

Qu'entend-on par « contrat responsable » ? :

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a mis en place le « parcours de soins coordonnés » ainsi que les « contrats solidaires et responsables », dans une optique de meilleure organisation et de meilleur fonctionnement du système de soins.

Depuis sa mise en place, le cahier des charges du contrat responsable a fait l'objet de modifications successives. En 2014 avec la fixation de planchers et plafonds de remboursement sur certains postes de garanties. Puis, dernièrement, afin de permettre la mise en œuvre de la réforme du 100% santé telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, il a de nouveau été adapté par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

Le respect des contrats solidaires et responsables par les organismes assureurs complémentaires permet aux entreprises souscriptrices de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux attachés à ces contrats.

Les garanties minimales et maximales du cahier des charges des contrats solidaires et responsables

- Prise en charge du ticket modérateur

Le respect du cahier des charges des contrats responsables implique la prise en charge, par l'assureur complémentaire, de l'intégralité du ticket modérateur sur les soins de villes et les frais d'hospitalisation.

Parmi les postes de soins couverts figurent notamment : les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé (honoraires, examens ...), les médicaments à SMR (service médical rendu) majeur ou important, les soins dentaires y compris les prothèses dentaires et l'orthodontie, les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale ou des aides auditives (...)

Exception : cette obligation de prise en charge ne s'applique pas aux médicaments à SMR (service médical rendu) faible ou modéré, aux spécialités et les préparations homéopathiques, et aux cures thermales.

- Prise en charge du forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier doit être intégralement pris en charge par l'assureur complémentaire, **sans limitation de durée**, pour les séjours en établissements de santé.

Exception : Cette obligation de prise ne concerne pas les séjours en MAS (maisons d'accueil spécialisées) ou en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes dépendantes).

- Prise en charge intégrale des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition des prestations et équipements du panier de soins 100% santé

- Optique : dans la limite des prix limites de vente (PLV) des montures et verres de classe A¹ (panier 100% santé).
Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre classe A.
- Audiologie : dans la limite des PLV des aides auditives de classe I² (panier 100% santé)

¹ fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

² fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Soins dentaires prothétiques : dans la limite des honoraires limites de facturation³ (HLF) (panier 100% santé).
- Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO

Lorsque les garanties du contrat prévoient la **prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO)**, cette **prise en charge est plafonnée** dans les conditions cumulatives suivantes:

- Montant de remboursement égal, au plus, à 200% de la base de remboursement (remboursement de l'Assurance maladie compris) ;
- Montant de remboursement minoré de 20% minimum par rapport aux médecins adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO.

- Limitation des remboursements optiques autre que 100% santé (classe B – prix libres)

Lorsque le contrat prévoit une prise en charge au-delà du ticket modérateur, pour l'acquisition d'un équipement composé d'1 monture et de 2 verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), l'assureur complémentaire doit respecter les planchers et les plafonds de remboursement prévus ci-dessous :

³ fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie

Equipement (2 verres + 1 monture)	Remboursement minimum	Remboursement maximum
2 verres simples	50 €*	420 €
1 verre simple + 1 verre complexe	125 €*	560 €
2 verres complexes	200 €	700 €
1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	125 €*	610 €
1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	200 €	750 €
2 verres hypercomplexes	200 €	800 €
Comprenant une monture limitée en tout état de cause à 100 €		
<p>Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.</p> <p>Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.</p> <p>Verres hypercomplexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.</p>		

*Montants minimum de remboursement inférieurs à ceux prévus par le panier de soins minimum.

→ Ces plafonds et plafonds s'appliquent également aux équipements dits mixtes (exemple : 2 verres appartenant à la classe A et une monture appartenant à la classe B, et réciproquement). Dans ce cas, le plafond qui s'applique à l'ensemble de l'équipement est le plafond de la classe B, dans la limite des prix limites de vente applicables à la classe A.

→ Les plafonds s'appliquent au remboursement d'un équipement composé de 2 verres et d'1 monture. La prise en charge de la monture est limitée à 100€ au titre du contrat responsable.

→ Les plafonds et plafonds comprennent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

→ En revanche, les plafonds n'incluent pas le ticket modérateur de la prestation d'appairage facturée pour les verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Le remboursement de l'équipement optique est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) au terme d'une période minimale :

- de 2 ans, pour les enfants de plus de 16 ans et les adultes,
- de 1 an, pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- de 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Le renouvellement anticipé de l'équipement est possible notamment en cas d'évolution de la vue ou en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières.

Point de départ du renouvellement : à compter de la dernière facturation de l'équipement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

- [Limitation des remboursements aides auditives autre que 100% santé \(classe II – prix libres\)](#)

Lorsque le contrat prévoit la prise en charge des frais exposés par l'assuré au-delà du ticket modérateur pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement, alors le contrat doit respecter **un plafond de prise en charge de 1 700 euros par aide auditive**.

Le plafond inclut systématiquement le ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. En revanche, sont exclus de ce plafond, les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Point de renouvellement : à compter de la dernière facturation d'un appareil pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les interdictions de prise en charge liées aux contrats solidaires et responsables

Le respect du cahier des charges des contrats responsables implique que l'assureur complémentaire ne prenne pas en charge :

- La majoration de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins (non déclaration du médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans passer par le médecin traitant, etc.) ;
- Les dépassements d'honoraires facturés en cas de non-respect du parcours de soins.
- la participation forfaitaire obligatoire fixée à 1€ par consultation, acte médical ou de biologie.
- la franchise forfaitaire obligatoire (*0,50 € par boîte de médicaments ; 0,50 € pour les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation, et 2,00 € pour les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence*).

Les avantages liés aux contrats solidaires et responsables

- Taxation avantageuse

Le contrat respectant le cahier des charges des contrats responsables bénéficie d'une taxe de solidarité additionnelle (TSA) au taux de 13,27 %.

Les contrats ne répondant pas au cahier des charges des contrats responsables voient leur taxation majorée de 7 points, et sont donc taxés à hauteur de 20,27 %.

- Bénéfice des exonérations sociales dans le cadre d'un régime collectif obligatoire

Les contrats d'assurance maladie complémentaire qui respectent les critères du « contrat responsable » bénéficient de **l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire**, pour les contrats collectifs et obligatoires.

Textes légaux et réglementaires

- Dispositif contrats responsables : art. L. 871-1 Code de la Sécurité sociale
- Garanties minimales et maximales fixées par le cahier des charges des contrats responsables : art. R. 871-1, R. 871-2 Code de la Sécurité sociale

- Précisions sur l'application du cahier des charges des contrats responsables : INSTRUCTION N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019
- Taxe de solidarité additionnelle : art. L. 862-4 Code de la Sécurité sociale