

## 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.

Les contrats solidaires et responsables ont fait l'objet d'une révision par décret en 2014 et fixent désormais des « planchers » et « plafonds » de remboursements sur certains postes de garanties.

Le respect des contrats solidaires et responsables par les organismes assureurs complémentaires permet aux assurés de bénéficier d'une taxation avantageuse de leur contrat.

### 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, du ticket modérateur sur les honoraires, examens, produits, prestations, frais de transports et médicaments à SMR (service médical rendu) majeur ou important, dès lors que ces prestations font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie.

Exception : cette obligation ne s'applique pas aux médicaments à SMR (service médical rendu) faible ou modéré, ni 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 en charge ne s'applique pas aux séjours en MAS (maisons d'accueil spécialisées) ou en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes dépendantes).

- Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO

Le montant de remboursement des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-CO doit respecter les deux limitations 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

L'assureur complémentaire doit prendre en charge le remboursement des équipements optique, en respectant les minima et les maxima prévus ci-dessous :

Equipement (2 verres + 1 monture)	Remboursement minimum	Remboursement maximum
<b>2 verres simples</b>	50 €*	470 €
<b>1 verre simple + 1 verre complexe</b>	125 €*	610 €
<b>2 verres complexes</b>	200 €	750 €
<b>1 verre simple + 1 verre hypercomplexe</b>	125 €*	660 €
<b>1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe</b>	200 €	800 €
<b>2 verres hypercomplexes</b>	200 €	850 €
<b>Comprenant une monture limitée en tout état de cause à 150 €</b>		
<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.

Le remboursement de l'équipement optique est limité à un équipement par période de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (1 an).

Pour les personnes 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, possibilité de prendre en charge deux équipements sur une période de deux ans.

### 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.

### Les avantages liés aux contrats solidaires et responsables

- Taxation avantageuse

Le contrat respectant le cahier des charges des contrats responsables permet de bénéficier d'une taxe de solidarité additionnelle (TSA) à 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

La mise en œuvre du cahier des charges des contrats responsables constitue une condition nécessaire pour qu'un régime respecte le caractère collectif et obligatoire.

Or, c'est le respect de ce caractère collectif et obligatoire qui permet à l'entreprise de bénéficier d'exonérations de cotisations sociales sur les sommes liées au régime mis en place.

#### 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 : circulaire DSS du 30 janvier 2015
- Taxe de solidarité additionnelle : art. L. 862-4 Code de la Sécurité sociale