



Ministère des finances et des comptes publics
Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins, des
prestations familiales et des accidents du travail
(bureau 2A)

Sous-direction des retraites et des institutions
de la protection sociale complémentaire
(bureau 3C)

Sous-direction du financement de la sécurité
sociale (bureau 5D)

Personnes chargées du dossier :

Nina VASSILIEFF, Sophie ROUSSET, Judith GERTHOFFERT

tél. : 01 40 56 75 59, 01 40 56 57 18, 01 40 56 70 76

mél. : prenom.nom@sante.gouv.fr

Le ministre des finances et des comptes publics

La ministre des affaires sociales, de la santé et
des droits des femmes

Le secrétaire d'Etat chargé du budget

à

Monsieur le directeur de l'Agence centrale des
organismes de sécurité sociale (ACOSS),

Monsieur le directeur du fonds de financement
de la protection complémentaire de la
couverture universelle du risque maladie

CIRCULAIRE N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats
d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

Date d'application : à compter du 1^{er} avril 2015

NOR : AFSS1502895C

Classement thématique : sécurité sociale : organisation, financement

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : La présente circulaire apporte des précisions quant aux dispositions que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables suite aux modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Elle rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'attachent à ces contrats, précise le contenu du nouveau panier de soins

qu'ils doivent couvrir, les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme ainsi que son application en cas de contrats multiples.

Mots-clés : contrat d'assurance maladie complémentaire, contrat responsable, taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA)

Textes de référence :

- Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et par l'article 14 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 ;
- Articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale modifié par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

Circulaires abrogées : Circulaire n° DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 relative aux modalités d'application des règles que les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales et sociales

Annexes :

- Annexe 1 : Calcul de la prise en charge maximale des dépassements d'honoraire pour les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS)
- Annexe 2 : Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture optique en sus des tarifs de responsabilité
- Annexe 3 : Schéma explicatif de l'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges

Le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales met en œuvre la réforme des « contrats responsables » issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014. L'objectif de cette réforme est, en contrepartie du bénéfice des aides fiscales et sociales qui y sont associées, de renforcer les exigences imposées à ces contrats, tant en terme de qualité du niveau de couverture procuré qu'en terme de cohérence avec la politique d'accès aux soins menée par le Gouvernement.

La réforme de ce dispositif s'articule donc autour de trois principaux axes d'action :

- garantir le contenu de la couverture santé en fixant des planchers de prise en charge ;
- réguler les dépassements d'honoraires ;
- agir sur les prix de l'optique.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret susmentionné définit ainsi le nouveau « panier de soins » que doivent prendre en charge les contrats d'assurance complémentaire en santé pour bénéficier des aides associées au critère « responsable ». Ces conditions s'imposent également aux contrats prévus aux articles R. 863-1 et suivants (contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale) et D. 911-1 et suivants (contrats conclus en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale) du code de la sécurité sociale.

La présente circulaire rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'appliquent aux « contrats responsables » (I), précise le contenu du nouveau panier de soins de ces contrats responsables (II), les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme (III) ainsi que son application en cas de contrats multiples (IV).

I. Dispositifs sociaux et fiscaux conditionnés par le respect des règles relatives au « contrat responsable »

En vertu des dispositions du 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats d'assurance maladie complémentaire qui respectent les critères de « contrat responsable » définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale bénéficient des avantages fiscaux et sociaux suivants¹ :

- Exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et des autres prélèvements qui y renvoient des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire pour les contrats collectifs et obligatoires pour la fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6% du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et de 1,5% de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12% du plafond de la sécurité sociale (6^e et 8^e alinéas de l'article L. 242-1 et D. 242-1 du code de la sécurité sociale). Pour les employeurs de 10 salariés et plus, ces contributions sont alors soumises au forfait social au taux réduit de 8 % (articles L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale) ;
- Exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des cotisations, primes et acceptations provenant des contrats d'assurance maladie (4^e alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale) ;
- Crédit de taxe de solidarité additionnelle (TSA) dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé (article L. 863-1 du même code) ;
- Application du taux de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à 7 % (2^o bis de l'article 1001 du code général des impôts) ;

¹ Par ailleurs, pour certains avantages, les contrats doivent, expressément ou par construction, être également « solidaires » (i.e. : pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, l'organisme d'assurance maladie complémentaire ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ; pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré).

- Exonération de TSCA pour les contrats souscrits par les exploitants agricoles, leurs salariés et leur famille (13° de l'article 995 du code général des impôts). A compter du 1^{er} janvier 2016, cette disposition, ainsi que la précédente, est reprise sous la forme des taux spécifiques appliqués à la taxe de solidarité additionnelle (cf. II et II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015) ;
- Déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (1° quater de l'article 83 du code général des impôts) ;
- Déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des primes versées par les travailleurs non salariés de leur bénéfice imposable dans le cadre de la loi « Madelin » (I de l'article 154 bis du code général des impôts).

II. Contenu de la couverture des contrats d'assurance maladie complémentaire dits « responsables »

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret du 18 novembre 2014 définit les nouveaux planchers et plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

A. Panier minimum de garanties couvert par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

1. Prise en charge de la participation de l'assuré pour les soins de ville

Sous réserve des exceptions listées ci-dessous, les garanties des « contrats responsables » couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (couramment dénommé tarif de responsabilité ou tarif opposable) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé y compris ceux relatifs à la prévention ;
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale.

La prise en charge du ticket modérateur est limitée à une prise en charge tous les deux ans dans le cas où le contrat couvre les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture au-delà des tarifs de responsabilité à travers la prise en charge d'un forfait incluant le ticket modérateur. En revanche, si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket modérateur devra être couvert systématiquement.

Exemple dans le cas d'un contrat qui ne prévoit pas de garanties pour les frais d'optique en sus des tarifs de responsabilité :

- l'assuré acquiert en avril 2015 un équipement optique. Il sera remboursé du montant du ticket modérateur.
- en mai 2016, il souhaite acquérir un nouvel équipement optique : il pourra une nouvelle fois bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur sur son équipement optique.

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que pour les spécialités et les préparations homéopathiques.

2. Prise en charge de la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 18 euros, prévue au I de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). Cette interprétation doit également être retenue pour l'application du 2° de l'article D. 911-1 du code de la sécurité sociale.

La prise en charge obligatoire par les contrats responsables de la participation de l'assuré pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation mentionnée ci-dessus (c'est-à-dire le ticket modérateur sur les soins de ville et les frais d'hospitalisation ainsi que le forfait journalier hospitalier) impose que le bénéfice de ces garanties soit ouvert pendant toute la période couverte par le contrat. Ce bénéfice ne peut être reporté en particulier à l'issue d'une période cotisée pendant laquelle l'assuré ne serait pas couvert par ces garanties.

B. Prise en charge encadrée lorsque le contrat offre des garanties supérieures au ticket modérateur en matière de dépassements d'honoraires ou d'optique médicale

Les garanties du contrat peuvent en outre prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

1. Plafonnements de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8), cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable. Par exception et à titre transitoire, ce montant est fixé à 125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016 ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8) ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins, seule la première limite (100% du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins. Un contrat

qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

L'annexe 1 précise les modalités de calcul des plafonds de prise en charge applicables aux dépassements d'honoraires.

Il est à noter que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

2. Encadrement de la prise en charge des équipements d'optique médicale

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition de lunettes soumises au remboursement, alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat (cf. annexe 2).

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur. Le respect de ces critères s'oppose donc à un remboursement du ticket modérateur au-delà du plafond. Les plafonds intègrent en outre la couverture de la monture qui est limitée à 150 euros au sein du remboursement de l'équipement global.

Par ailleurs, sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Ainsi, un assuré couvert par un même contrat plusieurs années de suite ne pourra faire l'objet de plus d'un remboursement pour l'acquisition d'un équipement d'optique sur une période de deux ans. Le renouvellement de son équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant l'acquisition précédente ou la date de souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion ne pourra donner lieu à une prise en charge par son assurance complémentaire.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme d'assurance maladie complémentaire.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Ces périodes s'apprécient soit à compter de la date de souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion, soit à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après. Le contrat devra préciser la règle retenue pour l'application du délai de 24 mois. Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement 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 est identique : elle débute soit à la date de la souscription du contrat ou du bulletin d'adhésion soit à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

Exemple 1 : le contrat de l'assuré prévoit un plafond de garantie de 250 euros pour les équipements optiques à verres simple foyer dont une garantie de 100 euros pour la monture et la période de 2 ans est fixée à compter de la souscription du contrat, soit le 31 mai 2015. L'assuré acquiert le 6 juin 2015 deux verres simple foyer pour 100 euros. En novembre 2015, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra alors être couverte dans la limite de 100 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) ne pourra s'effectuer qu'à compter du 1^{er} juin 2017.

Exemple 2 : le contrat de l'assuré prévoit un plafond de garantie de 150 euros pour les équipements optiques à verres simple foyer dont une garantie de 100 euros pour la monture et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. L'assuré acquiert le 28 septembre 2015 deux verres simple foyer pour 100 euros. En janvier 2016, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 50 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2017.

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 mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

III. Entrée en vigueur de la nouvelle réglementation

La loi n°2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a notamment modifié l'entrée en vigueur initiale de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 relatif au nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Elle dispose, en son article 14, que ces nouvelles dispositions entreront en vigueur en 2015 « *pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} avril* ». Les contrats continuent ainsi de bénéficier des différentes aides fiscales et sociales sur la base des anciens critères fixés pour les « contrats responsables » au moins jusqu'au 31 mars 2015 ; pour ceux qui sont en cours au 1^{er} avril 2015 ces anciens critères s'appliquent en outre jusqu'à la veille de leur prochaine échéance principale.

A. Pour les contrats individuels et collectifs facultatifs

Remarque : au présent A, le terme de « contrat » couvre, de manière générique, l'acte qui définit le contenu des engagements en ce qui concerne les prestations et les cotisations, le législateur ayant visé les contrats, bulletins d'adhésion et règlements.

1. Cas des contrats responsables conclus ou renouvelés jusqu'au 31 mars 2015

Dans ce cas, le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est maintenu, selon les modalités antérieures, jusqu'à la plus prochaine échéance principale du contrat.

Exemple : Un contrat est souscrit ou renouvelé le 25 mars 2015.

⇒ Maintien du bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à sa prochaine échéance principale.

2. Cas des contrats conclus ou renouvelés à compter du 1er avril 2015

Les contrats sont tenus d'appliquer le nouveau cahier des charges du contrat responsable pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, à leur date de souscription ou de renouvellement.

Exemple : Un contrat est souscrit ou renouvelé le 2 juillet 2015.

⇒ Le contrat doit être adapté au nouveau cahier des charges du contrat responsable pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

B. Pour les contrats collectifs obligatoires

Afin de tenir compte des spécificités des accords collectifs, notamment du fait des négociations entre partenaires sociaux qu'ils requièrent, la loi prévoit des modalités d'entrée en vigueur spécifiques pour les contrats ou bulletins d'adhésion qui résultent d'actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale signés avant la publication de la loi, c'est-à-dire avant le 9 août 2014. Dans ce cas, le législateur a prévu que les contrats ou bulletins d'adhésion résultant de ces actes mentionnés à l'article L. 911-1 continuent d'ouvrir droit au bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard le 31 décembre 2017.

Toutefois, compte tenu de la date de publication du décret intervenue le 19 novembre 2014, les modifications apportées à des actes avant le 19 novembre 2014 ne remettent pas en cause le bénéfice de ces dispositions.

Ces actes sont les conventions ou les accords collectifs, la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et la décision unilatérale du chef d'entreprise (DUE). Les modifications de leurs avenants éventuels se voient appliquer les mêmes règles que celles de l'acte initial.

Toutes les modifications de ces actes relatives à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé sont visées.

Ainsi, sont par exemple visées toutes les modifications qui concernent les garanties en matière de frais de santé, mais aussi les ajustements en lien avec la réglementation (par exemple adaptation aux nouvelles règles relatives à la portabilité des droits en matière de frais de santé ou celles relatives aux catégories objectives) ou d'autres modifications. Il convient de noter que, s'agissant de l'évolution des cotisations, la simple mise en œuvre d'une clause d'indexation des taux de cotisations contenue dans l'acte juridique mentionnée à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ne remet pas en cause le bénéfice du régime social favorable. A l'inverse, une disposition expresse venant modifier l'acte sera considérée comme une modification.

Dans le cas où les dispositions relatives à la couverture complémentaire santé sont incluses dans une convention collective ou dans un accord collectif qui concernent également d'autres champs que la santé (prévoyance, salaire ou classifications par exemple), les modifications de la convention collective ou de l'accord qui n'impactent pas la protection complémentaire santé ne sont pas visées par les dispositions de l'article 56 de la LFSS pour 2014 modifié.

Si le contrat ou le bulletin d'adhésion n'est pas mis en conformité avec le nouveau cahier des charges du contrat responsable, soit à compter de l'entrée en vigueur de la modification de l'acte juridique, soit, à compter du 1^{er} janvier 2018 en l'absence de modification de l'acte juridique avant cette date, il perdra le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs les entreprises continuent à bénéficier du régime dérogatoire applicable aux contrats collectifs s'il y a modification de l'accord collectif d'entreprise ou DUE intervenues après le 19 novembre 2014, dès lors qu'elles doivent se conformer de manière obligatoire à une convention ou un accord collectif de branche conclu avant le 19 novembre 2014 tant que celui-ci n'a pas fait l'objet de modifications relatives à la protection complémentaire en matière de soins de santé, et ce au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.

Il est à noter que dans le cas de modifications des actes juridiques mentionnés supra postérieures au 19 novembre 2014 et pour les contrats en cours au 1^{er} avril 2015, le contrat continue à bénéficier du régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à la prochaine échéance principale et au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

Plusieurs cas de figure peuvent être envisagés.

On considère des contrats ou bulletins d'adhésion, résultant d'accords collectifs, accords référendaires ou DUE, en cours au 1^{er} avril 2015 et dont le contenu permettait d'ouvrir droit aux dispositions sociales et fiscales applicables aux contrats responsables.

Le décret ayant été publié le 19 novembre 2014, il convient de distinguer deux sous-cas.

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

Exemple : L'accord collectif, l'accord référendaire ou la DUE n'est pas modifié entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2017. Il peut, le cas échéant, avoir fait l'objet de modifications avant le 19 novembre 2014.

⇒ Maintien du bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre 2017. Le contrat ou le bulletin d'adhésion devra appliquer le nouveau cahier des charges des contrats responsables à compter du 1^{er} janvier 2018 pour bénéficier des dispositions susvisées, 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

Le régime spécifique dérogatoire applicable aux contrats collectifs n'est plus applicable (fin du régime transitoire). Toutefois, pour les contrats en vigueur au 1^{er} avril 2015, le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est maintenu jusqu'au renouvellement du contrat ou du bulletin d'adhésion ou jusqu'à la prochaine échéance de celui-ci (cf. principe général rappelé au début du présent III). Le nouveau cahier des charges des contrats responsables s'appliquera au moment de ce renouvellement.

Exemple n°1 : La convention collective est instaurée ou modifiée le 12 décembre 2014 avec entrée en vigueur des dispositions antérieure au 1^{er} avril 2015, par exemple au 1^{er} janvier 2015. Le dispositif transitoire spécifique aux contrats collectifs ne s'applique pas. Toutefois, les contrats en cours au 1^{er} avril 2015 continuent de bénéficier du régime mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'à la prochaine échéance principale.

- Les contrats et bulletins d'adhésion intègrent cette modification avant le 1^{er} avril 2015 ;

⇒ Maintien du bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat (par exemple 31/12/2015 pour les contrats dont l'échéance est fondée sur l'année civile).

- Les contrats ou bulletins d'adhésion intègrent cette modification après le 1^{er} avril 2015 : les dispositions relatives aux contrats en cours au 1^{er} avril 2015 ne trouvent pas à s'appliquer ;

⇒ Pas de maintien du bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, sauf exception mentionnée au B.

Exemple n°2 : La convention collective est instaurée ou modifiée le 2 février 2015 avec une entrée en vigueur après le 1^{er} avril 2015. L'accord ayant été signé après la publication du décret, et aucun contrat n'étant en cours au 1^{er} avril 2015, les contrats et bulletins d'adhésion doivent répondre aux conditions du nouveau cahier des charges pour le bénéfice du 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1.

IV. Application du dispositif en cas de contrats multiples

Le respect des critères de responsabilité prévus par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (interdictions, obligations minimales et maximales de prise en charge) s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé souscrit par une personne (physique ou morale), ou auquel une personne (physique ou morale) a adhéré, sous les précisions exposées ci-après.

Au présent IV, on définit un contrat surcomplémentaire, souscrit individuellement ou collectivement, à adhésion facultative ou obligatoire, comme un contrat d'assurance maladie complémentaire qui intervient explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire. Pour pouvoir être considéré comme responsable dans les conditions décrites ci-dessous, le contrat devra être dénommé « surcomplémentaire » et spécifier que son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels.

On dénomme en outre « contrat socle » le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le contrat surcomplémentaire peut être souscrit auprès du même organisme d'assurance que le contrat socle ou auprès d'un organisme différent ; dans tous les cas, il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat socle.

Précision :

Un contrat avec des options est un contrat unique : les options souscrites dans le cadre d'un contrat ne constituent pas un contrat juridiquement distinct dudit contrat. Dès lors, ces options ne peuvent pas être considérées comme constituant des contrats surcomplémentaires.

Aussi, dans le cas d'un contrat donnant la possibilité de souscrire des options, le respect des critères de responsabilité doit être regardé pour l'ensemble des garanties souscrites dans le cadre de ce contrat (base + options). Ainsi, si par le jeu des options souscrites le contrat, pris dans sa

globalité, ne respecte pas l'ensemble des critères définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale (par exemple, non respect des plafonds de prise en charge), le contrat est globalement réputé « non responsable » et ne peut donc prétendre à l'application des dispositions du 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du même code.

A. Respect du critère de prise en charge maximale par les contrats surcomplémentaires

En ce qui concerne le contrat surcomplémentaire, le respect des règles de prise en charge maximale définies par l'article R. 871-2 du même code, est regardé eu égard aux prises en charge déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le contrat socle (et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont).

En pratique, la rédaction des garanties soumises à des règles de prise en charge maximale doit, pour que le contrat surcomplémentaire soit qualifié de « responsable », mentionner un montant maximal de prise en charge, compte tenu des prises en charge déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le ou les contrats complémentaires intervenant avant le contrat considéré, conforme aux plafonds fixés par l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, la rédaction suivante des garanties « frais d'optique » serait considérée comme garantissant le respect des règles de prise en charge maximale définie par ledit article R. 871-2 :

« Couverture des frais d'optique pour deux foyers simples à hauteur de 470 € (dont 150 € pour la monture) à raison d'une prise en charge tous les deux ans. Ce montant s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés. »

B. Respect du critère de prise en charge minimale par les contrats surcomplémentaires

Le contrat surcomplémentaire n'est pas tenu de respecter à lui seul l'ensemble des obligations minimales de prise en charge. Ainsi, le respect des règles de prise en charge minimale définies par l'article R. 871-2 du même code, peut être regardé eu égard aux prises en charge déjà effectuées par le contrat socle (et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont).

En pratique, la rédaction des garanties soumises à des règles de prise en charge minimale doit, pour que le contrat surcomplémentaire soit qualifié de « responsable », mentionner leur prise en charge, éventuellement sous déduction des prises en charge déjà effectuées par le ou les contrats complémentaires intervenant avant le contrat considéré.

Ainsi, la rédaction suivante de la garantie « prise en charge du ticket modérateur » serait considérée comme garantissant le respect des règles de prise en charge minimale définie par ledit article R. 871-2 :

« Prise en charge du ticket modérateur sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat. »

Il convient donc, pour qu'un contrat surcomplémentaire puisse être considéré comme « responsable » que les garanties qu'il propose :

- soient rédigées en différentiel par rapport aux prises en charge effectuées par l'assurance maladie obligatoire et d'éventuels contrats complémentaires intervenant en amont ;
- et respectent les plafonds de prise en charge définis par les articles R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Tableau récapitulatif des cas de figure envisageables

Respect par le	Contrat socle				Contrat surcomplémentaire			
des	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties	Responsable	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties (1)	Responsable
cas 1	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
cas 2	non			non				non (2)
cas 3	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
cas 4	oui	oui	non	non			non (3)	non
cas 5	oui	oui	oui	oui	non			non
cas 6	oui	oui	oui	oui			non	non
cas 7	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui (4)

(1) le respect des plafonds de garantie s'apprécie au regard de la somme des garanties offertes par l'assurance maladie obligatoire, le contrat socle et le contrat surcomplémentaire

(2) si le contrat socle ne respecte pas les interdictions de prise en charge, le contrat surcomplémentaire ne peut être considéré comme responsable

(3) si le contrat socle ne respecte pas les plafonds de garantie, le contrat surcomplémentaire ne peut être considéré comme les respectant et ne peut donc être responsable

(4) 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

C. Cas particuliers

Le respect des obligations minimales et des limites de prise en charge fixées pour le bénéfice du caractère « responsable » des contrats complémentaire couvrant un assuré relevant du régime local d'Alsace-Moselle ou d'un régime obligatoire d'assurance maladie offrant des prestations en nature supérieures à celles du régime général (régime des industries électriques et gazières notamment) s'apprécie compte tenu du remboursement global des frais de soins concernés au titre de l'ensemble des garanties d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie cet assuré (garanties offertes par le régime local auxquelles s'ajoutent celles de son contrat complémentaire en santé).

* * *

Les organismes chargés de contrôler le bénéfice des dispositifs prévus par le 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, en lien avec le fonds CMU, effectueront des opérations de contrôle dans les conditions de droit commun. Ils sont invités à prendre en compte, pour les contrôles opérés au titre des années 2015 à 2017, les contraintes juridiques et techniques auxquelles le souscripteur ou adhérent et l'organisme de protection sociale complémentaire pourraient avoir été confrontés ainsi que les diligences effectuées pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions prévues aux articles L. 871-1 et L. 871-2 du même code.

Pour les ministres et par délégation,

signé

T. FATOME
Le directeur de la sécurité sociale

Annexe 1

Calcul de la prise en charge maximale des dépassements d'honoraire pour les médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins (CAS)

En vertu du 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale, le calcul du plafond maximal de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS s'effectue comme suit :

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraire des médecins n'ayant pas adhéré au CAS à compter de 2017

- Limite n°1 = 100% du tarif opposable²

- Limite n°2³ = Montant du dépassement d'honoraires pris en charge par le contrat responsable pour les médecins ayant adhéré au CAS, duquel est ôté un montant correspondant à 20% du tarif opposable¹.

Le « montant du dépassement d'honoraire pris en charge par le contrat responsable pour les médecins ayant adhéré au CAS » à retenir pour le calcul de la limite n°2 s'établit comme suit : taux ou montant maximal de dépassement d'honoraire pris en charge pour les médecins adhérent au CAS fixé par le contrat appliqué au tarif opposable¹ pratiqué par le médecin n'ayant pas adhéré à un CAS.

La valeur la plus faible de ces deux limites correspond au plafond opposable.

NB : En vertu du 1° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la prise en charge totale maximale des actes et consultations des médecins s'effectue comme suit :

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

= TM – la participation forfaitaire de 1€. + dépassement d'honoraires dans la plus petite des deux limites définies ci-dessus.

Exemple : le contrat prévoit un plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS à 60% du tarif opposable.

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS à compter de 2017

Le tarif opposable de la consultation ou de l'acte facturé par le médecin non adhérent au CAS = X€

Les deux plafonds sont les suivants :

- limite 1 = (100% de X€) = X€

- limite 2 = (60% de X€) – (20% de X€) = 40% de X€

Résultat : dans ce cas, c'est la limite 2 qui s'applique

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

Au plafond retenu, s'ajoute celui du ticket modérateur (30% de X€), déduction faite de la participation forfaitaire de 1€. Le montant total pouvant être remboursé par l'organisme complémentaire correspond donc à :

= (30% de X€) + (40% de X€) = 70% de X€

Cas pratique pour une consultation

² Le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectué par le médecin n'ayant pas adhéré à un CAS.

³ Plafond à retenir dans l'hypothèse où le contrat responsable prévoit un plafonnement du dépassement d'honoraire pour les médecins ayant adhéré au CAS

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraire des médecins n'ayant pas adhéré au CAS à compter de 2017

Le tarif opposable de la consultation facturée par le médecin non adhérent au CAS est de 23€.

Les deux plafonds sont les suivants :

- limite 1 = (100% de 23€) = 23€

- limite 2 = (60% de 23€ soit 13,80€) – (20% de 23€ soit 4,60€) = 9,20€

Résultat : c'est la limite n°2 qui s'applique, c'est-à-dire 9,20€.

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

Au plafond retenu, s'ajoute celui du ticket modérateur (30% de 23€), déduction faite de la participation forfaitaire de 1€. Le montant total pouvant être remboursé par l'organisme complémentaire correspond donc à :

= 6,90€ - 1€ + 9,20€ = 15,10€

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non respect du parcours de soins ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

Annexe 2

Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements optiques (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture optique en sus des tarifs de responsabilité

Verres	Planchers et plafonds de prise en charge par équipement (verres et monture)
Deux verres simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est $\leq$ à + 4,00	- Minimum : 50€ - Maximum : 470€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est $\leq$ à + 4,00 <i>Verre 2 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[ou Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Un verre multifocal ou progressif	- Minimum : 125€ - Maximum : 610€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est [- 6,00 et + 6,00] et dont le cylindre est $\leq$ à + 4,00 <i>Verre 2 :</i> Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[ou Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[	- Minimum : 125€ - Maximum : 660€ dont 150€ au maximum pour la monture
ou ou Deux verres simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[Deux verres simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Deux verres multifocaux ou progressifs	- Minimum : 200€ - Maximum : 750€ dont 150€ au maximum pour la monture
<i>Verre 1 :</i> Un verre simple foyer dont la sphère est]- 6,00 à + 6,00[ou ou Un verre simple foyer dont le cylindre est > à + 4,00 Un verre multifocal ou progressif <i>Verre 2 :</i> Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[ou Un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[	- Minimum : 200€ - Maximum : 800€ dont 150€ au maximum pour la monture
ou Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]- 8,00 à + 8,00[Deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]-4,00 à + 4,00[	- Minimum : 200€ - Maximum : 850€ dont 150€ au maximum pour la monture

A noter :

Ces conditions s'imposent également aux contrats prévus aux articles D. 911-1 et suivants (contrats conclus en application du II de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale) du code de la sécurité sociale. Ainsi, la combinaison des textes (décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale et décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales) emporte les conséquences suivantes pour les garanties que doivent proposer les contrats collectifs :

- les planchers sont identiques sauf :

→ pour les 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 : le plancher est de 100€ pour les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et de 50€ pour les contrats responsables ;

→ pour les verres « mixtes » (corrections visées au b ou au d du 3° de l'article R.877-2 du code de la sécurité sociale) : le plancher est de 150€ pour les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et de 125€ pour les contrats responsables ;

- les plafonds sont identiques.

Annexe 3

Schéma explicatif de l'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges

