



malakoff médéric

LE CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat « solidaire et responsable » est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Le principe affiché est de prolonger la maîtrise des dépenses de santé par une modification des comportements en incitant les assurés à respecter le parcours de soins coordonnés.

Pour ce faire, les complémentaires santé d'entreprises 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.

La Loi de Financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2014 prévoit des évolutions à ce cahier des charges, précisées dans un décret publié le 19 novembre 2014 au Journal Officiel.

AVANT 2015 : MODALITÉS D'UN CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE »

Les obligations de prise en charge :

- Au moins 30 % de la base de remboursement des consultations effectuées par le médecin traitant ou sur prescription du médecin traitant.
- Au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignette blanche (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale).
- Au moins 35 % de la base de remboursement des analyses médicales prescrites par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.
- Au moins deux prestations de prévention choisies dans la liste fixée par arrêté ministériel du 8 juin 2006 avec une prise en charge intégrale de la participation de l'assuré.

Les interdictions de prise en charge :

- La majoration du ticket modérateur hors parcours de soins.
- Tout ou partie des dépassements d'honoraires hors parcours de soins.
- La participation forfaitaire de 1 € sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses.
- Les franchises médicales qui s'élèvent à (dans la limite de 50 € par an) :
 - 0,50 € par boîte de médicaments ;
 - 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical ;
 - 2 € par transport sanitaire.
- Le montant des cotisations ne peut pas être fixé en fonction de l'état de santé de l'adhérent.



malakoff médéric

QUELLES ÉVOLUTIONS POUR 2015 ?

À compter du 1^{er} avril 2015, toutes les complémentaires santé devront prendre en **charge en respectant des limites minimales et maximales certaines prestations de santé**. La LFSS de 2014 fixe les grands principes en instaurant des niveaux plancher de prise en charge ainsi que des plafonds pour éviter que les professionnels de santé (médecins, opticiens...) n'augmentent trop leurs tarifs.

- **De nouvelles obligations de prise en charge:**

- L'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur), sauf pour les frais de cure thermique 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 limitation de durée).

- **La définition de planchers et de plafonds de remboursements concernant :**

- Les dépassements d'honoraires (consultations et actes techniques) des médecins. Une distinction est opérée entre les médecins ayant souscrit un contrat d'accès aux soins (CAS*) et les autres.
- Les dépenses d'optique médicale : ces plafonds et planchers diffèrent, selon le niveau de correction.
- Quel que soit le niveau de correction, le remboursement des montures est désormais plafonné à 150 €.

- **Un encadrement en fréquence :**

La prise en charge en optique est 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 lesquels un équipement peut être remboursé tous les ans.

Bon à savoir :

Dans ce contexte de plafonnement des remboursements, notre réseau Kalivia (1^{er} réseau d'opticien de France) constitue un moyen efficace pour limiter les restes à charge de vos salariés en bénéficiant de prestations de qualité à prix négocié.

* *Le contrat d'accès aux soins (CAS) :*

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).



malakoff médéric

LE CALENDRIER :

(sous réserve des précisions attendues de la Sécurité sociale)

La date de mise en conformité de vos contrats dépend de leur date de mise en place :

Contrats mis en place à compter du 1er avril 2015 :

Application immédiate des nouvelles dispositions

Contrats ou actes (1) modifiés avant le 09/08/2014 :

- Période dérogatoire pour une mise en conformité jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification de l'acte fondateur et au plus tard pour le 01/01/2018 (2)

Contrat ou actes institués ou modifiés entre le 09/08/2014 et le 01/04/2015

- Mise en conformité à mener pour le 01/01/2016

(1) L'acte de mise en place est visé au L 911-1 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise formalisée par un écrit remis aux salariés, soit d'un accord référendaire, soit encore d'une convention ou un accord collectif.

(2) Existence d'une période transitoire jusqu'au 31/12/2017 pour se mettre en conformité avec les contrats santé responsable si (et seulement si) le contrat santé a pour origine un acte, établi avant le 9/08/2014, visé au L 911-1 du Code de la sécurité sociale.

CONSÉQUENCES DU NON RESPECT DES NOUVELLES DISPOSITIONS :

A défaut de respecter les règles du contrat «solidaire et responsable» l'ensemble des avantages sociaux et fiscaux qui se rattachent aux contrats collectifs complémentaires santé sont supprimés et le montant de la taxe sur les contrats d'assurance est doublé (passage de 7% à 14%).