

Le CONTRAT RESPONSABLE & le PARCOURS DE SOINS



Le Contrat Responsable

Le dispositif du Contrat Responsable, instauré par la réforme d'août 2004 (article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale), est destiné à inciter les complémentaires santé à orienter le patient vers le parcours de soins.

En application des modifications introduites par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (article 56), **un nouveau cahier des charges des contrats responsables a été défini**. Il précise les planchers et les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats de complémentaire santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif :

- ▶ Depuis le 1^{er} janvier 2006, **seuls les contrats responsables continuent à bénéficier des avantages fiscaux et sociaux en vigueur**.
- ▶ Depuis 2011, les contrats responsables sont assujettis à la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA) applicable aux contrats de complémentaire santé. Fixée à 14%, **elle est réduite à 7 % pour tous les contrats « responsables »** (taux en vigueur au 1^{er} janvier 2015).

Pour plus de détails, consultez la fiche pratique Ociane. « Contrat obligatoire : Les avantages fiscaux et sociaux ».

Rappel des caractéristiques générales du contrat responsable

Il prend en charge au minimum

La participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard de certains objectifs de santé publique et figurant sur la liste de prestations fixées par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance maladie Complémentaire (UNOCAM). Ces actes de prévention figurent sur le tableau des garanties.

Il ne prend pas en charge

La majoration de la participation de l'assuré prévue aux articles L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins) et L.161-36-2 du Code de la Sécurité sociale (refus du droit d'accès au Dossier Médical Personnel),

Les dépassements d'honoraires pratiqués par certains spécialistes lorsque l'assuré consulte sans prescription du médecin traitant et ce sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (soit au minimum 8 €, valeur depuis avril 2006),

La participation forfaitaire de 1€ (valeur depuis le 1er janvier 2005), et la franchise annuelle mentionnée au paragraphe III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, dite « franchises médicales ».

Les nouveaux critères des contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014)

GARANTIES remboursées par la Sécurité sociale	PLANCHERS	PLAFONDS
Soins de ville⁽²⁾ ▶	100% de la BR ⁽¹⁾ Sauf Cure thermale	Dépassements honoraires : 100% du tarif opposable ⁽⁴⁾
Frais d'hospitalisation ▶	100% de la BR ⁽¹⁾ + Forfait hospitalier illimité	Dépassements honoraires : 100% du tarif opposable ⁽⁴⁾ + Forfait hospitalier illimité
Pharmacie SMR important⁽³⁾ ▶	100% de la BR ⁽¹⁾	100% de la BR ⁽¹⁾
Prothèses dentaires ▶	100% de la BR ⁽¹⁾	Pas de plafond
Orthodontie ▶	100% de la BR ⁽¹⁾	Pas de plafond
Lunettes : Monture + Verres simples Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et 6.00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 ▶	50€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	470€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Monture + Verres mixtes 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe OU 1 verre complexe + 1 verre très complexe ▶	125€ à 200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	610€ à 800 € tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Montures + Verres complexes Verres simple foyer dont la sphère est supérieur à -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et à verres multifocaux ou progressifs. ▶	200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	750€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
Lunettes : Montures + Verres très complexes Verres multifocaux ou progressif sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. ▶	200€ tous les 2 ans 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue	850€ tous les 2 ans dont 150€ pour la monture 1 équipement par an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue

- (1) BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.
 (2) Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors d'une hospitalisation ou d'un hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux : consultations de médecins généralistes ou spécialistes en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires, consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation ...
 (3) Médicaments à SMR (Service Médical Rendu) important : remboursement à 65% par l'Assurance maladie.
 (4) Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins seront pris en charge dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

Tous les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} avril 2015 devront appliquer la nouvelle législation. Par dérogation, une période transitoire est instituée :



- ▶ **Jusqu'au 31 décembre 2017** pour les contrats collectifs obligatoires dont l'acte a été signé ou modifié avant le 18 novembre 2014
- ▶ **Jusqu'à la prochaine échéance principale du contrat** pour les contrats facultatifs signés avant le 1^{er} avril 2015 et les contrats obligatoires dont l'acte a été signé ou modifié entre le 18 novembre 2014 et le 1^{er} avril 2015

Le parcours de soins

La réforme de l'Assurance maladie (Loi n°2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application) a instauré le principe d'un « parcours de soins » dont le non-respect par le patient entraîne des pénalités.

La réforme a pour ambition de faire évoluer le système autour d'une volonté partagée : *« soigner mieux en dépensant moins »* ; l'objectif final étant de résorber le déficit de la Sécurité sociale.

Un des axes majeurs de cette réforme est la mise en place d'un parcours de soins coordonnés via le médecin traitant, version moderne du médecin de famille.

Le respect du parcours de soins

- ▶ Tout patient de 16 ans et plus doit consulter d'abord son médecin traitant (qu'il a librement choisi et déclaré comme tel à sa caisse de Sécurité sociale).
- ▶ Le médecin traitant a un rôle central et oriente, si nécessaire, vers un médecin correspondant pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.
- ▶ Pour autant qu'un médecin traitant ait été préalablement déclaré, des exceptions précises à ce schéma sont prévues : urgences, vacances et consultations de certains spécialistes en direct (dentistes, pédiatres, ophtalmologues, gynécologues).
- ▶ Les patients de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement les neuropsychiatres et les psychiatres.

Avantage : le remboursement de la Sécurité sociale est inchangé et l'assurance complémentaire intervient en complément, selon la garantie choisie.

Le non respect du parcours de soins (consulter sans passer par son médecin traitant)

Conséquence : des pénalités financières sur les remboursements des consultations et d'actes médicaux sont appliqués par le régime obligatoire d'Assurance maladie et ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires. Ainsi hors parcours de soins coordonnés :

- ▶ Le taux de remboursement de l'Assurance maladie est minoré de 20% pour les consultations et les actes techniques, et la mutuelle ne doit pas rembourser la différence.
- ▶ Les médecins spécialistes peuvent pratiquer des dépassements même s'ils sont en secteur 1. Hors parcours, une franchise de 8 € (valeur depuis avril 2006) reste à votre charge sur les dépassements d'honoraires quelle que soit votre garantie (À défaut, le contrat serait "non responsable" selon la loi et la taxation applicable serait alors majorée).

Les conseils d'OCIANE : Pour être mieux soigné et mieux remboursé, respectez le parcours de soins !

En effet, Ociane approuve l'ensemble du dispositif garant du meilleur soin et vous conseille vivement de respecter le parcours de soins ainsi préconisé :

- ① Désignez votre médecin traitant si ce n'est déjà fait : profitez d'une prochaine visite pour compléter avec lui le formulaire, que vous déposerez ensuite à votre centre de Sécurité sociale (le formulaire est disponible sur simple demande à votre centre de Sécurité sociale ou sur ameli.fr).
- ② Consultez votre médecin traitant avant de voir un spécialiste : vous serez mieux soigné et mieux remboursé.
- ③ Renseignez-vous sur le secteur d'activité de vos médecins habituels : privilégiez le secteur 1 pour de meilleurs remboursements. Les médecins de ce secteur pratiquent strictement les tarifs Sécurité sociale et ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires.
- ④ Demandez à votre médecin s'il a bien indiqué que votre consultation s'inscrit dans le cadre du parcours de soins (sur le support destiné à la Sécurité sociale).
- ⑤ Vérifiez sur votre relevé de prestations de la Sécurité sociale que les soins sont correctement qualifiés.

