

## QUID NOVI ?

Le flash d'information des spécialistes de  
la protection sociale complémentaire  
N° 10 – Février 2015

[www.cwassociés.com](http://www.cwassociés.com)

### ÊTRE OU NE PAS ÊTRE RESPONSABLE : CONTENU ET ENTRÉE EN VIGUEUR DU NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES

10 ans après la loi « portant réforme de l'assurance maladie » du 13 août 2004, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et un décret du 18 novembre 2014 ont modifié le cahier des charges permettant aux contrats d'assurance « frais de santé » d'être qualifiés de « responsables » et, ce faisant, de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux qui y sont attachés.

La mise en ligne le 5 février 2015 d'une circulaire de la Direction de la sécurité sociale du 30 janvier 2015 est l'occasion de faire le point sur les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'attachent aux contrats responsables, sur le nouveau cahier des charges de ces contrats, ainsi que sur les modalités de son entrée en vigueur.

#### 1. RAPPEL DES AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX ATTACHÉS AUX CONTRATS RESPONSABLES

Les contrats d'assurance maladie complémentaire, souscrits en vue de couvrir des régimes « frais de santé » d'entreprise collectifs et obligatoires et qui respectent les critères des « contrats responsables » bénéficient des avantages fiscaux et sociaux suivants :

- exclusion des contributions patronales finançant le régime de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et des prélèvements alignés (dans certaines limites) ;
- déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des contributions salariales finançant le régime ;
- application d'un taux réduit de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) (7 % contre 14% pour les contrats non responsables) ;
- exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés des contributions patronales et salariales finançant le régime.

#### 2. NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES

**P**our pouvoir être qualifiés de « responsables », les contrats d'assurance doivent respecter des planchers et des plafonds de prise en charge. Dans le but d' « encourager à la juste dépense et non à la consommation inutile », le décret du 18 novembre 2014 a modifié ces minima et maxima dans les conditions suivantes.

##### 2.1. Panier minimum de garanties devant être couvert

■ **Pour les soins de ville**, les contrats responsables doivent couvrir 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 (« tarif de responsabilité » ou « tarif opposable ») pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

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 le service médical rendu a été classé faible ou modéré (médicaments remboursés par la sécurité sociale à hauteur de 15 et 30%), ainsi que pour les spécialités et préparations homéopathiques.

**S'**agissant des 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. La circulaire du 30 janvier 2015 précise qu'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 ce dernier doit être couvert systématiquement.

■ **Pour les frais d'hospitalisation**, les contrats responsables doivent prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur ainsi que le forfait hospitalier (18 € par jour en hôpital ou en clinique et 13,50 € par jour en service psychiatrique) et ce, sans limitation de durée.

À noter que pour être qualifiés de responsables, les contrats d'assurance doivent toujours prendre en charge l'intégralité de la participation de l'assuré sur au moins deux prestations de prévention parmi celles listées par l'arrêté du 6 juin 2006.

## 2.2. Prise en charge encadrée

■ **Pour les frais d'optique**, le décret du 18 novembre 2014 instaure des planchers et des plafonds différents en fonction de la correction. Six combinaisons sont fixées, avec un minimum de 50 € et un maximum de 800 € par équipement (cf. tableau récapitulatif ci-après). En tout état de cause, (i) la prise en charge des lunettes est limitée à **un équipement par période de deux ans** (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) et (ii) **la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 €**.

La circulaire précise (i) que la période de deux ans s'apprécie soit à compter de la date de souscription du contrat, soit à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et (ii) qu'il revient au contrat d'assurance de préciser la règle retenue.

■ **S'agissant des dépassements d'honoraires**, la prise en charge est doublement limitée pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins (« CAS ») :

- la prise en charge des dépassements ne peut excéder 125 % du tarif opposable pour les soins délivrés en 2015 et 2016 et 100 % pour les soins délivrés à partir de 2017 ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérant au CAS, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité.

La circulaire précise par ailleurs que :

- le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS ne fait l'objet d'aucun plafonnement ;
- s'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérant au CAS, seule la première limite (125% en 2015-2016, puis 100% du tarif opposable) s'applique à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérant au CAS ;
- 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.

À noter enfin que les exclusions de prises en charge instaurées avant le décret du 18 novembre 2014 demeurent applicables. Il en va ainsi de l'exclusion de prise en charge (i) de la participation forfaitaire (1 €) pour chaque acte ou consultation, (ii) de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du « parcours de soin » (+ 40%), (iii) des dépassements d'honoraires sur les actes pratiqués par un spécialiste consulté sans prescription du médecin traitant et (iv) de la franchise annuelle concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires.

## 3. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION

### 3.1. Principe

Selon l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, tel que modifié par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, le nouveau cahier des charges des contrats responsables entre en vigueur « *pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015* ».

Les contrats continuent ainsi de bénéficier des différentes aides fiscales et sociales sur la base des anciens textes au moins jusqu'au 31 mars 2015 ; pour ceux qui sont en cours au 1<sup>er</sup> avril 2015, ces anciens critères s'appliquent jusqu'à la veille de leur prochaine échéance principale.

### 3.2. Dérogation applicable aux contrats collectifs et obligatoires d'entreprise

#### ■ Dispositions légales

Afin de tenir compte des spécificités liées aux régimes d'entreprise - en particulier des règles liées à la négociation collective - la loi a aménagé les modalités d'entrée en vigueur des contrats qui résultent d'actes visés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur) signés avant la publication de la loi, c'est-à-dire avant le 9 août 2014.

**D**ans ce cas, le législateur a prévu que, **les contrats bénéficiaient d'une période transitoire pour être mis en conformité avec le nouveau cahier des charges et ce, jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard le 31 décembre 2017.**

#### ■ Précisions apportées par la circulaire DSS du 30 janvier 2015

Compte tenu de la date de publication du décret intervenue le 19 novembre 2014, la circulaire indique que par tolérance, les modifications apportées aux accords collectifs ou référendaires et décisions unilatérales de l'employeur, ainsi qu'à leurs avenants, **avant le 19 novembre 2014** ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire.

⚠ Pour l'administration, **toutes les modifications des actes visés ci-dessus relatives à la protection complémentaire « frais de santé » intervenues depuis le 19 novembre 2014 sont de nature à faire perdre au contrat le bénéfice de la période transitoire** (modifications des garanties, mise en conformité avec la réglementation...).

À noter toutefois que, selon la circulaire :

- s'agissant de l'évolution des cotisations, la simple mise en œuvre d'une clause d'indexation 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 de la période transitoire ;
- lorsque les dispositions relatives à la couverture « frais de santé » sont incluses dans un accord collectif qui concernent également d'autres champs que la santé (prévoyance par exemple), les modifications qui n'impactent pas le régime « frais de santé » ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire ;

- les entreprises continuent à bénéficier du régime transitoire si la modification de leur(s) régime(s) d'entreprise intervenue après le 19 novembre 2014 a pour objet de se conformer à un accord collectif de branche conclu en la matière avant le 19 novembre 2014, et ce tant que celui-ci n'a pas fait l'objet de modifications relatives à la protection complémentaire en matière de soins de santé et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017 ;
- pour les contrats en cours au 1<sup>er</sup> avril 2015, en cas de modification de l'acte juridique à l'origine du régime dans l'entreprise postérieure au 19 novembre 2014, le contrat continue à bénéficier de la période transitoire jusqu'à la prochaine échéance principale et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

## VOTRE AGENDA

### Les formations ERYs

#### Les rendez-vous de l'actualité sociale

LYON :	2 avril 2015
PARIS :	10 avril 2015
MARSEILLE :	17 avril 2015
DIJON :	16 avril 2015

#### Durée du travail

PARIS, 12 MARS 2015

#### Exécution et suspension du contrat de travail

LYON, 17 mars 2015

#### Sécuriser les forfaits-jours

PARIS, le 14 avril 2015

Renseignements complémentaires et inscriptions auprès de Sandrine GAVORY ☎ 01.56.62.20.11  
✉ [inscription@erys.fr](mailto:inscription@erys.fr)  
🌐 [www.erys.fr](http://www.erys.fr)



## 4. APPLICATION EN CAS DE CONTRATS MULTIPLES

La circulaire du 30 janvier 2015 apporte enfin d'utiles précisions sur l'appréciation du caractère responsable du ou des contrats en cas d'options facultatives et/ou de contrats « surcomplémentaires ».

**E**lle rappelle en premier lieu que **le respect des critères de responsabilité s'apprécie pour chaque contrat d'assurance complémentaire souscrit par une même personne** (physique ou morale).

Il en résulte pour l'administration que dans le cas d'un contrat unique 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 ci-dessus, le contrat est globalement réputé « non responsable ».

En second lieu, la circulaire indique qu'en cas de souscription d'un contrat surcomplémentaire<sup>1</sup>, **le non-respect des plafonds de prise en charge par le seul contrat surcomplémentaire n'est pas de nature à remettre en cause le caractère responsable du contrat socle**.

**E**lle précise enfin que pour pouvoir être considéré comme responsable, le contrat doit (i) être dénommé « surcomplémentaire », (ii) 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 et (iii) respecter les plafonds de prise en charge<sup>2</sup>.

Un tableau récapitulatif des différentes situations envisageables à cet égard est reproduit ci-après.

## VOS CONTACTS

**Yoan BESSONNAT**  
yoan.bessonnat@cwassocies.com



**Benoit DORIN**  
benoit.dorin@cwassocies.com

**Elisabeth GRAUJEMAN**  
elisabeth.graujeman@cwassocies.com



<sup>1</sup> Selon la circulaire :

- un contrat surcomplémentaire est un contrat 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 ;
- un contrat « socle » est un 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.

<sup>2</sup> En revanche, le contrat surcomplémentaire n'est pas tenu de respecter à lui seul l'ensemble des obligations minimales de prise en charge, le respect de ces minima pouvant être apprécié eu égard aux prises en charge déjà effectuées par le contrat socle.

## TABLEAUX DE SYNTHÈSE

### ■ Planchers et plafonds de prise en charge des garanties optiques

Taux de prise en charge

Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1</b> Équipement à verres simples dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est ≤ 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 50€ / Max 470€*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2</b> Équipement à verres simples dont la sphère est supérieure -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est &gt; 4</li> <li>• Équipement à verres multifocaux</li> <li>• Équipement à verres progressifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 200€ / Max 750€*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>3</b> Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00</li> <li>• Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 200€ / Max 850€*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipement comprenant un verre <b>1</b> et un verre <b>2</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 125€ / Max 610€*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipement comprenant un verre <b>1</b> et un verre <b>3</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 125€ / Max 660€*</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipement comprenant un verre <b>2</b> et un verre <b>3</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Min 200€ / Max 800€*</li> </ul>

\*La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €

### ■ Résumé des différentes situations envisageables en présence d'un contrat surcomplémentaire

Respect par le	Contrat socle				Contrat surcomplémentaire			
	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties	Responsable	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties <sup>(1)</sup>	Responsable
Cas 1	oui	oui	oui	<b>oui</b>	oui	oui	oui	<b>oui</b>
Cas 2	non			<b>non</b>				<b>non<sup>(2)</sup></b>
Cas 3	oui	non	oui	<b>non</b>	oui	non	oui	<b>non</b>
Cas 4	oui	oui	non	<b>non</b>			non <sup>(3)</sup>	<b>non</b>
Cas 5	oui	oui	oui	<b>oui</b>	non			<b>non</b>
Cas 6	oui	oui	oui	<b>oui</b>			non	<b>non</b>
Cas 7	oui	oui	oui	<b>oui</b>	oui	non	oui	<b>oui<sup>(4)</sup></b>

<sup>(1)</sup> 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.

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

<sup>(3)</sup> 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.

<sup>(4)</sup> 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.