





# Nouveau contrat responsable, Les changements

Circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (opposable aux URSSAF)




## 1. Contexte

 Textes de référence	 Circulaire abrogée	 Application à d'autres dispositifs	 Objectifs
<p><b>Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale</b> modifié par l'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019</p> <p><b>Articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale modifié</b> par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires</p> <p><i>L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale définit le « panier de soins » que doivent prendre en charge les contrats d'assurance complémentaire en santé pour bénéficier des aides associées au critère « responsable »</i></p>	<p><b>Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015</b> relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales</p>	<p><b>Panier de soins ANI</b></p> <p>Contrats prévus au D. 911-1 et suivants du code de la sécurité sociale (contrats conclus en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale)</p>	<p><b>La présente circulaire intègre la réforme 100% santé</b> qui pour rappel, garantit une prise en charge intégrale de certains équipements en optique, audiologie et dentaire par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. La circulaire prolonge la logique poursuivie par la précédente réforme des contrats responsables autour de trois axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>garantir le contenu</b> de la couverture santé en fixant des planchers de prise en charge ;</li> <li>- <b>réguler les dépassements</b> d'honoraires ;</li> <li>- <b>agir sur les prix</b> des équipements optiques, des aides auditives (par l'imposition de prix limite de vente et des plafonds de prise en charge) et des soins prothétiques dentaires (par l'imposition d'honoraires limites de facturation).</li> </ul>

## 2. L'essentiel de la circulaire





### 2.1 Ce qui change

La circulaire intègre principalement la réforme 100% santé en optique, audiologie et dentaire ainsi que le dispositif OPTAM et OPTAM-CO (qui a succédé au dispositif de contrat d'accès aux soins, CAS, en vigueur dans la circulaire du 30 janvier 2015). Désormais, **en plus de la prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur (TM) qui existait déjà**, les **contrats responsables** doivent **prendre en charge les frais exposés** par l'assuré **en sus des tarifs de responsabilité** dans la **limite des prix limites de vente (PLV)** et des **honoraires limites de facturation (HLF)** pour le panier **100% santé** et dans la **limite des planchers et plafonds** pour les **soins hors 100% santé** sur les postes suivants :

	Soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (prise en charge intégrale limitée aux HLF pour panier 100% santé) ou non (uniquement TM absence de plafonds)
	Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance (uniquement TM) Prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A (prise en charge intégrale limitée aux PLV)
	Frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, (TM pour les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la sécurité sociale)


### 2.2 Ce qui ne change pas

Les **contrats responsables** doivent **couvrir l'intégralité du TM** pour **l'ensemble des dépenses remboursées** par le **régime obligatoire<sup>1</sup>**, à **l'exception** des **cures thermales**, des **médicaments** dont la **prise en charge** par le **régime obligatoire** est **fixée à 15 %** (service médical faible) ou **30 %** (service médical modéré) et **l'homéopathie** (y compris les honoraires en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques). La mise en place d'un délai de carence ne peut faire obstacle à la prise en charge du TM ou du forfait journalier hospitalier.

	Consultations et actes réalisés par les professionnels de santé Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les garanties supérieures au TM : Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO → Max 200% BRSS (RO+RC) avec différence de 20% BRSS entre adhérents OPTAM / OPTAM-CO et non adhérents OPTAM / OPTAM-CO <sup>1</sup>
	Frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement Participation forfaitaire de 24 € et sur les consultations et actes externes Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée en établissements de santé hors établissement médicaux-sociaux (maisons d'accueil spécialisées ou EHPAD)
	Médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65%
	Honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du code de la sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge

<sup>1</sup> La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie obligatoire, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité. 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.

### 3. Rappel des exonérations sociales et fiscales attachées au respect des dispositions relatives au contrat responsable

Contributions employeurs au financement de la prévoyance complémentaire (contrats collectifs et obligatoires)	Contrats d'assurance complémentaire	Impôt sur le revenu	Impôt sur le bénéfice dans le cadre de la loi « Madelin »
<p><b>Exonération de la cotisation patronale plafonnée par salarié<sup>2</sup></b> (plafond commun prévoyance et santé), 6e et 8e alinéas de l'article L. 242-1 et D. 242-1 du code de la sécurité sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>6%</b> du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) + <b>1,5%</b> de la rémunération annuelle brute</li> <li>- Dans la limite de <b>12%</b> du PASS</li> </ul> <p><i>(assujettissement des contributions patronales au forfait social de 8% pour les entreprises de 11 salariés et plus ; articles L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)</i></p>	<p><b>Taxe de solidarité additionnelle (TSA)</b> à <b>13,27%</b> au lieu de <b>20,27%</b> (II et II bis de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale)</p>	<p><b>Déductibles de la cotisation salariale du revenu imposable du salarié<sup>2</sup></b>, sous plafond (limite de déduction globale, plafond commun prévoyance et santé) 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) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>5%</b> du PASS + <b>2 %</b> de la rémunération annuelle brute</li> <li>- Dans la limite de <b>2 %</b> de <b>8 fois</b> le PASS</li> </ul>	<p><b>Déductibles du bénéfice imposable du TNS</b>, sous plafond (limite de déduction globale, plafond commun prévoyance et santé), au sens du I de l'article 154 bis du code général des impôts :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>7 %</b> du PASS + <b>3,75 %</b> du bénéfice imposable</li> <li>- Dans la limite de <b>3 %</b> de <b>8 fois</b> le PASS</li> </ul>
<p><b>Exonération de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)</b> des cotisations, primes et acceptations provenant des contrats d'assurance maladie (4e alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale)</p>			

<sup>2</sup> Respect du formalisme de mise en place du régime, organismes prestataires habilités, non substitution à un élément de rémunération, caractère collectif et obligatoire du régime, contrat frais de santé responsable et solidaire

## 4. Optique

### 4.1 Classe A : panier de soins à prise en charge renforcée (100% santé)

#### 4.1.1 Contenu

Prise en charge intégrale :

- ✓ Des équipements (monture + verres) dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- ✓ De la prestation d'appairage pour les verres de Classe A d'indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre pour les verres de Classe A dans la limite du PLV, déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire (RO).

Monture	PLV	PLV (prix par verre)					
Adulte et enfant	30 €	Verre	Niveau 1 (0 à -/+2)	Niveau 2 (-/+2 à -/+4)	Niveau 3 (-/+4 à -/+8)	Niveau 4 (-/+8 à -/+12)	Niveau 5 (<-12) (>+12)
Enfant < 6 ans (si lunettes à coque)	50 €						
Unifocaux	Sphérique		32,50 €	37,50 €	47,50 €	97,50 €	
	Astigmat + (sphérocyllindrique)	Cyl 0-4	37,50 €	42,50 €	52,50 €	102,50 €	
		Cyl > 4	52,50 €	57,50 €	67,50 €	117,50 €	
Progressifs	Sphérique		75,00€	80,00€	90,00€	130,00€	
	Astigmat + (sphérocyllindrique)	Cyl 0-4	90,00 €	95,00 €	105,00 €	145,00 €	
		Cyl > 4	115,00 €	120,00 €	130,00 €	170,00 €	
Multifocaux	Sphérique		45,00 €	50,00 €	60,00 €		100,00 €
	Astigmat + (sphérocyllindrique)	Cyl 0-4	60,00 €	65,00 €	75,00 €		115,00 €
		Cyl > 4	75,00 €	80,00 €	90,00 €		130,00 €

### 4.2 Prise en charge encadrée des contrats offrant des garanties supérieures au ticket modérateur : panier de soins autres que 100% santé, Classe B

#### 4.2.1 Contenu : planchers et plafonds

Prise en charge sous conditions du respect des planchers et plafonds par le contrat :

- ✓ **Equipement (monture + verres)** soumis au remboursement de la Classe B
- ✓ **Monture Classe A + verres Classe B et réciproquement :**
  - Application du plafond de la Classe B à l'ensemble de l'équipement dans la limite des PLV pour la monture ou les verres de Classe A.
  - S'il existe des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), la prise en charge des verres ou de la monture s'effectue dans la limite de ces garanties.
  - En cas d'achat dissocié des verres ou de la monture, le montant de prise en charge des verres et de la monture se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

- ✓ Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global.
- ✓ Les plafonds n'incluent pas la prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents, le supplément pour les verres avec filtre et la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.
- ✓ Les planchers et les plafonds incluent systématiquement le RO + TM.

	Planchers	Plafonds
Verres simples	50 €	420 €
Verres complexes	200 €	700 €
Verres très complexes	200 €	800 €

1 verre simple et 1 verre complexe	125 €	560 €
1 verre simple classe et 1 verre très complexe	125 €	610 €
1 verre complexe et 1 verre très complexe	200 €	750 €



100 €  
1<sup>er</sup> janvier 2020

## 4.2.2 Des nouvelles corrections

### Verres simples

Verres	Sphère	Cylindre
Unifocaux sphériques	Entre - 6,00 et + 6,00 dioptries	-
Unifocaux sphéro-cylindriques	Entre - 6,00 et 0 dioptries	≤ + 4,00 dioptries
Unifocaux sphéro-cylindriques	Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) est ≤ 6,00 dioptries	

### Verres complexes

Verres	Sphère	Cylindre
Unifocaux sphériques	Hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries	-
Unifocaux sphéro-cylindriques	Entre - 6,00 et 0 dioptries	> + 4,00 dioptries
Unifocaux sphéro-cylindriques	< - 6,00 dioptries	≥ 0,25 dioptrie
Unifocaux sphéro-cylindriques	Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) est > 6,00 dioptries	
Multifocaux ou progressifs sphériques	Entre - 4,00 et + 4,00 dioptries	-
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Entre - 8,00 et 0 dioptries	≤ + 4,00 dioptries
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) est ≤ 8,00 dioptries	

## Verres très complexes

Verres	Sphère	Cylindre
Multifocaux ou progressifs sphériques	Hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	-
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Entre - 8,00 et 0 dioptries	> + 4,00 dioptries
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	< - 8,00 dioptries	≥ 0,25 dioptrie
Multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques	Sphère positive et somme S (sphère + cylindre) est > 8,00 dioptries	

### 4.3 Renouvellement des équipements de Classe A et B

Pour rappel, le remboursement par le régime obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la liste des produits et prestations remboursables (LPP). Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc ni être réduites, ni allongées.

La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture de la manière suivante :

CAS NORMAUX	
16 ans et plus	Moins de 16 ans
2 ans	1 an

CAS DÉROGÉS		
16 ans et plus	Moins de 16 ans	Pathologies médicales
<p><b>1 an</b> en cas d'évolution de la vue :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;</li> <li>- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;</li> <li>- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sans délai</b> en cas d'évolution de la vue (dégradation des performances oculaires dans l'arrêté du 3 décembre 2018).</li> </ul> <p><b>Objectivée</b> par une <b>nouvelle prescription médicale ophtalmologique</b>.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jusqu'à 6 ans :</b> <b>Délai de 6 mois</b> en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</li> </ul>	<p><b>Sans délai</b>, par une <b>nouvelle prescription médicale ophtalmologique</b> avec la mention sur l'ordonnance de ces cas particuliers (arrêté du 3 décembre 2018), <b>pour :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glaucome ;</li> <li>- Hypertension intraoculaire isolée ;</li> <li>- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;</li> <li>- Rétinopathie diabétique ;</li> <li>- Opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;</li> <li>- Cataracte évolutive à composante réfractive ;</li> <li>- Tumeurs oculaires et palpébrales ;</li> <li>- Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;</li> <li>- Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;</li> </ul> </li> </ul>

- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

**Soit par une nouvelle prescription médicale**, comparée à la prescription médicale précédente, **soit lorsque l'opticien-lunetier adapte** la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance (arrêté du 3 décembre 2018).



- Greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- Kératocône évolutif ;
- Kératoplasties évolutives ;
- Dystrophie cornéenne ;
- Amblyopie ;
- Diplopie récente ou évolutive ;

• **Troubles de réfraction associés à une pathologie générale :**

- Diabète ;
- Maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
- Hypertension artérielle mal contrôlée ;
- Sida ;
- Affections neurologiques à composante oculaire ;
- Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;

• **Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :**

- Corticoïdes ;
- Antipaludéens de synthèse ;
- Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées (donc jusqu'à 2 ans). L'appréciation des périodes de renouvellement se fait à partir de la dernière facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire. L'organisme complémentaire doit également s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement.

Pour les équipements acquis en deux temps (monture puis verres), la période de renouvellement s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé de la monture et des verres, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

En cas de déficit de vision de près et de loin, (si l'assuré ne souhaite pas porter de verres progressifs ou multifocaux), la prise en charge de deux équipements est possible, sur la période correspondant au cas de l'assuré. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

## 5. Audio

### 5.1 Classe I : panier de soins à prise en charge renforcée (100% santé)

#### 5.1.1 Contenu

Prise en charge intégrale **dans la limite des PLV des aides auditives de la Classe I** fixés par la LPP.

	Janvier 2019	Janvier 2020	Janvier 2021
	PLV	PLV	PLV
Classe I ≤ 20 ans	1400 €	1400 €	1400 €
Classe I > 20 ans	1300 €	1100 €	950 €

Piles (suivant liste) 1,50 € par paquet et par an à tarif libre (sauf CMU C = PLV 1,50 €)

### 5.2 Prise en charge encadrée des contrats offrant des garanties supérieures au ticket modérateur : panier de soins autres que 100% santé, Classe II

#### 5.2.1 Contenu : plafond

Prise en charge sous conditions du plafond suivant :

- ✓ **1700 €** par oreille à partir du **1<sup>er</sup> janvier 2021**.
- ✓ Le plafond inclut le **RO et le TM**.
- ✓ **Le plafond n'inclut pas** les prestations annexes à l'aide auditive telles que le TM des consommables, des piles ou des accessoires.

	Janvier 2019	Janvier 2020	Janvier 2021
	PLV	PLV	PLV
Classe II ≤ 20 ans	Libre	Libre	1700 € par oreille
Classe II > 20 ans	Libre	Libre	1700 € par oreille

Piles (suivant liste) 1,50 € par paquet et par an à tarif libre (sauf CMU C = PLV 1,50 €)



### 5.3 Renouvellement des aides auditives de Classe I et II<sup>3</sup>

	Renouvellement au 1 <sup>er</sup> janvier 2021	Renouvellement anticipé jusqu'au 31 décembre 2020 <sup>4</sup>
Délai	<b>4 ans</b> Limité à une aide auditive par oreille	<b>Au moins 2 ans</b> Limité à une aide auditive par oreille
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>A compter de la dernière facturation</b> de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire, en tenant compte des <b>4 années antérieures</b>.</li> <li>➤ <b>Le délai court séparément</b> pour chaque aide auditive par oreille.</li> <li>➤ <b>L'organisme complémentaire doit s'assurer</b> de l'absence de prise en charge au titre d'un <b>contrat responsable souscrit auprès de lui</b> par l'assuré, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement.</li> </ul>	<p><i>Conditions cumulatives :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>A compter de la date de délivrance</b> de l'aide auditive précédente (pour chaque oreille indépendamment) ;</li> <li>➤ <b>L'aide auditive doit être hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré</b> (par prescription médicale dans les conditions rappelées dans l'arrêté du 14 novembre 2018) ;</li> <li>➤ Pour la prise en charge, le <b>prescripteur doit</b> notamment <b>attester de cette situation en précisant la raison</b>, sur un <b>document</b> qui doit être <b>transmis à la caisse d'assurance maladie</b>.</li> </ul> <p>Ce renouvellement anticipé doit <b>respecter les autres règles de prise en charge</b>.</p>

## 6. Entrée en vigueur de la nouvelle réglementation

**Remarque :** Le « *contrat* » dans la circulaire désigne l'acte qui définit le contenu des engagements des sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles et unions en ce qui concerne les prestations et les cotisations en matière de frais de santé.

L'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que le nouveau cahier des charges relatif au contrat responsable s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires (article 5) précise que le nouveau cahier des charges des contrats responsables entre en vigueur en deux temps :

- Pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour l'optique et les frais de soins dentaires prothétiques précisés par arrêté (arrêté du 24 mai 2019) ;
- Pour les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les aides auditives et pour l'ensemble des soins dentaires prothétiques qui entrent dans le panier 100% santé (arrêté du 24 mai 2019).

<sup>3</sup> Le remboursement par le régime obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues par la liste des produits et prestations remboursables (LPP). Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc ni être réduites ni allongées saufs dispositions réglementaires.

<sup>4</sup> **Circulaire N° DSS/SD1C/DGS/PP3/2019/130** du 04 juin 2019 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme "100% santé" d'une part les conditions de renouvellement des aides auditives, et d'autre part de la définition des aides auditives pouvant être prises en charge dans le cadre de l'offre « 100% santé ».

## 6.1 Les contrats bénéficiant des anciennes dispositions des « contrats responsables »

Bénéfice des anciennes dispositions	Optique	Dentaire		Audio
		Couronnes fixes, Couronnes transitoires, Inlay core, Bridges)	Prothèses amovibles	
Contrats arrivant à échéance	Au moins jusqu'au <b>31 décembre 2019</b>		Au moins jusqu'au <b>31 décembre 2020</b>	
Contrats en cours au 1er janvier 2020	Jusqu'à la veille de leur <b>prochaine échéance principale</b>		Oui	
Contrats en cours au 1er janvier 2021	- <i>(mis en conformité avec les nouvelles dispositions au 1<sup>er</sup> janvier 2021)</i>		Jusqu'à la veille de leur <b>prochaine échéance principale</b>	

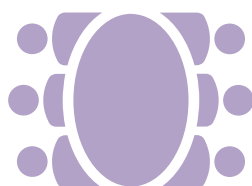
## 6.2 Contrats individuels et collectifs facultatifs autres que ceux qui relèvent de la mise en œuvre de la protection sociale collective en entreprise

Contrats conclus ou renouvelés :	
➤ jusqu'au 31 décembre 2019	<b>Maintien des anciennes dispositions</b> contrats responsables jusqu'à la plus prochaine échéance principale du contrat.
➤ à compter du 1er janvier 2020	<b>Application du nouveau cahier des charges</b> relatif au contrat responsable à leur date de souscription ou de renouvellement.
	<b>Pour l'audio et certains actes dentaires</b> , application du nouveau cahier des charges à compter de l'échéance principale suivante en 2021.
➤ à compter du 1er janvier 2021	<b>Application du nouveau cahier des charges</b> du contrat responsable à leur date de souscription ou de renouvellement.

### 6.3 Contrats collectifs obligatoires et contrats collectifs facultatifs qui relèvent de la mise en œuvre de la protection sociale collective en entreprise

Les actes juridiques fondateurs des régimes frais de santé doivent intégrer le nouveau cahier des charges du contrat responsable dans les conditions suivantes :

	Convention collective, accord collectif, accord d'entreprise, accord référendaire	DUE
Tolérance	<b>Oui</b> à condition que le contrat d'assurance soit mis en conformité au 1 <sup>er</sup> janvier 2020	<b>Non</b>
Entrée en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2020	<b>Uniquement</b> contrat d'assurance pour l'optique et le dentaire	<b>Oui</b> Y compris contrat d'assurance en optique et dentaire
Entrée en vigueur au 1 <sup>er</sup> janvier 2021	<b>Oui</b> Pour les deux actes juridiques (accords ou conventions + contrat d'assurance)	<b>Oui</b> Y compris contrat d'assurance en audio
Aucune modification	<b>Uniquement si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La convention ou l'acte fait un renvoi au cahier des charges du contrat responsable ou aux garanties du contrat d'assurance</li> <li>Le contrat d'assurance est mis en conformité</li> </ul>	<b>Uniquement si :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La DUE fait un renvoi au cahier des charges du contrat responsable ou aux garanties du contrat d'assurance</li> <li>Le contrat d'assurance est mis en conformité</li> </ul>



## 7. Le caractère responsable des contrats multiples

La circulaire rappelle les conditions à respecter, pour que les **contrats multiples** (contrat socle, contrat surcomplémentaires et contrats avec options) **soient qualifiés de « responsables »** (circulaire DSS du 30 janvier 2015).

Pour rappel, le **respect des critères de responsabilité** (interdictions, planchers et plafonds 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.

<p>Contrat Socle</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il s'agit du contrat qui intervient en premier après la prise en charge par le régime obligatoire.</li> <li>➤ En pratique, il prend en charge les garanties minimales imposées dans le cadre des dispositions relatives au contrat responsable.</li> </ul>
<p>Contrat Surcomplémentaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Souscrit individuellement ou collectivement, à adhésion facultative ou obligatoire, qui intervient après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance.</li> <li>➤ Il peut être souscrit auprès du même organisme d'assurance que le contrat socle ou auprès d'un organisme différent. Il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat socle.</li> <li>➤ Pour être responsable, le contrat devra : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Être dénommé « surcomplémentaire » et spécifier que son intervention vient sous déduction du remboursement du régime obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance, dans la limite des frais réels ;</li> <li>○ Respecter les plafonds de prise en charge du contrat responsable en prenant en compte les prises en charge déjà effectuées par le régime obligatoire et le contrat socle et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont.</li> </ul> </li> <li>➤ Il n'est pas tenu de respecter, à lui seul, les obligations minimales de prise en charge si elles sont déjà effectuées par le contrat socle et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont (mention la prise en charge, sous déduction des prises en charge déjà effectuées).</li> </ul>
<p>Contrat avec des options</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Il s'agit d'un contrat unique, les options n'étant pas juridiquement distinctes du contrat. Les options ne peuvent être considérées comme constituant des contrats surcomplémentaires.</li> <li>➤ Le respect des critères de responsabilité s'apprécie pour l'ensemble des garanties souscrites (base + options). Si par le jeu des options souscrites, le contrat, pris dans sa globalité, ne respecte pas l'ensemble des critères de responsabilité (par exemple le non-respect des planchers ou plafonds), le contrat est globalement réputé « non responsable ».</li> </ul>

Cas particuliers :

Pour les assurés 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 (par exemple régime des industries électriques et gazières), le respect des critères de responsabilités s'apprécie en prenant en compte le remboursement global des frais de soins dont bénéficie l'assuré (régime local + contrat complémentaire en santé).

Remarque : Pour les contrôles opérés au titre de l'année 2020, les URSSAF sont invitées à prendre en compte 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.

