



FLASH ACTUALITÉ

AVRIL 2019

100% Santé

Anciennement nommé « reste à charge 0 », ce dispositif est la transposition dans la loi d'un engagement de la campagne du Président de la République pour lutter contre le renoncement aux soins dans les 3 postes de santé les plus coûteux : les soins dentaires, l'optique et les audioprothèses.

Par conséquent, l'art.51 de la loi étend la couverture minimale des contrats de santé responsables à certaines dépenses d'optique médicale, de prothèses dentaires et d'aides auditives.

Des accords avec les syndicats des professionnels de santé concernés par la réforme ont été conclus et un calendrier de mise en application progressive a été décidé en fonction du poste de soin.

La couverture de ces nouvelles dépenses doit être prise en charge par les contrats d'assurance en frais de santé pour bénéficier du régime social et fiscal de faveur attaché au contrat responsable et solidaire.

La réforme des contrats santé

Cette réforme se développe autour de quatre axes-clés :

- La fixation d'un panier à tarif plafonné avec les fournisseurs (fixation d'un prix limite de vente) ;
- L'obligation, pour les distributeurs, de proposer et de disposer de certains produits ou prestations, pouvant s'entendre d'un « panier de prestations nécessaires et de qualité ». Elle se complète, en pratique dans la LFSS, par le fait que ces distributeurs pourront être amenés à participer à un dispositif d'évaluation de la qualité de la prise en charge du patient ;
- L'amélioration de la prise en charge par la Sécurité sociale : une nouvelle nomenclature avec une revalorisation de la base de remboursement ;
- L'intégration du nouveau panier dans les obligations au titre du contrat responsable afin de garantir un accès sans reste à charge sur ces équipements.
L'article 51 modifie ainsi l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Par ailleurs, le Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge pour certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, plus communément appelé le Décret « 100% santé », est paru au Journal officiel du 12 janvier 2019 et précise les contours du dispositif.

Désormais, afin de bénéficier des aides sociales et fiscales attachées au dispositif des contrats responsables, les contrats complémentaires en frais de santé devront prévoir la prise en charge d'équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires de façon à garantir un accès sans reste à charge pour les assurés.

LES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE

L'article prévoit deux types de prise en charge concernant les équipements d'optique (comprenant deux verres et une monture) :

- La prise en charge «renforcée» («100% santé conforme») : les remboursements doivent être à hauteur des frais exposés par les assurés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés et négociés par les professionnels concernés, et listés par les articles L. 165-1 et L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- La prise en charge «libre» mais néanmoins encadrée : si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement le prévoit, le décret indique les planchers et plafonds permettant de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux liés au respect du contrat responsable.

LES AIDES AUDITIVES

Comme pour l'optique, le texte prévoit deux types de prise de charge :

- La prise en charge «renforcée» : les remboursements doivent être à hauteur des frais exposés par les assurés en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés et négociés par les professionnels concernés ;
- La prise en charge «libre» mais néanmoins encadrée : le montant de prise en charge sera limité à 1700 euros par aide auditive.

Les garanties s'appliquent aux frais exposés par période de quatre ans. Ici aussi, le montant inclut la prise en charge du régime de base ainsi que la participation de l'assuré.

LES SOINS PROTHÉTIQUES DENTAIRES

Concernant ce poste de soins, l'article fait un renvoi aux dispositions de la convention dentaire en vigueur. L'article prévoit qu'en cas d'échec des négociations de la convention dentaire, le règlement arbitral définira les actes pris en charge à 100% en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques.

La convention dentaire du 21 juin 2018, approuvée par arrêté du 20 août 2018 (au JORF du 25 août 2018) prévoit trois types de panier :

- Un panier comprenant des actes et soins sans reste à charge pour l'assuré ;
- Un panier comprenant des actes et soins à tarif maîtrisé ;
- Un panier comprenant des actes et soins à tarif libre.

POINTS DE VIGILANCE

Concernant les contrats d'assurance, les nouvelles dispositions s'appliqueront aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020.

Par conséquent, les régimes devront être adaptés afin d'être conformes à la nouvelle définition du contrat responsable au 1er janvier 2020 afin de continuer à bénéficier des exemptions de cotisations de Sécurité sociale sur la part patronale affectée à ces régimes.

CE QUI NE CHANGE PAS

- La prise en charge des dépenses optiques reste conjointe entre le Régime Obligatoire (RO) et Régime Complémentaire (RC) et le taux de prise en charge RO reste inchangé, soit 60% de la BRSS.
- Concernant le renouvellement des lunettes, le délai minimum reste de 2 ans pour les adultes de plus de 16 ans (sauf dérogation liée à une modification de l'acuité visuelle) et de 1 an pour les moins de 15 ans.
- La durée de validité de l'ordonnance reste la même, soit 5 ans pour les + de 16 ans, 3 pour les + de 42 ans, 1 pour les - de 16 ans.

ASCORA
courtier d'assurances

ASCORA - CS 57137 - 50 QUAI CHARLES PASQUA
92532 LEVALLOIS PERRET
TÉL : 01 55 62 11 11 - FAX : 01 55 62 11 39
CONTACT@ASCORA.COM - WWW.ASCORA.COM

RCS NANTERRE 352 822 829
SARL AU CAPITAL DE 90000€
COURTIER D'ASSURANCES ET DE RÉASSURANCES INSCRIT À L'ORIAS SOUS LE N° 07002054 (WWW.ORIAS.FR)
RÉCLAMATIONS: CONTACT@ASCORA.COM - AUTORITÉ DE CONTRÔLE : ACPR 61 RUE TAITBOUT 75009 PARIS