



Un contrat collectif est forcément responsable

Les contrats collectifs responsables et solidaires sont assortis d'exonérations sociales et de déductions fiscales des cotisations tant pour la part « employeur » que pour la part « salarié ». Au 1^{er} janvier 2016, la plupart des salariés du privé auront une mutuelle collective obligatoire. Tous les contrats santé d'entreprise seront responsables et solidaires, sauf ceux qui sont soumis à une convention collective nationale, pour lesquels une renégociation des accords de branche est nécessaire.



Pour les soins de ville

Le ticket modérateur (ce qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité sociale) est certes pris en charge, mais il ne concerne pas les médicaments remboursés à 15 ou 30 %, l'homéopathie, les soins non reconnus par l'Assurance maladie, comme l'acupuncture ou l'ostéopathie, ou encore les cures thermales. Et dans la logique de la « responsabilité », l'assuré doit participer à ses frais de santé. Restent ainsi à charge :

- 1 euro de participation forfaitaire sur les actes, les consultations, les examens radiologiques et biologiques ;
- 0,50 euro de franchise médicale par boîte de médicament ou par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire hors urgence.

Depuis le 1^{er} avril 2015, les complémentaires santé doivent respecter les nouvelles règles du contrat responsable pour assurer un meilleur remboursement des dépenses de santé et limiter les dépassements d'honoraires des médecins.

Ces mesures ont un impact sur ce que peut rembourser votre mutuelle.

Le contrat responsable, c'est quoi ?

Il est âgé d'à peine 11 ans et il est déjà responsable : c'est votre contrat santé. Le contrat « solidaire et responsable », né en août 2004 avec la loi relative à l'Assurance maladie, a pour ambition de limiter le déficit de la Sécurité sociale. Comment ? En incitant les patients à suivre un parcours de soins coordonnés *, autrement dit à choisir un médecin traitant et à passer par son cabinet avant toute consultation d'un spécialiste, sous « peine » de ne pas être totalement remboursé. L'assuré est ainsi responsabilisé en même temps que son contrat.

Les contrats dits « responsables » gagnent aussi un avantage fiscal, étant taxés par le gouvernement à 7 au lieu de 14 %.

Des planchers de prise en charge

Ces contrats doivent respecter des planchers de prise en charge. C'est du côté de l'optique que les nouvelles modalités de remboursement bousculent le plus le système. Le contrat responsable vise aussi les professionnels de santé, et plus précisément les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires, « invités » à s'aligner sur le contrat d'accès aux soins (CAS). Celui-ci impose aux signataires de ne pas pratiquer de dépassements pour les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et de les limiter pour les autres assurés. Mais dans les faits, les médecins sont libres de fixer leurs honoraires « avec tact et mesure ». C'est donc – toujours – à l'assuré d'être vigilant, en comparant les tarifs et les devis des professionnels de santé.

Point sur les prises en charge par votre mutuelle

Limitation des dépassements d'honoraires

Objectif : garantir un remboursement minimum pour certains soins tout en fixant des prises en charge maximales pour contenir les prix.

Concrètement, pour les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins (ceux de secteurs 2 et 3 pratiquant des dépassements d'honoraires), votre mutuelle ne pourra plus rembourser les dépassements d'honoraires supérieurs à 125% du tarif de la Sécurité sociale.

Baisse du prix des lunettes

Objectif : mettre un frein à la dérive des prix dans le secteur des lunettes.

Selon les garanties souscrites, votre mutuelle pourra vous rembourser entre 50 et 470 euros pour un équipement verres simples, entre 200 et 750 euros pour un équipement verres complexes, et jusqu'à 850 euros pour un équipement verres très complexes. Les plafonds mentionnés intègrent le prix de la monture dont la prise en charge est limitée à 150 euros.

Forfait hospitalier

Objectif : vous assurer une meilleure couverture en cas d'hospitalisation.

Concrètement, votre mutuelle prendra en charge sans limitation de durée l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Celui-ci est de 18 euros par jour pour une hospitalisation supérieure à vingt-quatre heures et couvre les frais d'hôtellerie et de restauration.