



Les contrats collectifs aussi sont concernés par le contrat 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 ». Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés du privé doivent bénéficier d'une mutuelle collective obligatoire. Tous les contrats santé d'entreprise sont 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.

Egalement 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} janvier 2020, les complémentaires santé doivent respecter les nouvelles règles du contrat responsable pour assurer un meilleur remboursement des équipements optiques, dentaires. A compter de 1^{er} janvier, 2021, ces nouvelles règles du contrat responsable s'appliqueront également aux aides auditives.

Le contrat responsable, c'est quoi ?

Il est âgé de 15 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. Historiquement, il s'agissait de la seule exigence imposée par le contrat responsable, en plus de la prise en charge obligatoire du tiers payant et du ticket modérateur. Les contrats dits « responsables » gagnent aussi un avantage fiscal, étant taxés par le gouvernement à 13,27 au lieu de 20,27 %.

Des planchers et des plafonds de prise en charge

Depuis 2015, tout contrat responsable doit respecter ces deux exigences supplémentaires :

- La prise en charge intégrale et sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier (20 € en hôpital ou en clinique et 15 € en service psychiatrique)
- Le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Un fort taux de renoncement aux soins pour des raisons financières ayant été constaté, le gouvernement a introduit une troisième réforme du contrat responsable : le 100 % Santé. Désormais, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent également :

- Prévoir la prise en charge intégrale de certains équipements optiques, dentaires ou auditifs.
- Pour les équipements qui ne sont pas inclus dans ces paniers de soins 100 % remboursés, les mutuelles doivent respecter des minima et des maxima de prise en charge en optique et en audio.

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 aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (ceux du secteur 2 et 3 pratiquant des dépassements d'honoraires), votre mutuelle ne rembourse pas 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 420 euros pour un équipement verres simples, entre 200 et 750 euros pour un équipement verres complexes, et jusqu'à 800 euros pour un équipement verres très complexes. Les plafonds mentionnés intègrent le prix de la monture dont la prise en charge est limitée à 100 euros.

Forfait journalier 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 20 euros par jour pour une hospitalisation supérieure à vingt-quatre heures et couvre les frais d'hôtellerie et de restauration.