

## Mutuelle d'entreprise et exonérations fiscales et sociales

### Nouveau cahier des charges et socle minimal de garanties des contrats de santé responsables

Pour le bénéfice des exonérations fiscales et sociales, le régime collectif et obligatoire de complémentaire « frais de soins » mis en place dans l'entreprise doit respecter le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

Le Décret du 18 novembre 2014 précise à cet effet le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds des garanties applicables à certains postes de soins.

### Jusqu'au 31 décembre 2019

Ces règles s'appliquent obligatoirement :

- pour une mutuelle mise en place avant le 19 novembre 2014 : à compter de l'entrée en vigueur de la prochaine modification du contrat, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ;
- pour une mutuelle mise en place après le 19 novembre 2014 : à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015.

Le contenu de ce cahier des charges est le suivant.

<b>Prise en charge</b>	<b>Obligations</b> 1. <u>Ticket modérateur</u> Le contrat doit couvrir obligatoirement l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé (pas de couverture obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, et pour l'homéopathie)  2. <u>Forfait journalier hospitalier</u> Le contrat doit couvrir obligatoirement l'intégralité du forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)  <b>Interdictions</b> 1. <u>Forfait de 1 €</u> Le contrat ne doit prévoir la prise en charge du forfait de 1 € sur les actes et consultations médicales pris en charges par l'assurance maladie 2. <u>Parcours de soins</u> Le contrat ne doit pas prévoir la prise en charge des majorations en cas de non-respect des règles relatives au parcours de soins avec le médecin traitant 3. <u>Franchise médicale</u> Le contrat ne doit pas prévoir la prise en charge des franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires
<b>Frais d'optiques *</b>	Si le contrat propose une couverture des frais d'optique en sus des tarifs de responsabilité, la prise en charge des dépenses doit respecter les minima et maxima suivants (incluant le ticket modérateur) : a) Au minimum à 50 € et au maximum à 470 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; b) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

	<p>c) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;</p> <p>d) Au minimum à 125 € et au maximum à 660 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;</p> <p>e) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;</p> <p>f) Au minimum à 200 € et au maximum à 850 € par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.</p> <p>La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 €.</p> <p>Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.</p>
<b>Frais dentaires *</b>	Aucune règle particulière autre que la prise en charge du ticket modérateur
<b>Dépassement d'honoraires</b>	Si le contrat rembourse les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins, cette prise en charge n'est possible que dans la double limite de 125 % du tarif de responsabilité (100 % à partir de 2017) et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

\* Pour les frais d'optiques et les frais dentaires, il faut tenir compte du socle minimal de garanties que doit prévoir la couverture complémentaire « frais de santé » (qui doit obligatoirement être mise en place par les entreprises pour l'ensemble des salariés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016).

Ce socle minimal doit prévoir la prise en charge :

- des dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans, à hauteur de 100 € minimum pour les corrections simples, 150 € minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 € minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas de renouvellement lié à l'évolution de la vue) ;
- des dépenses de frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie.

Il faut enfin préciser que chaque année la mutuelle, l'institution de prévoyance ou l'entreprise d'assurances doit communiquer aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

## A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020

Le contenu de ce cahier des charges est le suivant :

- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour :
  - o les frais d'optique,
  - o les frais de soins dentaires ;
- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour les aides auditives.

<b>Prise en charge</b>	<p><b><u>Obligations</u></b></p> <p>1. <u>Ticket modérateur</u> Le contrat doit couvrir obligatoirement l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé (pas de couverture obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, et pour l'homéopathie)</p> <p>2. <u>Forfait journalier hospitalier</u> Le contrat doit couvrir obligatoirement l'intégralité du forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)</p> <p><b><u>Interdictions</u></b></p> <p>1. <u>Forfait de 1 €</u> Le contrat ne doit prévoir la prise en charge du forfait de 1 € sur les actes et consultations médicales pris en charges par l'assurance maladie</p> <p>2. <u>Parcours de soins</u> Le contrat ne doit pas prévoir la prise en charge des majorations en cas de non-respect des règles relatives au parcours de soins avec le médecin traitant</p> <p>3. <u>Franchise médicale</u> Le contrat ne doit pas prévoir la prise en charge des franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires</p>
<b>Frais d'optiques</b>	<p>Si le contrat propose une couverture des frais d'optique en sus des tarifs de responsabilité, la prise en charge des dépenses doit respecter les minima et maxima suivants (incluant le ticket modérateur) :</p> <p>a) Au minimum à 50 € et au maximum à 420 € euros :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;</li><li>- par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;</li><li>- par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.</li></ul> <p>b) Au minimum à 125 € et au maximum à 560 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;</p> <p>c) Au minimum à 200 € et au maximum à 700 € dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;</li><li>- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;</li> <li>- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;</li> </ul> <p>d) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;</p> <p>e) Au minimum à 200 € et au maximum à 750 € par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;</p> <p>f) Au minimum à 200 € et au maximum à 800 € dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;</li> <li>- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</li> </ul> <p>Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie. Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.</p> <p>Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans, sauf cas particulier (par exemple, en cas d'évolution de la vue ou pour les jeunes de moins de 16 ans).</p>
<b>Frais dentaires</b>	Les soins pris en charge au titre du dispositif « 100 % santé » sont déterminés par la convention conclue entre la profession des chirurgiens-dentistes et la CPAM.
<b>Aides auditives</b>	<p>Les aides auditives sont prises en charge à 100 %, lorsque l'appareil appartient à une classe à prise en charge « renforcée » et dans la limite maximale de 1 700 € pour les autres appareils.</p> <p>Le renouvellement d'un appareil auditif est totalement pris en charge par période de 4 ans.</p>

Pour les frais d'optiques et les frais dentaires, il faut tenir compte du socle minimal de garanties que doit prévoir la couverture complémentaire « frais de santé ».

Ce socle minimal doit prévoir la prise en charge imposée aux contrats responsables ainsi :

- qu'un forfait de prise en charge pour les dépenses de frais d'optique donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie, sans dépendre d'une classe de prise en charge renforcée, à hauteur de :
  - o 100 € minimum pour les corrections simples,
  - o 150 € minimum pour une correction mixte simple et complexe,
  - o 200 € minimum pour les corrections complexes ;
- des dépenses de frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie, pour les actes ne donnant pas lieu à une prise en charge renforcée.

Chaque année la mutuelle, l'institution de prévoyance ou l'entreprise d'assurances doit communiquer aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

Sources :

- Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L 911-7 du Code de la Sécurité Sociale
- Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
- 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
- Décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé