

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales

et de la santé

Décret

relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

NOR :

Publics concernés : organismes d'assurance maladie complémentaire et leurs assurés

Objet : détermination des règles que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées au dispositif des « contrats responsables »

Entrée en vigueur : à compter du 1^{er} janvier 2015

Notice : Le présent décret définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Il précise ainsi le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif. **A compléter en fonction des arbitrages définitifs**

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 863-1, L. 871-1 et R. 871-1;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date...;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du ...;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1^{er}

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. R. 871-2.* – Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

« 1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R. 322-1 ;

« 2° Des dépassements tarifaires des médecins dans la limite de 100% du tarif opposable pour les soins délivrés par les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie ;

« 3° Des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré, dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, dans les conditions suivantes :

« a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 450 euros par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ;

« b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 575 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

« c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs et pour le matériel pour amblyopie ;

« d) Au minimum à 100 euros pour les frais de lentilles.

« Pour l'application des maxima mentionnés aux a) à c) ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

« Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où il s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

« Le bénéfice de cette garantie peut, le cas échéant, être conditionné à l'acquisition par l'assuré de dispositifs médicaux d'optique médicale délivrés dans le cadre d'une convention mentionnée à l'article L. 863-8 ; »

« 4° Du forfait journalier mentionnée à l'article L. 174-4, sans limitation de durée. »

Article 2

Les dispositions de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret s'appliquent aux contrats, bulletins d'adhésion ou règlements souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2015.

Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-1 précité dans sa rédaction issue du présent décret, la prise en charge des dépassements d'honoraire s'effectue dans la limite de 125% du tarif opposable pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.

Article 3

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait, le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel SAPIN