

# Clap de fin pour LA RÉFORME 100 % SANTÉ!



Pour rappel, la réforme « 100 % santé » a pour objectif de garantir à tous les assurés des soins sans reste à charge en optique, dentaire et aides auditives afin d'éviter de trop nombreux renoncements aux soins. Le calendrier de mise en œuvre a démarré en 2019 pour se terminer en 2021.

L'essentiel de la réforme réside dans l'instauration des paniers de soins, accompagnée de nouvelles nomenclatures des actes, de révision des bases de remboursement et de plafonnements des tarifs.

Cette réforme s'est accompagnée d'une évolution du cahier des charges du contrat responsable et d'un engagement des organismes assureurs sur la lisibilité des garanties.

## LES PANIERS DE SOINS

Paniers «100 % santé»	Paniers à tarifs maîtrisés	Paniers à tarifs libres
Actes pris en charge intégralement et tarifs limités pour les 3 postes.	Actes dont la prise en charge varie selon le niveau de garantie et dont les tarifs sont plafonnés.	Actes dont les tarifs ne sont pas plafonnés.
  		  



Paniers	Caractéristiques	Prise en charge au titre du contrat responsable
<b>100 % santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Couronnes céramo-métalliques et couronnes céramiques monobloc (zircone et hors zircone) pour les dents visibles (incisives, canines, premières et deuxième prémolaires);</li> <li>&gt; Couronnes métalliques pour toutes les dents;</li> <li>&gt; Bridges céramo-métalliques pour le remplacement d'une incisive ;</li> <li>&gt; Bridges entièrement métalliques pour toutes les dents;</li> <li>&gt; Dentiers en résine (prothèses amovibles) pour tout ou partie des dents ;</li> <li>&gt; Réparations ou changements d'éléments des dentiers.</li> </ul>	Remboursement intégral.
<b>Tarif maîtrisé (hors 100 % santé)</b>	> Couronnes, bridges et dentiers dont les prix sont plafonnés.	Remboursement en fonction du niveau des garanties dans la limite des HLF*.
<b>Tarif libre (hors 100 % santé)</b>	> Autres prothèses. Les tarifs sont libres.	Remboursement en fonction du niveau des garanties.

\*HLF : honoraires limites de facturation.



Paniers	Caractéristiques	Prise en charge au titre du contrat responsable
<b>Classe A 100 % santé</b>	Au moins 17 modèles de montures adultes, 10 modèles enfants, en 2 coloris différents ainsi que des verres traitant l'ensemble des troubles visuels (anti-reflet, anti-rayure et amincissement obligatoire).	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Remboursement intégral dans la limite des PLV;</li> <li>&gt; Tarifs plafonnés avec une monture à 30 euros.</li> </ul>
<b>Classe B (hors 100 % santé)</b>	Les tarifs sont libres.	Remboursement en fonction du niveau de garanties avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Au minimum de 50 à 200 euros en fonction de la complexité des verres ;</li> <li>→ Au maximum 420 à 800 euros en fonction de la complexité des verres ;</li> <li>→ Au maximum 100 euros pour la monture ;</li> </ul> Renouvellement tous les 2 ans sauf exceptions.



Paniers	Caractéristiques	Prise en charge au titre du contrat responsable
<b>Classe I 100 % santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Appareils pour tous types de défauts auditifs : 12 canaux de réglage minimum ;</li> <li>&gt; Au moins 3 options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie <math>\geq 6\,000</math> Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Remboursement intégral dans la limite des PLV ;</li> <li>&gt; Tarifs plafonnés à 950 euros en 2021.</li> </ul>
<b>Classe II (tarifs libres)</b>	Les tarifs sont libres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Remboursement en fonction du niveau de garanties ;</li> <li>&gt; Plafond de 1700 € par oreille, tous les 4 ans (y compris le remboursement de la Sécurité sociale) dans le cadre du contrat responsable.</li> </ul>

### IMPACT SUR LE CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE

Pour répondre aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, **le contrat de complémentaire santé doit comporter des interdictions minimales de prise en charge**, comme :

- > la majoration de la participation pour toute consultation en l'absence de choix du médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (en dehors des exceptions prévues),
- > les dépassements d'honoraires en cas de consultation sans prescription préalable du médecin traitant (hors parcours de soins),
- > la participation forfaitaire de 1 € et les franchises médicales,
- > la majoration de la participation lorsque le patient n'autorise pas le professionnel de santé à accéder ou à modifier son dossier médical (sous réserve de la mise en œuvre de ce dossier).

A contrario, **le contrat responsable doit obligatoirement prendre en charge** :

- > le ticket modérateur sur tous les actes remboursables par le régime obligatoire (à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés à 15 % ou 30 %, des frais d'homéopathie) y compris la prévention,
- > le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (à l'exception des établissements médico-sociaux, ex : MAS, EHPAD),

> les paniers « 100 % santé » :

- en optique : dans la limite des prix de vente des équipements de Classe A. Le contrat reste responsable s'il prend en charge des équipements optique en dehors du 100 % santé en respectant des planchers et des plafonds fixés selon la complexité de la correction. La prise en charge de la monture ne pouvant excéder 100 € et une périodicité de 2 ans doit être respectée (1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue),
- pour les prothèses dentaires dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes selon la localisation de la dent et les matériaux utilisés,
- pour les audioprothèses, dans la limite des prix de vente des aides auditives de Classe I. Pour les équipements de Classe II, le contrat reste responsable en plafonnant le remboursement à 1700 € par oreille tous les 4 ans,
- > la prise en charge encadrée des dépassements d'honoraires. Cette prise en charge est plafonnée selon que le médecin adhère ou non à l'OPTAM (antérieurement « Contrat d'Accès aux Soins »).

**Le nouveau cahier des charges a été adapté à la réforme 100 % santé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 ainsi que le panier de soins de la couverture minimale.**

**Rappel : le respect du cahier des charges des contrats responsables conditionne le bénéfice du traitement social et fiscal de faveur dont bénéficient les régimes de remboursement de frais de santé. C'est la raison pour laquelle les actes de droit du travail (accords collectifs d'entreprise/référendaires ou décisions unilatérales) et contrats d'assurance ont fait l'objet d'une mise en conformité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020.**

## VERS UNE MEILLEURE LISIBILITÉ DES GARANTIES

Les nombreuses réglementations en la matière et la complexité du système de remboursement des frais de santé n'ont pas contribué à faciliter la compréhension des garanties de complémentaire santé.

Par la signature, le 14 février 2019, de l'engagement visant à améliorer la lisibilité des garanties de complémentaires santé, l'UNOCAM (l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie), et les Fédérations représentantes des organismes assureurs se sont lancées dans un exercice de transparence et de clarté d'information des offres et contrats de complémentaire santé.

L'exercice consistait à **harmoniser les libellés des principaux postes de garanties et diffuser des exemples de remboursement communs et en euros** pour les actes les plus fréquents.

En parallèle, l'UNOCAM a mis à disposition de nouveaux outils pédagogiques (outil de calcul de reste à charge, glossaire de l'assurance complémentaire santé, brochures, vidéos...).

Deux ans après la signature de cet engagement, le Comité Consultatif du Secteur Financier (CSF) dans un avis rendu le 11 mai 2021 approuve :

- > la refonte des tableaux d'exemples de remboursement,
- > l'amélioration de l'accessibilité de ces tableaux de garanties sur les sites des organismes complémentaires,
- > le développement de l'information des remboursements exprimés en euros.

Si cet avis n'a aucune valeur contraignante pour les organismes assureurs, ces derniers, conscients des difficultés de compréhension des garanties des contrats, se sont engagés à mettre en œuvre ces recommandations d'ici mai 2022.

## EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Contrat d'assurance santé responsable	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>SOINS COURANTS</b>					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR - 1 €	30 % BR	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25 €	25 €	16,50 €	7,50 €	1 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32 €	32 €	22,40 €	9,60 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30 €	30 €	20 €	9 €	1 € de participation forfaitaire

Nos équipes restent à votre disposition pour toutes questions complémentaires.

Retrouvez toutes nos lettres d'information juridique sur votre espace client sur [www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)

**Sabrina GOBIN**,  
Responsable Juridique,  
Conformité, Protection de  
la Clientèle

