

TOUT CE
QU'IL FAUT
SAVOIR
SUR **LE CONTRAT
RESPONSABLE
ET LA
GÉNÉRALISATION
DE LA
COMPLÉMENTAIRE
SANTÉ**

SOMMAIRE

LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 05

- DES GARANTIES MINIMALES... 06
- ... ET DES RÈGLES À RESPECTER 08

LE CONTRAT RESPONSABLE 09

- QUELLES GARANTIES SONT CONCERNÉES ? 10
- FOCUS SUR L'OPTIQUE 12
- FOCUS SUR LES CONSULTATIONS CHEZ LES MÉDECINS 13
- QUAND METTRE EN PLACE LE NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE ? 14
- QUELS RISQUES EN CAS DE NON-RESPECT DES NOUVELLES OBLIGATIONS
DU CONTRAT RESPONSABLE ? 15

ANNEXE 16

- COMPARATIF PANIER DE SOINS ET CONTRAT RESPONSABLE 17

L'EXPERTISE VERSPIEREN 18

La protection sociale des salariés est bouleversée par de nombreuses réformes : panier de soins, contrat responsable, portabilité, exonération URSSAF, etc.

Quelles différences entre le panier de soins minimum et le contrat responsable ? Que doit respecter le contrat complémentaire santé pour être considéré comme responsable ? Quel impact sur l'entreprise et ses salariés ?

Vous trouverez, dans les pages qui suivent, l'essentiel à savoir sur les dernières mesures impactant vos contrats collectifs de complémentaires santé.

LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les salariés de toutes les entreprises du secteur privé doivent bénéficier d'une complémentaire santé obligatoire.

Les avantages de cette nouvelle obligation pour les entreprises :

- + Un tarif négocié au plus juste.
- + Un tarif plus avantageux pour les salariés qu'un contrat individuel.
- + Des garanties personnalisées et adaptées aux besoins des salariés.
- + Une protection sociale sur-mesure maîtrisée par l'employeur.
- + Le choix de votre partenaire de protection sociale.
- + Des avantages sociaux et fiscaux.

PAROLE D'EXPERT VERSPIEREN

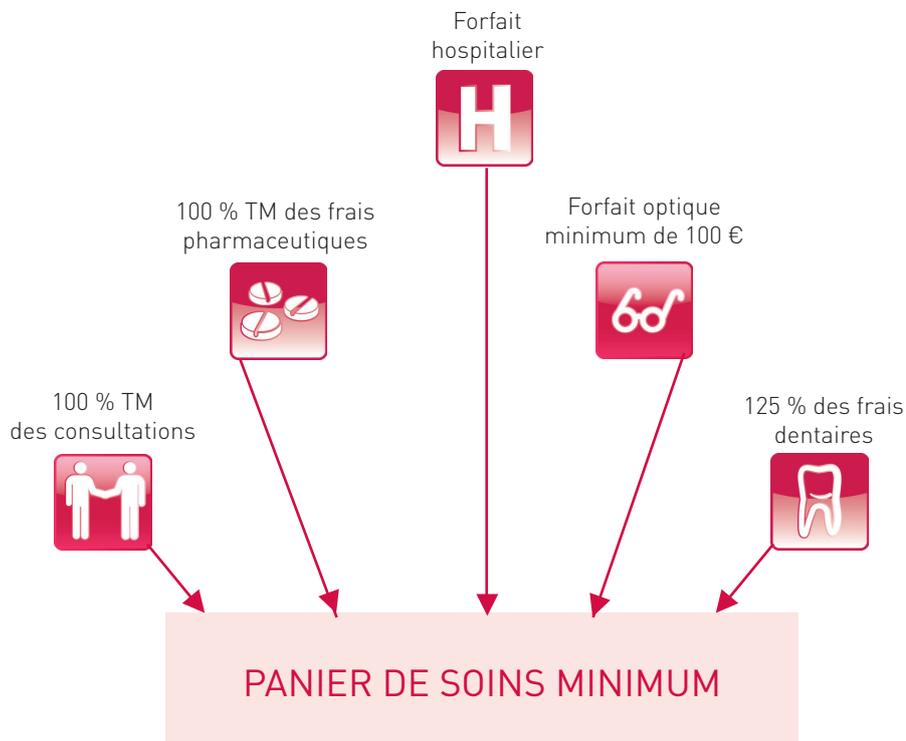
« La généralisation de la complémentaire santé représente un coût important pour les entreprises. Un petit nombre d'entreprises doit désormais financer un contrat santé sur une base plus large. En revanche, pour une majorité d'entre elles, il a fallu financer un contrat qui n'existait pas jusqu'au 31 décembre 2015. Pour ces entreprises, contrairement aux grandes entreprises qui ont eu la possibilité ou la volonté de tirer le niveau des garanties vers le haut, l'enjeu est énorme. Elles ont été très regardantes à la dépense et proposent des contrats correspondant au panier de soins minimum ».

01 DES GARANTIES MINIMALES...

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les garanties des contrats de complémentaire santé obligatoires doivent correspondre, au minimum, à **un panier de soins** défini par décret.

5 composantes constituent ce panier :

- Le **ticket modérateur** : l'intégralité du ticket modérateur (part restant à la charge des assurés sur toute dépense faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie de base) est prise en charge par la complémentaire santé. Cela ne couvre pas les dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués.
- L'**optique** : les frais d'optique, de manière forfaitaire, sont remboursés par période de 2 ans (sauf exceptions): 100 € minimum pour les corrections simples, 150 € minimum pour une correction mixte (simple et complexe) et 200 € minimum pour les corrections complexes.
- Les **soins dentaires** : les frais pour soins dentaires sont désormais remboursés à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité.
- Le **forfait hospitalier** : le forfait journalier hospitalier, non remboursé par l'Assurance maladie, est pris en charge par la complémentaire santé.
- Les **frais pharmaceutiques** : ces frais sont pris en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur.



Vous trouverez ci-dessous le détail de ce panier de soins :

Prestations	Panier de soins
Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale	
Pharmacie	
Médicaments à 65 % Homéopathie, médicaments à 15 ou 30 %	100 % TM -
Médecine courante	
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins adhérents au CAS	
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins non adhérents au CAS	
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins adhérents au CAS	
Analyses, auxiliaires médicaux	
Hospitalisation	
Honoraires -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM
Honoraires -> Médecins adhérents au CAS	
Frais de séjour	
Forfait hospitalier	Prise en charge sans limitation de durée
Optique	
Verres et monture (1 équipement tous les 2 ans*)	
Verres simples* + monture	100 € y compris TM
Verres complexes* + monture	200 € y compris TM
Verres très complexes* + monture	200 € y compris TM
Verre simple + verre complexe + monture	150 € y compris TM
Verre simple + verre très complexe + monture	150 € y compris TM
Verre complexe + verre très complexe + monture	200 € y compris TM
Lentilles	100 % TM
Dentaire	
Soins dentaires	100 % TM
Prothèses dentaires remboursées (y compris inlay core)	100 % TM + 25 % BR
Orthodontie remboursée	
Transport	
	100 % TM
Cure thermique	
	-
Maternité	
	-
Appareillage	
	100 % TM

(*) Verres simples : verres unifocaux sphère de -6 à +6 dioptries et cylindre <= 4 dioptries.

Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont le cylindre est supérieur à +4 et à verres multifocaux progressifs.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.

1 équipement tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : acquisition d'un équipement par période d'un an.

LEXIQUE

CAS : contrat d'accès aux soins (liste sur ameli-direct.fr).

TM : ticket modérateur.

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale.

Dioptrie : unité de mesure de la puissance d'un système optique.

Verres unifocaux : verres permettant de compenser un seul défaut visuel.

Verres progressifs : destinés à la compensation de la presbytie, ce verre présente la particularité de corriger 2 défauts visuels. Le haut du verre permet de voir de loin et le bas du verre de voir de près.

Sphère : valeur de la myopie (mauvaise vue de loin -> signe-) ou de l'hypermétropie -> signe +).

Cylindre et axe : valeurs de l'astigmatisme (puissance et direction)

02 ...ET DES RÈGLES À RESPECTER

Depuis 2013, la contribution de l'entreprise s'ajoute à la rémunération des salariés pour le calcul de l'impôt.

La nouvelle règle à respecter depuis le 1^{er} janvier 2016 est la participation de l'employeur d'au moins 50% : l'employeur doit financer **au moins la moitié de la cotisation** de ce contrat santé obligatoire, quelle que soit la taille de l'entreprise.

Afin de bénéficier des avantages accordés par la loi (un taux de taxe sur les conventions d'assurance de 7% au lieu de 14%, des facilités fiscales pour le salarié, des exonérations de charges sociales pour l'entreprise), la société doit respecter, entre autre, les règles suivantes :

- un contrat collectif et obligatoire pour tous les salariés (voir les dispenses ci-dessous) ;
- une participation patronale uniforme ;
- un organisme porteur de risques habilité ;
- une mise en place par accord collectif, référendum ou décision unilatérale de l'employeur ;
- un contrat responsable.

➔ FOCUS SUR LES DISPENSES D'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF

Les salariés peuvent refuser d'adhérer au contrat collectif. Ces cas de dispense d'affiliation doivent être prévus dans l'acte juridique mettant en place le régime frais de santé.

MOTIF DE DISPENSE D'AFFILIATION	RÉGIME MIS EN PLACE PAR :			CONDITIONS	JUSTIFICATIFS À FOURNIR
	DUE	RÉFÉRENDUM	CONVENTION OU ACCORD COLLECTIF		
Salariés présents lors de la mise en place	●			Aucune	Pas besoin de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
CDD et apprentis *	●	●	●	Supérieur ou égal à 12 mois	Justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
CDD et apprentis *	●	●	●	Inférieur à 12 mois	Pas besoin de justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
Apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute*	●	●	●	Aucune	Aucun
Salariés à temps partiel dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute*	●	●	●	Aucune	Aucun
Salariés bénéficiaires de la CMUC*	●	●	●	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à ce qu'ils cessent de bénéficier du droit à la CMUC	Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance
Salariés bénéficiaires de l'ACS*	●	●	●	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à ce qu'ils cessent de bénéficier du droit à l'ACS	Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel*	●	●	●	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel	Attestation d'assurance à fournir avec mention de l'échéance
Salariés bénéficiant (y compris en tant qu'ayant-droit) d'une couverture collective obligatoire relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale*	●	●	●	Aucune	Justificatif à fournir chaque année par le salarié

* Ces cas de dispense d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.

LE CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin de responsabiliser les patients, leur complémentaire santé et les différents praticiens. Pour être considéré « responsable », un contrat santé collectif doit remplir un cahier des charges précis.

Il consiste, par exemple, à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire à consulter leur médecin traitant avant un spécialiste (sauf exceptions). Par ailleurs, les complémentaires santé ont l'obligation de laisser un reste à charge d'au moins un euro lors de consultation médicale (c'est la franchise médicale).

Les règles du contrat responsable :

- le contrat doit respecter des planchers et des plafonds de prise en charge (voir page suivante) ;
- la prise en charge du ticket modérateur des consultations et prescriptions du médecin traitant, et des médecins spécialistes issus du parcours de soins ;
- la prise en charge du ticket modérateur pour les médicaments prescrits dans le cadre du parcours de soins à vignette blanche 65 % ;
- la prise en charge du ticket modérateur pour les actes d'analyses et de laboratoire ;
- l'absence de prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € ;
- l'absence de prise en charge des 3 franchises médicales ;
- la prise en charge du ticket modérateur de 2 prestations liées à la prévention.

31 DECEMBRE 2017

**DATE LIMITE DE MISE EN CONFORMITÉ DU CONTRAT
SANTÉ COLLECTIF AVEC LE CONTRAT RESPONSABLE**

01 QUELLES GARANTIES SONT CONCERNÉES ?

Les contrats frais de santé collectif doivent désormais couvrir :

- l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie (**prise en charge intégrale du ticket modérateur**) ;

Exceptions (sans pour autant être une interdiction de prise en charge) :

- frais de cure thermale ;
- médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé faible ou modéré ;
- homéopathie ;

- l'intégralité du **forfait journalier hospitalier** ;
- la participation de l'assuré aux prestations liées à la **prévention** ;
- en cas de garantie **optique**, un montant minimum (incluant le ticket modérateur) déterminé en fonction de la complexité de l'équipement.

Les garanties du contrat responsable sont différentes
des garanties du panier de soins minimal !



PAROLE D'EXPERT VERSPIEREN

« Les conditions permettant la qualification du contrat responsable sont cumulatives. Elles s'ajoutent aux autres conditions déjà prévues par les textes antérieurs. Ces nouvelles obligations sont en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015 et vous avez jusqu'au 31 décembre 2017 pour être en conformité. »

Pour continuer à ouvrir droit aux exonérations sociales et fiscales, les contrats de remboursements de frais de santé doivent respecter les prises en charge suivantes :

Prestations	Contrat responsable		
	2015 MINI	2015 et 2016 MAXI	2017 MAXI
Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale			
Pharmacie			
Médicaments à 65 % Homéopathie, médicaments à 15 ou 30 %	100 % TM -	- -	- -
Médecine courante			
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins non adhérents au CAS		100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Analyses, auxiliaires médicaux		-	-
Hospitalisation			
Honoraires -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Honoraires -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Frais de séjour		-	-
Forfait hospitalier	Prise en charge sans limitation de durée	-	-
Optique			
Verres et monture (1 équipement tous les 2 ans*)	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements :	Dont monture ≤ 150 €	
Verres simples* + monture	50 € y compris TM	470 € y compris TM	
Verres complexes* + monture	200 € y compris TM	750 € y compris TM	
Verres très complexes* + monture	200 € y compris TM	850 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Verre simple + verre complexe + monture	125 € y compris TM	610 € y compris TM	
Verre simple + verre très complexe + monture	125 € y compris TM	660 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Verre complexe + verre très complexe + monture	200 € y compris TM	800 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Lentilles	100 % TM	-	
Dentaire			
Soins dentaires	100 % TM	-	-
Prothèses dentaires remboursées (y compris inlay core)		-	-
Orthodontie remboursée		-	-
Transport			
	100 % TM	-	-
Cure thermique			
	-	-	-
Maternité			
	-	-	-
Appareillage			
	100 % TM	-	-

À savoir :

Il faut un différentiel de 20 % entre le remboursement par les compléments santé des médecins ayant adhéré au CAS et des médecins n'ayant pas adhéré à ce contrat, si le régime frais de santé prévoit un remboursement au-delà du ticket modérateur.

^(*) Verres simples : verres unifocaux sphère de -6 à +6 dioptries et cylindre ≤ 4 dioptries.
Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont le cylindre est supérieur à +4 et à verres multifocaux progressifs.
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.
1 équipement tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, acquisition d'un équipement par période d'un an.

➔ Voir lexique p.7

➔ FOCUS SUR L'OPTIQUE

Concernant le panier de soins (garantie minimale dans le cadre de la généralisation de la couverture santé), le contrat de complémentaire santé doit prendre en charge **au minimum le ticket modérateur des dépenses d'optique** (sans limitation de consommation).

Si le contrat prévoit des remboursements au-delà du ticket modérateur, le contrat responsable doit inclure des garanties situées entre un plancher (minimum) et un plafond (maximum) sur les équipements optiques en fonction du niveau de correction visuelle. La prise en charge de la monture est de 150 € maximum. L'équipement optique peut être modifié une fois tous les deux ans, ramené à un an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Optique Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale	MINIMUM	MAXIMUM
Verres et monture (1 équipement tous les 2 ans*)	100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements :	Dont monture ≤ 150 €
Verres simples* + monture	50 € y compris TM	470 € y compris TM
Verres complexes* + monture	200 € y compris TM	750 € y compris TM
Verres très complexes* + monture	200 € y compris TM	850 € y compris TM (ne concerne que les adultes)
Verre simple + verre complexe + monture	125 € y compris TM	610 € y compris TM
Verre simple + verre très complexe + monture	125 € y compris TM	660 € y compris TM (ne concerne que les adultes)
Verre complexe + verre très complexe + monture	200 € y compris TM	800 € y compris TM (ne concerne que les adultes)
Lentilles	100 % TM	-

(*) **Verres simples** : verres unifocaux sphère de -6 à +6 dioptries et cylindre ≤ 4 dioptries.
Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont le cylindre est supérieur à +4 et à verres multifocaux progressifs.
Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.
 1 équipement tous les 2 ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, acquisition d'un équipement par période d'un an.



PAROLE D'EXPERT VERSPIEREN

Le panier de soins est-il suffisant ?

« Il est probable qu'un panier de soins minimum ne suffise pas aux salariés. Une négociation pourrait alors s'instaurer avec les instances représentatives du personnel sur les niveaux de garanties à prévoir. Verspieren est là pour vous accompagner dans vos échanges avec les représentants du personnel, et préserver le dialogue social. »

➔ FOCUS SUR LES CONSULTATIONS CHEZ LES MÉDECINS

La réforme du contrat responsable prévoit un meilleur remboursement pour les visites chez les médecins adhérents à l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique).

Qu'est-ce que l'OPTAM et l'OPTAM-CO ?

La convention médicale régissant les relations entre les médecins libéraux conventionnés et l'Assurance maladie s'est enrichie en août 2016 d'un avenant applicable depuis le 1^{er} janvier 2017. Il remplace le contrat d'accès aux soins (CAS). L'avenant n°8 à la convention médicale a mis en place un contrat dit « d'accès aux soins ».

C'est un élément central qui différencie la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé selon l'adhésion ou pas du praticien à ce contrat. Les complémentaires santé prennent ainsi en charge, de manière privilégiée, les dépassements d'honoraires des médecins adhérents à ce contrat (lorsque le contrat frais de santé prévoit la prise en charge des dépassements).

Quels avantages pour les assurés ?

En adhérant à ce nouveau dispositif, le médecin permet :

- une meilleure base de remboursement grâce à l'alignement des tarifs du secteur 2 sur le secteur 1 ;
- une réduction du reste à charge ;
- un meilleur accès aux soins pour les patients les plus modestes.

Quels sont les médecins concernés ?

Tous les professionnels de santé médecins généralistes et spécialistes de ville et du secteur hospitalier.

Comment savoir si un médecin est adhérent à l'OPTAM /OPTAM-CO ou pas ?

Vous trouverez l'information sur le site de l'Assurance-maladie : www.ameli-direct.fr

Comment seront pris en charge les dépassements d'honoraires ?

Une double limite pour les remboursements des dépassements des médecins n'ayant pas adhéré est prévue :

- un plafonnement à 100% de la BR* (base de remboursement de la Sécurité sociale)
- et inférieur de 20 % à ceux des médecins ayant adhéré au CAS

*125% de la BR pour les années 2015 et 2016

Prestations	Contrat responsable		
	2015 MINI	2015 et 2016 MAXI	2017 MAXI
Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale			
Médecine courante			
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins non adhérents au CAS		100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Analyses, auxiliaires médicaux		-	-
Hospitalisation			
Honoraires -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Honoraires -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Frais de séjour		-	-
Forfait hospitalier	Prise en charge sans limitation de durée	-	-

À savoir :

Il faut un différentiel de 20 % entre le remboursement par les complémentaires santé des médecins ayant adhéré au CAS et des médecins n'ayant pas adhéré à ce contrat, si le régime frais de santé prévoit un remboursement au-delà du ticket modérateur.

➔ Voir lexique p.7

02 AVANT QUAND METTRE EN PLACE LE NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE ?

Les entreprises bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2017 pour mettre en conformité les régimes frais de santé collectifs et obligatoires avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

Cependant, si des modifications ont été apportées au régime (formalisées par une modification de l'acte juridique) entre le 19 novembre 2014 (date de publication du décret) et le 1^{er} avril 2015 (date d'effet du nouveau contrat responsable), le régime devra être conforme au contrat responsable dès le 1^{er} janvier 2016.

Si des modifications interviennent à partir du 1^{er} avril 2015, le régime devra être mis en conformité avec le contrat responsable à la prochaine échéance.

Vous trouverez ci-dessous un tableau récapitulatif de l'application de la nouvelle réglementation :-

	Contrat existant avant le 19 novembre 2014	Contrat mis en place entre le 19 novembre 2014 et le 1 ^{er} avril 2015	Contrat mis en place après le 1 ^{er} avril 2015
Modification de l'acte fondateur avant le 9 août 2014	Obligation de mise en conformité au contrat responsable au plus tard au 1 ^{er} janvier 2018		
Modification de l'acte fondateur entre le 9 août 2014 et le 19 novembre 2014			
Modification de l'acte fondateur entre le 19 novembre 2014 et le 1 ^{er} avril 2015	Obligation de mise en conformité avec le contrat responsable au plus tard au 1 ^{er} janvier 2016		
Modification de l'acte après le 1 ^{er} avril 2015	Obligation de mise en conformité avec le contrat responsable à la prochaine échéance		Obligation de mise en conformité avec le contrat responsable au jour de la mise en place

03 QUELS RISQUES EN CAS DE NON-RESPECT DES NOUVELLES OBLIGATIONS DU CONTRAT RESPONSABLE ?

Pour les contrats collectifs obligatoires

- Assujettissement des cotisations de la part patronale aux charges sociales.
- Non déductibilité fiscale (IRPP) des cotisations salariales.
- Taxe de solidarité additionnelle de 20,27 % au lieu de 13,27 %.

Pour les contrats individuels et collectifs facultatifs

- Assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance à hauteur de 14 % (au lieu de 7 %).
- N'ouvrent pas droit au bénéfice de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).

Pour les contrats TNS

- Pas de déductibilité Madelin.
- Assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance à hauteur de 14 % (au lieu de 7 %).

ANNEXE : COMPARATIF PANIER DE SOINS ET CONTRAT RESPONSABLE

Prestations	Panier de soins	Contrat responsable		
		2015 MINI	2015 et 2016 MAXI	2017 MAXI
Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale				
Pharmacie				
Médicaments à 65 % Homéopathie, médicaments à 15 ou 30 %	100 % TM -	100 % TM -	- -	- -
Médecine courante				
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins adhérents au CAS			-	-
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins non adhérents au CAS			100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins adhérents au CAS			-	-
Analyses, auxiliaires médicaux			-	-
Hospitalisation				
Honoraires -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Honoraires -> Médecins adhérents au CAS			-	-
Frais de séjour			-	-
Forfait hospitalier	Prise en charge sans limitation de durée	Prise en charge sans limitation de durée	-	-
Optique				
Verres et monture (1 équipement tous les 2 ans*)		100 % TM ou en cas de prise en charge des dépassements :	Dont monture ≤ 150 €	
Verres simples* + monture	100 € y compris TM	50 € y compris TM	470 € y compris TM	
Verres complexes* + monture	200 € y compris TM	200 € y compris TM	750 € y compris TM	
Verres très complexes* + monture	200 € y compris TM	200 € y compris TM	850 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Verre simple + verre complexe + monture	150 € y compris TM	125 € y compris TM	610 € y compris TM	
Verre simple + verre très complexe + monture	150 € y compris TM	125 € y compris TM	660 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Verre complexe + verre très complexe + monture	200 € y compris TM	200 € y compris TM	800 € y compris TM (ne concerne que les adultes)	
Lentilles	100 % TM	100 % TM	-	
Dentaire				
Soins dentaires	100 % TM	100 % TM	-	-
Prothèses dentaires remboursées (y compris inlay core)	100 % TM + 25 % BR		-	-
Orthodontie remboursée			-	-
Transport				
	100 % TM	100 % TM	-	-
Cure thermale				
	-	-	-	-
Maternité				
	-	-	-	-
Appareillage				
	100 % TM	100 % TM	-	-

(*) Verres simples : verres unifocaux sphère de -6 à +6 dioptries et cylindre ≤ 4 dioptries.

Verres complexes : foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont le cylindre est supérieur à +4 et à verres multifocaux progressifs.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4.

→ Voir lexique p.7

Aujourd'hui, l'accès aux soins est au cœur des débats d'actualité. L'État multiplie les mesures dans le domaine de la santé.

C'est, dans ce contexte, que la protection sociale des entreprises a fait l'objet de nombreuses réformes : accord national interprofessionnel, loi sur la sécurisation de l'emploi, décret, circulaire... qui elles-mêmes suscitent de nombreuses questions.

Verspieren est là pour vous répondre et vous conseiller !

Notre expertise juridique est un atout majeur pour garantir la sécurité de vos contrats d'assurance santé.

Nous sommes également là pour la gestion au quotidien de vos régimes complémentaires : optimiser vos coûts, apporter aux salariés le meilleur de l'assurance, anticiper vos besoins, alléger le travail administratif de vos équipes... toujours en tenant compte des objectifs de politique sociale de votre entreprise.

En cette période économique incertaine, les entreprises ont besoin plus que jamais d'un expert à leurs côtés. C'est l'engagement que nous prenons !

Quelle que soit la taille de votre entreprise, quelle que soit votre activité, nous vous apportons notre savoir-faire, notre réactivité et notre force de proposition pour négocier auprès des assureurs les meilleures conditions de souscription de vos contrats d'assurance complémentaires.

Verspieren, acteur majeur sur le marché de la protection sociale est le 3^e courtier en assurances du marché français et le 1^{er} courtier à capital familial. Nous sommes à votre disposition pour vous accompagner dans :

- l'audit de vos régimes sociaux ;
- la mise en place des contrats santé et prévoyance ;
- la gestion et le pilotage de la protection sociale ;
- l'information sur les nouvelles réglementations fiscales et sociales ;
- la communication auprès des entreprises et salariés.

NOS COORDONNÉES

VERSPIEREN

SIÈGE SOCIAL

1, avenue François-Mitterrand
59290 Wasquehal
03 20 45 71 00

ÉTABLISSEMENT DE SAINT-DENIS

8, avenue du Stade-de-France
93210 Saint-Denis
01 49 64 10 64

www.verspieren.com