

PROTECTION SOCIALE

MUTUELLES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION
ET DES COMPTES PUBLICS

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail (bureau 2A)

Sous-direction des retraites et des institutions
de la protection sociale complémentaire (bureau 3C)

Sous-direction du financement
de la sécurité sociale (bureaux 5B et 5D)

Instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

NOR : SSAS1914011J

Date d'application : immédiate.

Catégorie : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : la présente instruction apporte des précisions quant aux dispositions que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables suite aux modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Elle rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'attachent à ces contrats, précise le contenu du nouveau panier de soins qu'ils doivent couvrir, les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme, ainsi que son application en cas de contrats multiples.

Mots clés : contrat d'assurance maladie complémentaire – contrat responsable – taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Références :

Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019;

Articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale modifié par le 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.

Circulaire abrogée : circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Annexes :

Annexe 1. – Calcul de la prise en charge maximale des dépassements d'honoraires pour les médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co).

Annexe 2. – Montants minimaux et maximaux de prise en charge des équipements d'optique (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100 % santé.

Annexe 3. – Conditions de prise en charge des équipements d'optique pour les contrats offrant des garanties supérieures au ticket modérateur pour les équipements mixtes.

Annexe 4. – Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale.

Annexe 5. – Exemples de prises en charge des équipements d'optique médicale et des aides auditives.

Annexe 6. – Tableau récapitulatif des cas de figure envisageables pour l'application du dispositif en cas de contrats multiples.

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics à Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) Madame la directrice du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire.

Le 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 adapte le cahier des charges des contrats responsables pour la mise en œuvre de la réforme 100 % santé telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. L'objectif de cette réforme est d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les secteurs connaissant les restes à charge les plus élevés que sont l'optique, l'audiologie ou les soins prothétiques dentaires.

Aussi, la réforme 100 % santé prolonge la logique poursuivie par la précédente réforme des contrats responsables autour de trois axes :

- garantir le contenu de la couverture santé en fixant des planchers de prise en charge;
- réguler les dépassements d'honoraires;
- agir sur les prix des équipements optiques, des aides auditives et des soins prothétiques dentaires.

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret susmentionné définit ainsi le « panier de soins » que doivent prendre en charge les contrats d'assurance complémentaire en santé pour bénéficier des aides associées au critère « responsable ». Ces conditions s'imposent également aux contrats prévus aux articles D. 911-1 et suivants (contrats conclus en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale) du code de la sécurité sociale.

La présente instruction rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'appliquent aux « contrats responsables » (I), précise le contenu du nouveau panier de soins de ces contrats responsables (II), les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme (III) ainsi que son application en cas de contrats multiples (IV).

I. – DISPOSITIFS SOCIAUX ET FISCAUX CONDITIONNÉS PAR LE RESPECT DES RÈGLES RELATIVES AU CONTRAT RESPONSABLE

En vertu des dispositions du 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les contrats d'assurance maladie complémentaire qui respectent les critères de « contrat responsable » définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale bénéficient des avantages fiscaux et sociaux suivants¹ :

- exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et des autres prélèvements qui y renvoient des contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaire pour les contrats collectifs et obligatoires pour la fraction n'excédant pas annuellement, pour chaque salarié, un montant égal à la somme de 6 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12 % du plafond de la sécurité sociale (6^e et 8^e alinéas des articles L. 242-1 et D. 242-1 du code de la sécurité sociale). Pour les employeurs de 11 salariés et plus, ces contributions sont alors soumises au forfait social au taux réduit de 8 % (articles L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale);
- exclusion de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) des cotisations, primes et acceptations provenant des contrats d'assurance maladie (4^e alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale);
- un taux spécifique de taxe de solidarité additionnelle (TSA), ce taux est majoré de 7 points en cas de non-respect des critères solidaires et responsables (II et II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale);

¹ Par ailleurs, pour certains avantages, les contrats doivent, expressément ou par construction, être également « solidaires » (i.e. : pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative, l'organisme d'assurance maladie complémentaire ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré; pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, les cotisations ou primes ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré).

- déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs, au sens du sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale (1^o *quater* de l'article 83 du code général des impôts);
- déductibilité, dans la limite d'un plafond fiscal déterminé en fonction du revenu, des primes versées par les travailleurs non salariés de leur bénéfice imposable dans le cadre de la loi « Madelin » (I de l'article 154 *bis* du code général des impôts).

II. – CONTENU DE LA COUVERTURE DES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DITS « RESPONSABLES »

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 définit les planchers et les plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

A. – PANIER MINIMUM DE GARANTIES COUVERT PAR LES CONTRATS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE BÉNÉFICIAIRE D'AIDES FISCALES ET SOCIALES

1. Prise en charge de la participation de l'assuré pour les soins de ville

Sous réserve des exceptions listées ci-dessous et des périodicités de prise en charge rappelées au C du présent II, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (couramment dénommés tarif de responsabilité ou tarif opposable) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;
- les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65 % ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11^o du R. 160-5 du code de la sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;
- les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100 % santé) ou non ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée ou non ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la sécurité sociale.

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

2. Prise en charge de la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 €, prévue au I de l'article R. 160-16 du code de la sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

La prise en charge obligatoire par les contrats responsables de la participation de l'assuré pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation mentionnée ci-dessus (c'est-à-dire le ticket modérateur sur les soins de ville et les frais d'hospitalisation ainsi que le forfait journalier hospitalier) impose que le bénéfice de ces garanties soit ouvert pendant toute la période couverte par le contrat². Ce bénéfice ne peut être reporté en particulier à l'issue d'une période cotisée pendant laquelle l'assuré ne serait pas couvert par ces garanties (délai de carence, clause de stage, franchise de prise en charge, etc.).

3. Prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100 % santé

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100 % santé :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100 % santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100 % santé) fixés par la LPP ;
- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

B. – PRISE EN CHARGE ENCADRÉE LORSQUE LE CONTRAT OFFRE DES GARANTIES SUPÉRIEURES AU TICKET MODÉRATEUR EN MATIÈRE DE DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES MÉDICAUX, AINSI QUE D'ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE OU D'AUDIOLOGIE AUTRES QUE 100 % SANTÉ

Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les honoraires, les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

1. Plafonnements de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la

² Sous réserve des périodes de suspension de garanties en application des dispositions légales prévues aux articles L.932-9 du code de la sécurité sociale, L.221-7 et L.221-8 du code de la mutualité et L.113-3 du code des assurances.

prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, seule la première limite (100 % du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Un contrat qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

L'annexe 1 précise les modalités de calcul des plafonds de prise en charge applicables aux dépassements d'honoraires.

Il est à noter que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

2. Encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements d'optique médicale et des aides auditives autres que 100 % santé

a) Prise en charge maximale des équipements d'optique médicale composés de verres ou d'une monture autres que 100 % santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100 % santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat (*cf.* annexe 2).

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100 % santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente (*cf.* annexe 3). Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optique, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 € au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

b) Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100 % santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100 % santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1 700 € par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. – PÉRIODICITÉ DE RENOUVELLEMENT DES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE ET DES AIDES AUDITIVES

Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la LPP et la classification commune des actes médicaux. S'agissant plus spécifiquement des équipements d'optique médicale et des aides auditives, ils connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.

1. Les équipements d'optique médicale du panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2 du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue (*cf.* annexe 4).

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement (*cf.* annexe 4).

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

2. Les aides auditives du panier de soins 100 % santé et autres que 100 % santé

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

III. – ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION

Remarque : au présent III, le terme : « contrat » couvre, de manière générique, l'acte qui définit le contenu des engagements des sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles et unions en ce qui concerne les prestations et les cotisations en matière de frais de santé.

L'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que les dispositions prises pour l'application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi précitée s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.

Conformément à l'article 5 du 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, le cahier des charges des contrats responsables est modifié en deux temps :

- les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 doivent se conformer au nouveau cahier des charges du contrat responsable en matière de dispositifs médicaux d'optique médicale et de frais de soins dentaires prothétiques précisés par arrêté ;
- les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 doivent se conformer au nouveau cahier des charges du contrat responsable en matière de dispositifs médicaux d'aides auditives et pour l'ensemble des soins dentaires prothétiques pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans l'arrêté précité.

Les contrats continuent de bénéficier des différentes aides fiscales et sociales sur la base des anciens critères fixés pour les « contrats responsables » au moins jusqu'au 31 décembre 2019. Pour les contrats en cours au 1^{er} janvier 2020, ces anciens critères s'appliquent jusqu'à la veille de leur prochaine échéance principale. De la même façon, pour les dispositions de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale devant s'appliquer aux contrats souscrits ou renouvelés au 1^{er} janvier 2021, les contrats continuent de bénéficier des différentes aides fiscales et sociales sur la base des critères applicables au 1^{er} janvier 2020, au moins jusqu'au 31 décembre 2020. Pour les contrats en cours au 1^{er} janvier 2021, ces critères s'appliquent jusqu'à la veille de leur prochaine échéance principale.

Jusqu'à l'adaptation des contrats responsables à la nouvelle LPP dans sa partie relative aux équipements d'optique médicale, un tableau de concordance, annexé à cette circulaire, est fourni pour permettre l'adaptation des dispositions des contrats en cours à cette nouvelle nomenclature (cf. annexe 6).

A. – POUR LES CONTRATS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS FACULTATIFS AUTRES QUE CEUX QUI RELÈVENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE EN ENTREPRISE

1. Cas des contrats responsables conclus ou renouvelés jusqu'au 31 décembre 2019

Dans ce cas, le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale est maintenu, selon les modalités antérieures, jusqu'à la plus prochaine échéance principale du contrat.

Exemple : un contrat est souscrit ou renouvelé le 25 décembre 2019.

⇒ Maintien du bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à sa prochaine échéance principale, soit le 24 décembre 2020.

2. Cas des contrats conclus ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020

Les contrats sont tenus d'appliquer le nouveau cahier des charges du contrat responsable pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, à leur date de souscription ou de renouvellement.

Exemple : un contrat est souscrit ou renouvelé le 2 juillet 2020.

⇒ Le contrat doit être adapté au nouveau cahier des charges du contrat responsable en matière de dispositifs d'optique médicale et pour certains soins prothétiques dentaires pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

Il devra par ailleurs être adapté à compter de l'échéance principale suivante, soit le 1^{er} juillet 2021, en ce qui concerne les dispositifs d'aides auditives et certains soins dentaires prothétiques.

3. Cas des contrats conclus ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021

Les contrats sont tenus d'appliquer le nouveau cahier des charges du contrat responsable pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, à leur date de souscription ou du renouvellement.

Exemple : un contrat est souscrit ou renouvelé le 2 juillet 2021.

⇒ Le contrat doit être adapté au nouveau cahier des charges du contrat responsable en matière de dispositifs d'optique médicale et d'aides auditives, ainsi que de soins dentaires prothétiques.

**B. – POUR LES CONTRATS COLLECTIFS OBLIGATOIRES ET LES CONTRATS COLLECTIFS FACULTATIFS
QUI RELÈVENT DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROTECTION SOCIALE COLLECTIVE EN ENTREPRISE**

L'article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 précitée dispose que « les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes, avant le 1^{er} janvier 2020, aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi ».

La conformité avec le cahier des charges du contrat responsable est appréciée au regard de l'acte instituant les garanties au sein de l'entreprise (soit, au regard d'un accord d'entreprise, d'un accord référendaire ou d'une décision unilatérale de l'employeur, et, à défaut d'acte conclu ou pris au niveau de l'entreprise, au regard de la convention collective ou de l'accord de branche directement applicable). Un contrat conclu sur le fondement d'un accord d'entreprise, d'un accord référendaire ou d'une décision unilatérale de l'employeur, conformes au nouveau cahier des charges du contrat responsable mais non conformes à un accord de branche ou à une convention collective, ne remet donc pas en cause le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Pour être conformes aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, en ce qui concerne le bénéfice des exemptions d'assiette prévues aux 6^e et 8^e alinéas de l'article L. 242-1 du même code, les actes instituant les garanties au sein de l'entreprise doivent être adaptés :

- au 1^{er} janvier 2020 pour les dispositifs d'optique médicale et certains soins prothétiques dentaires précisés par décret ;
- au 1^{er} janvier 2021 pour les dispositifs d'aides auditives et certains soins prothétiques dentaires précisés par décret.

Aussi, si l'acte instituant les garanties au sein de l'entreprise n'est pas conforme au nouveau cahier des charges du contrat responsable au 1^{er} janvier 2020 puis au 1^{er} janvier 2021³, le bénéfice des dispositions mentionnées au 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ne peut normalement pas être ouvert en ce qui concerne les exemptions d'assiette prévues aux 6^e et 8^e alinéas de l'article L. 242-1 du même code.

Toutefois, afin de tenir compte des délais inhérents au processus de négociation collective, le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale n'est pas remis en cause, dans le cas d'un accord de branche ou d'une convention collective instaurant un régime de frais de santé directement mis en œuvre par l'entreprise ou d'un accord d'entreprise ou d'un accord référendaire qui ne serait pas modifié au 1^{er} janvier 2020, si le contrat collectif souscrit par l'entreprise est mis en conformité au 1^{er} janvier 2020 avec la nouvelle réglementation en matière de dispositifs d'optique médicale et de soins dentaires prothétiques.

Dans ce cas, l'entreprise peut bénéficier des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, les partenaires conventionnels et l'employeur restent tenus par l'obligation de renégociation prévue par la loi, laquelle doit aboutir dans les meilleurs délais pour sécuriser l'application des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale à compter de 2021.

Par ailleurs, n'a pas à être modifié l'accord d'entreprise, l'accord référendaire ou la décision unilatérale de l'employeur qui opèrent par renvoi au cahier des charges du contrat responsable ou aux garanties du contrat d'assurance souscrit par l'employeur. En effet, ces actes sont réputés mis en conformité avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables dès lors que le contrat d'assurance a lui-même été mis en conformité. L'entreprise peut alors bénéficier des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne les exemptions d'assiette prévues aux 6^e et 8^e alinéas de l'article L. 242-1 du même code.

³ À noter que la mise en conformité, dès 2020, des conventions et accords collectifs et des décisions unilatérales avec le cahier des charges des contrats responsables en vigueur au 1^{er} janvier 2021 ne remet pas en cause le bénéfice des dispositions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, le respect de la date de mise en conformité est à apprécier, pour les accords ne faisant pas l'objet d'une demande d'extension (notamment les accords d'entreprise), à la date de dépôt de l'accord à la Direccte et, pour les accords et conventions ayant fait l'objet d'une demande d'extension, à la date de dépôt de la demande d'extension.

IV. – APPLICATION DU DISPOSITIF EN CAS DE CONTRATS MULTIPLES

Le respect des critères de responsabilité prévus par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale (interdictions, obligations minimales et maximales de prise en charge) s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé souscrit par une personne (physique ou morale), ou auquel une personne (physique ou morale) a adhéré, sous les précisions exposées ci-après.

Au présent IV, on définit un contrat surcomplémentaire, souscrit individuellement ou collectivement, à adhésion facultative ou obligatoire, comme un contrat d'assurance maladie complémentaire qui intervient explicitement après un (ou plusieurs) autre(s) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire. Pour pouvoir être considéré comme responsable dans les conditions décrites ci-dessous, le contrat devra être dénommé « surcomplémentaire » et spécifier que son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels.

On dénomme en outre « contrat socle » le contrat complémentaire intervenant en premier après la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le contrat surcomplémentaire peut être souscrit auprès du même organisme d'assurance que le contrat socle ou auprès d'un organisme différent ; dans tous les cas, il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat socle.

Un contrat avec des options est un contrat unique : les options souscrites dans le cadre d'un contrat ne constituent pas un contrat juridiquement distinct dudit contrat. Dès lors, ces options ne peuvent pas être considérées comme constituant des contrats surcomplémentaires.

Aussi, dans le cas d'un contrat donnant la possibilité de souscrire des options, le respect des critères de responsabilité doit être regardé pour l'ensemble des garanties souscrites dans le cadre de ce contrat (base + options). Ainsi, si par le jeu des options souscrites, le contrat, pris dans sa globalité, ne respecte pas l'ensemble des critères définis aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale (par exemple, non respect des plafonds de prise en charge), le contrat est globalement réputé « non responsable » et ne peut donc prétendre à l'application des dispositions du 1^{er} alinéa de l'article L.871-1 du même code.

A. – RESPECT DU CRITÈRE DE PRISE EN CHARGE MAXIMALE PAR LES CONTRATS SURCOMPLÉMENTAIRES

En ce qui concerne le contrat surcomplémentaire, le respect des règles de prise en charge maximale définies par l'article R.871-2 du même code, est regardé eu égard aux prises en charge déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le contrat socle (et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont).

En pratique, la rédaction des garanties soumises à des règles de prise en charge maximale doit, pour que le contrat surcomplémentaire soit qualifié de « responsable », mentionner un montant maximal de prise en charge, compte tenu des prises en charge déjà effectuées par l'assurance maladie obligatoire et le ou les contrats complémentaires intervenant avant le contrat considéré, conforme aux plafonds fixés par l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, la rédaction suivante des garanties « frais d'optique » serait considérée comme garantissant le respect des règles de prise en charge maximale définie par ledit article R.871-2 :

« Couverture des frais d'optique en dehors du panier dit « 100% santé », pour deux foyers simples à hauteur de 420 € (dont 100 € pour la monture) à raison d'une prise en charge tous les deux ans. Ce montant s'entend y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat, et dans la limite des frais facturés. »

B. – RESPECT DU CRITÈRE DE PRISE EN CHARGE MINIMALE PAR LES CONTRATS SURCOMPLÉMENTAIRES

Le contrat surcomplémentaire n'est pas tenu de respecter à lui seul l'ensemble des obligations minimales de prise en charge. Ainsi, le respect des règles de prise en charge minimale définies par l'article R.871-2 du même code, peut être regardé eu égard aux prises en charge déjà effectuées par le contrat socle (et les éventuels contrats surcomplémentaires intervenant en amont).

En pratique, la rédaction des garanties soumises à des règles de prise en charge minimale doit, pour que le contrat surcomplémentaire soit qualifié de « responsable », mentionner leur prise en charge, éventuellement sous déduction des prises en charge déjà effectuées par le ou les contrats complémentaires intervenant avant le contrat considéré.

Ainsi, la rédaction suivante de la garantie « prise en charge du ticket modérateur » serait considérée comme garantissant le respect des règles de prise en charge minimale définie par ledit article R.871-2 :

« Prise en charge du ticket modérateur sur les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé déduction faite des prises en charge opérées par les assurances complémentaires qui interviennent avant la garantie prévue au présent contrat. ».

Il convient donc, pour qu'un contrat surcomplémentaire puisse être considéré comme « responsable » que les garanties qu'il propose :

- soient rédigées en différentiel par rapport aux prises en charge effectuées par l'assurance maladie obligatoire et d'éventuels contrats complémentaires intervenant en amont ;
- et respectent les plafonds de prise en charge définis par les articles R.871-2 du code de la sécurité sociale.

C. – CAS PARTICULIERS

Le respect des obligations minimales et des limites de prise en charge fixées pour le bénéfice du caractère « responsable » des contrats complémentaire couvrant un assuré relevant du régime local d'Alsace-Moselle ou d'un régime obligatoire d'assurance maladie offrant des prestations en nature supérieures à celles du régime général (régime des industries électriques et gazières notamment) s'apprécie compte tenu du remboursement global des frais de soins concernés au titre de l'ensemble des garanties d'assurance maladie complémentaire dont bénéficie cet assuré (garanties offertes par le régime local auxquelles s'ajoutent celles de son contrat complémentaire en santé).

*
* *

Les organismes chargés de contrôler le bénéfice des dispositifs prévus par le 1^{er} alinéa de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, en lien avec le fonds CMU, effectueront des opérations de contrôle dans les conditions de droit commun. Ils sont invités à prendre en compte, pour les contrôles opérés au titre de l'année 2020, les contraintes juridiques et techniques auxquelles le souscripteur ou adhérent et l'organisme de protection sociale complémentaire pourraient avoir été confrontés ainsi que les diligences effectuées pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Pour les ministres et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE 1

CALCUL DE LA PRISE EN CHARGE MAXIMALE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES POUR LES MÉDECINS NON ADHÉRANT À UN DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (OPTAM ET OPTAM-CO)

En vertu du 2° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, le calcul du plafond maximal de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée s'effectue comme suit :

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraire des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co

Limite n° 1 = 100 % du tarif opposable⁴.

Limite n° 2⁵ = Montant du dépassement d'honoraires pris en charge par le contrat responsable pour les médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, duquel est ôté un montant correspondant à 20 % du tarif opposable.

Le « montant du dépassement d'honoraire pris en charge par le contrat responsable pour les médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co » à retenir pour le calcul de la limite n° 2 s'établit comme suit : taux ou montant maximal de dépassement d'honoraire pris en charge pour les médecins adhérant à l'OPTAM ou l'OPTAM-co fixé par le contrat appliqué au tarif opposable pratiqué par le médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La valeur la plus faible de ces deux limites correspond au plafond opposable.

NB. – En vertu du 1° de l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale, la prise en charge totale maximale des actes et consultations des médecins s'effectue comme suit :

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

= TM – la participation forfaitaire de 1 € + dépassement d'honoraires dans la plus petite des deux limites définies ci-dessus.

Exemple : le contrat prévoit un plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co à 60 % du tarif opposable.

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co

Le tarif opposable de la consultation ou de l'acte facturé par le médecin non adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM-co = X €

Les deux plafonds sont les suivants :

- limite 1 = (100 % de X €) = X € ;
- limite 2 = (60 % de X €) – (20 % de X €) = 40 % de X €.

Résultat : dans ce cas, c'est la limite 2 qui s'applique.

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

Au plafond retenu, s'ajoute celui du ticket modérateur (30 % de X €), déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €. Le montant total pouvant être remboursé par l'organisme complémentaire correspond donc à :

$$= (30 \% \text{ de } X \text{ €}) - 1 \text{ €} + (40 \% \text{ de } X \text{ €}) = 70 \% \text{ de } X \text{ €}.$$

⁴ Le tarif opposable à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation effectuée par le médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co.

⁵ Plafond à retenir dans l'hypothèse où le contrat responsable prévoit un plafonnement du dépassement d'honoraire pour les médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co.

Cas pratique pour une consultation

Montant maximal de prise en charge du dépassement d'honoraire des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-co

Le tarif opposable de la consultation facturée par le médecin non adhérent à l'OPTAM ou à l'OPTAM-co est de 25 €.

Les deux plafonds sont les suivants :

- limite 1 = (100 % de 25 €) = 25 €;
- limite 2 = (60 % de 25 € soit 15 €) – (20 % de 25 € soit 5 €) = 10 €.

Résultat: c'est la limite n° 2 qui s'applique, c'est-à-dire 10 €.

Montant maximal de prise en charge par le contrat responsable

Au plafond retenu, s'ajoute celui du ticket modérateur (30 % de 25 €), déduction faite de la participation forfaitaire de 1 €. Le montant total pouvant être remboursé par l'organisme complémentaire correspond donc à :

$$= 7,50 \text{ €} - 1 \text{ €} + 10 \text{ €} = 16,50 \text{ €}.$$

ANNEXE 2

MONTANTS MINIMAUX ET MAXIMAUX DE PRISE EN CHARGE DES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE (VERRES ET MONTURE) LORSQUE LE CONTRAT PRÉVOIT UNE COUVERTURE EN OPTIQUE EN SUS DES TARIFS DE RESPONSABILITÉ POUR LES ÉQUIPEMENTS COMPOSÉS D'UNE MONTURE OU DE VERRES AUTRES QUE 100 % SANTÉ

CAS	VERRES	PLANCHERS ET PLAFONDS de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
a	<p>Deux verres unifocaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries; - 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; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : 50 € - Maximum: 420€ dont 100€ au maximum pour la monture
b	<p>Verre 1 <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries <p>Verre 2 <i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : 125 € - Maximum: 560€ dont 100€ au maximum pour la monture
c	<p>Verre 1 - verre unifocal</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries. <p>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum: 125 € - Maximum: 610€ dont 100€ au maximum pour la monture
d	<p>Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</p> <p>verre unifocal</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. <p>ou verre multifocal ou progressif</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum : 200 € - Maximum: 700€ dont 100€ au maximum pour la monture

CAS	VERRES	PLANCHERS ET PLAFONDS de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
e	<p>Verre 1 - verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</p> <p><i>verre unifocal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries. <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. <p>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum: 200 € - Maximum: 750€ dont 100€ au maximum pour la monture
f	<p>Deux verres multifocaux ou progressifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimum: 200 € - Maximum: 800€ dont 100€ au maximum pour la monture

À noter:

La prise en charge du ticket modérateur de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds ci-dessus précisés.

Les planchers et plafonds qui s'appliquent aux équipements composés de verres différents appartenant aux catégories de verres visés aux cas a, c ou f sont ceux afférents à la ligne concernée.

Ces conditions s'imposent également aux contrats prévus aux articles D.911-1 et suivants (contrats conclus en application du II de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale) du code de la sécurité sociale. Ainsi, la combinaison des textes (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 et 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) emporte les conséquences suivantes pour les garanties que doivent proposer les contrats collectifs :

- les planchers sont identiques sauf :
 - pour les équipements aux corrections listées sur le cas visé au a ci-dessus: le plancher est de 100 € pour les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et de 50 € pour les contrats responsables ;
 - pour les équipements aux corrections « mixtes » listées aux cas visés aux b et c: le plancher est de 150 € pour les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés et de 125 € pour les contrats responsables ;
- les plafonds sont identiques.

ANNEXE 3

CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE POUR LES CONTRATS OFFRANT DES GARANTIES SUPÉRIEURES AU TICKET MODÉRATEUR POUR LES ÉQUIPEMENTS MIXTES

COMPOSITION DE L'ÉQUIPEMENT Classe A: 100 % santé Classe B: autre que 100 % santé	PRISE EN CHARGE DES VERRES	PRISE EN CHARGE DE LA MONTURE
2 verres A + monture B	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé*	- Dans la limite du plafond « autres que 100 % santé » du contrat correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût des verres** Et - Dans la limite de 100 €
2 verres B + monture A	Dans la limite du plafond « autres que 100 % santé » du contrat correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la monture**	Intégrale dans le respect des PLV 100 % santé

PLV: prix limite de vente.
 * Les prestations d'appairage ainsi que le supplément des verres avec filtre sont pris en charge intégralement pour les verres de classe A, dans la limite des PLV.
 ** Toutefois, lorsque les dispositions du contrat sont exprimées de telle façon qu'un montant est alloué spécifiquement à la monture ou aux verres au sein des garanties optique, le montant prévu pour chacune des composantes s'applique (sans excéder 100 € pour la monture).

ANNEXE 4

CAS D'APPLICATION DES PÉRIODICITÉS DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRES
POUR LES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE

ASSURÉS CONCERNÉS	ASSURÉS DE 16 ANS ET PLUS	ASSURÉS DE MOINS DE 16 ANS
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome; - hypertension intraoculaire isolée; - DMLA et atteintes maculaires évolutives; - rétinopathie diabétique; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an; - cataracte évolutive à composante réfractive; - tumeurs oculaires et palpébrales; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an; - greffe de cornée datant de moins de 1 an; - kératocône évolutif; - kératopathies évolutives; - dystrophie cornéenne; - amblyopie; - diplopie récente ou évolutive. <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante); - hypertension artérielle mal contrôlée; - sida; - affections neurologiques à composante oculaire; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique. <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes; - antipaludéens de synthèse; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

ANNEXE 5

EXEMPLES DE PRISES EN CHARGE DES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE
ET DES AIDES AUDITIVES

I. – OPTIQUE MÉDICALE

Classe A: 100 % santé

Classe B: autres que 100 % santé

Prise en charge

Exemple 1: Julie se rend chez son opticien et fait le choix d'un équipement composé de deux verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries de classe B et d'une monture de classe A d'un montant de 30 €. La prise en charge de cet équipement par son contrat responsable ne peut alors dépasser 420 €, dont 390 € au maximum pour les verres.

Exemple 2: Valentin fait le choix d'un équipement composé d'un verre unifocal sphéro-cylindrique dont la somme S est inférieure ou égale à 6,00 dioptries de classe A à 52,50 €, d'un verre multifocal sphéro-cylindrique dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries de classe A à 75 € et d'une monture de classe B d'un montant de 110 €. Les plancher et plafond de prise en charge d'un tel équipement par les contrats responsables prévoyant une garantie optique en sus du ticket modérateur sur les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100 % santé s'élèvent respectivement à 125 € et à 560 €, dont 100 € au maximum pour sa monture. Les garanties du contrat de Valentin sont fixées à 300 €: il sera remboursé de ses deux verres intégralement (soit 127,50 €) car ils font partie du panier 100 % santé, et de sa monture à hauteur de 100 €.

Exemple 3: Edward choisit le même équipement que Valentin. Les garanties optique de son contrat prévoient une prise en charge de l'équipement complet (verres et monture) à 125 € dont 50 € pour la monture. Edward sera donc remboursé intégralement de ses deux verres (soit 127,50 €) car ils font partie du panier 100 % santé, et à hauteur de 50 € pour la monture de classe B.

Exemple 4: Charlie achète une monture de classe B pour 80 € le 10 janvier 2020 et acquiert, le 30 janvier 2020, des verres de classe B progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries pour un montant de 760 €. Les garanties optique de son contrat responsable sont au plafond autorisé pour ce type d'équipement au vu de la correction à savoir 800 €. La prise en charge de la monture par ce contrat s'est faite à hauteur de 80 €, celle des verres ne peut excéder 720 €, arrivant ainsi à la saturation du plafond de prise en charge et laissant 40 € de reste à charge à Charlie.

Périodicité de renouvellement de la prise en charge

Exemple 5: Antoine, 46 ans, a un contrat de complémentaire santé responsable. Il achète le 24 août 2020 une monture mais ne complète son équipement que le 26 octobre 2020 avec l'achat des verres. Le délai de renouvellement de sa prise en charge optique court alors, dans ce cas, à compter de l'achat du dernier élément constituant l'équipement complet. Il pourra ainsi renouveler son équipement complet (verres + monture) à compter du 27 octobre 2022. Si néanmoins il ne souhaite renouveler que sa monture, il le pourra à partir du 25 août 2022.

Exemple 6: Anne, 74 ans, est couverte par un contrat responsable. Elle a acquis le 13 mars 2020 un équipement composé de verres multifocaux de classe A et d'une monture de classe B. Elle se fait opérer de la cataracte le 17 juin 2020 et constate un changement de sa vue à la suite de l'opération. Son ophtalmologue lui fait une prescription pour sa nouvelle correction visuelle stipulant que cela fait suite à sa récente opération. Elle peut alors faire changer ses verres sans qu'aucun délai de renouvellement de la prise en charge ne lui soit opposable par l'assurance maladie obligatoire ni par son contrat responsable.

Exemple 7: Jonathan, 35 ans, a souscrit un contrat responsable le 1^{er} janvier 2019 sans garantie en sus du ticket modérateur en optique autre que 100 % santé et à acquis au cours de l'année 2019 un nouvel équipement. Il change de contrat auprès du même organisme le 1^{er} janvier 2020 pour avoir des garanties optique supérieures et acquiert, quelques mois après, un équipement complet (verres et monture). S'étant déjà équipée en 2019, son nouvel équipement ne peut être pris en charge.

Exemple 8 : Gilles, 47 ans, souscrit un contrat de complémentaire santé auprès d'un nouvel organisme de complémentaire santé le 1^{er} janvier 2020. Il acquiert un équipement complet (verres et monture) de classe A le 3 mars 2020. Ayant déjà acheté un équipement optique le 5 octobre 2019 il avait fait l'objet d'une prise en charge du montant du tarif de responsabilité. Son nouvel équipement ne peut alors être pris en charge.

II. – AIDES AUDITIVES

Classe I : 100 % santé

Classe II : autre que 100 % santé

Périodicité de renouvellement de la prise en charge

Exemple 1 : Charlotte achète 2 aides auditives de classe I le 26 juin 2021. La prise en charge du renouvellement de ses deux aides auditives, qu'elles soient de classe I ou de classe II, par l'assurance maladie obligatoire et son contrat responsable ne pourra s'effectuer qu'à compter du 27 juin 2025.

Exemple 2 : Nicolas acquiert le 28 septembre 2021 une aide auditive pour son oreille gauche et le 9 janvier 2023 une aide auditive pour son oreille droite. La prise en charge du renouvellement de l'aide auditive gauche pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2025 et de l'aide auditive droite à compter du 10 janvier 2027.

Exemple 3 : Annabelle acquiert le 3 mars 2021 deux aides auditives. S'étant déjà équipée de deux aides auditives le 20 novembre 2019, ses nouvelles acquisitions ne peuvent être prises en charge ni par l'assurance maladie obligatoire ni par sa complémentaire.

ANNEXE 6

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CAS DE FIGURE ENVISAGEABLES
POUR L'APPLICATION DU DISPOSITIF EN CAS DE CONTRATS MULTIPLES

RESPECT par le	CONTRAT socle				CONTRAT surcomplémentaire			
des	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties	Responsable	Interdictions de prise en charge	Garanties planchers	Plafonds de garanties ⁽¹⁾	Responsable
cas 1	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
cas 2	non			non				non ⁽²⁾
cas 3	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
cas 4	oui	oui	non	non			non ⁽³⁾	non
cas 5	oui	oui	oui	oui	non			non
cas 6	oui	oui	oui	oui			non	non
cas 7	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui ⁽⁴⁾

(1) Le respect des plafonds de garantie s'apprécie au regard de la somme des garanties offertes par l'assurance maladie obligatoire, le contrat socle et le contrat supplémentaire.

(2) Si le contrat socle ne respecte pas les interdictions de prise en charge, le contrat supplémentaire ne peut être considéré comme responsable.

(3) Si le contrat socle ne respecte pas les plafonds de garantie, le contrat supplémentaire ne peut être considéré comme les respectant et ne peut donc être responsable.

(4) Le contrat supplémentaire qui ne respecte pas l'obligation des prises en charge minimales est réputé responsable si celles-ci sont garanties par le contrat socle.