

PARIS, le 20/12/2006

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION DU
RECouvreMENT ET DU SERVICE
DIRRES

LETTRE CIRCULAIRE N° 2006-126

OBJET : Régime social des contributions patronales finançant des prestations de prévoyance complémentaire assurant l'indemnisation des frais de santé.

TEXTE A ANNOTER : Lettre circulaire n° 2005-168 du 29 novembre 2005.

Lettre circulaire n° 2006-064 du 4 mai 2006.

Lettre circulaire n° 2006-111 du 10 octobre 2006.

Lettre circulaire n° 2006-115 du 31 octobre 2006 (rectificatif).

La Direction de la Sécurité sociale précise l'étendue des obligations de prise en charge minimale fixées à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale applicables aux garanties ayant pour objet le remboursement des frais de santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les contributions de l'employeur destinées à financer des garanties ayant pour objet le remboursement des frais de santé doivent pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations prévues à l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale respecter notamment les règles édictées par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale.

Ces règles comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimale définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale dispose que les garanties ayant pour objet la prise en charge des remboursement de frais de santé comprennent la prise en charge :

- d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-5 ;

- d'au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R. 322-1, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;
- d'au moins 35 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 ;
- de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

La Direction de la Sécurité sociale précise l'étendue de ces obligations de prise en charge au regard de certaines dispositions figurant dans les contrats ou règlements des garanties.

1 – LES CLAUSES D'EXCLUSION DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Certains contrats ou règlements comportent des clauses excluant le bénéfice de la garantie Frais de santé dans différentes situations par exemple à la suite d'un fait intentionnel de l'assuré, d'un état d'ivresse, de l'utilisation de drogues, de luttes, duels et rixe, attentats ou agressions auxquels participent le bénéficiaire, la participation à des matches, paris, défis, courses, tentatives de records...

La Direction de la Sécurité sociale indique que les clauses d'exclusion figurant dans les règlements ou contrats, dès lors qu'elles empêchent la prise en charge du ticket modérateur édictée pour les contrats «*responsables*» à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, ne permettent pas de regarder le contrat ou le règlement comme remplissant les règles des contrats «*responsables*», aucune exception n'ayant été prévue par la loi pour le respect de ces obligations.

Les clauses d'exclusion des risques ne sont donc pas compatibles avec les obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur prévues par l'article R 871-2 du code de la Sécurité sociale qui doivent être effectives quelle que soit le fait générateur des soins.

La mise en conformité avec les dispositions de l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale implique donc la suppression de ces clauses des contrats collectifs d'assurance ou règlement des garanties.

Les URSSAF sont invitées à veiller au respect de ces obligations de prise en charge fixées à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale en procédant à l'examen de l'ensemble des clauses des contrats collectifs d'assurance ou du règlement des garanties.

2 – LES CLAUSES PREVOYANT UN DELAI DE CARENCE

La Direction de la Sécurité sociale précise que le délai de carence prévu par certains contrats ou règlement différant à compter de l'adhésion ou de la souscription pendant une durée déterminée, la date d'effet de la couverture frais de santé s'analyse comme une modalité d'entrée en vigueur, qui ne s'applique qu'une seule fois, au moment de l'adhésion ou de la souscription.

Ce délai, quelle que soit sa dénomination (délai de carence, d'attente ou de stage) n'est pas en contradiction avec les règles définies avec l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale dès lors qu'à l'issue de ce délai de carence, toutes les obligations de prise en charge sont assurées par le contrat ou le règlement.

PJ