

PARIS, le 11/05/2007

ACOSS

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION DU
RECOUVREMENT ET DU SERVICE
DIRRES

LETTRE CIRCULAIRE N° 2007-076

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).

Lettre circulaire n°2006-126 du 20 décembre 2006.

Un communiqué du Ministre de la Santé et des Solidarités du 29 mars 2007 précise que le dossier médical personnel doit être généralisé en 2008.

En conséquence, pour l'année 2007, l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale de la contribution patronale finançant les garanties Frais de santé n'est pas subordonnée à la non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical.

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. 871-1 du code de la sécurité sociale dispose que les garanties ne peuvent comprendre la prise en charge :

- de la majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.

Ces conditions sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2006 à l'exception de celle relative à l'accès au dossier médical.

En effet, compte tenu du calendrier initial de déploiement du dossier médical personnel, l'entrée en vigueur de cette condition avait été fixée au 1^{er} juillet 2007.

Un communiqué du Ministre de la Santé et des Solidarités du 29 mars 2007 précise que le dossier médical personnel doit être généralisé en 2008.

En conséquence, pour l'année 2007, l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale de la contribution patronale finançant les garanties Frais de santé n'est pas subordonnée à la non prise en charge de la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical.

Le Directeur

Jean-Luc TAVERNIER

Annexe 1

Garanties frais de santé instituées au niveau de l'entreprise

LES GARANTIES FRAIS DE SANTE NE DOIVENT PAS PRENDRE EN CHARGE	
Depuis le 1 ^{er} janvier 2005 ¹	<p>La participation forfaitaire (1 €) à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.</p>
Depuis le 1 ^{er} janvier 2006	<p>La majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.</p> <p>Cette majoration est appliquée par le régime de base d'assurance maladie dont relève l'assuré. Cette majoration n'est pas appliquée dans certaines situations visées par l'article L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale (urgence, consultation en dehors du lieu de résidence) et par le décret du 3 novembre 2005 (soins itératifs ayant fait l'objet d'un plan de soins, séquence de soins réalisée en concertation avec le médecin traitant, actes et consultations prévues par le protocole de soins, actes et consultations assurées par le remplaçant du médecin traitant..., spécialistes en accès direct).</p>
	<p>Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant.</p> <p>L'organisation du parcours de soins repose sur le passage préalable par le médecin traitant avant toute consultation de spécialistes. Certains spécialistes peuvent toutefois être consultés en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie).</p> <p>Lorsque l'assuré consulte hors parcours de soins un spécialiste exerçant en secteur 1, l'exclusion de prise en charge par l'assureur complémentaire porte sur la totalité du dépassement pratiqué par le spécialiste. Ce dépassement ne peut en application de la convention médicale excéder 17,5 % de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins arrondi à l'euro supérieur.</p> <p>Lorsque l'assuré consulte hors parcours de soins un spécialiste exerçant en secteur 2, l'exclusion de prise en charge par l'assureur complémentaire est respectée dès lors que le contrat d'assurance complémentaire laisse à la charge de l'assuré un montant au moins égal au montant de dépassement applicable en dehors du parcours de soins.</p>
En 2008	<p>La majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.</p> <p>Cette obligation ne sera effective qu'au cours de l'année 2008 à la date à laquelle le dossier médical doit être généralisé.</p>
LES GARANTIES FRAIS DE SANTE DOIVENT PRENDRE EN CHARGE	
Depuis le 1 ^{er} janvier 2006	<p>Au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant.</p>
	<p>Au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments (vignette blanche) prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.</p>
	<p>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 ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.</p>
Depuis le 1 ^{er} juillet 2006	<p>La participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires figurant sur la liste des prestations prévue par l'arrêté du 8 juin 2006.</p>

Annexe 2

¹ En cas d'application par l'employeur du régime transitoire prévu par l'article 113 IV de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, cette condition n'est pas opposable.

**Garanties frais de santé instituées par une convention ou un accord professionnel
ou interprofessionnel avant le 1^{er} janvier 2006**

LES GARANTIES FRAIS DE SANTE NE DOIVENT PAS PRENDRE EN CHARGE

Depuis le 1^{er} janvier 2005 ²	La participation forfaitaire (1 €) à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf en cas d'hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale.
Depuis le 1^{er} juillet 2006	<p>La majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.</p> <p>Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant.</p> <p>L'organisation du parcours de soins repose sur le passage préalable par le médecin traitant avant toute consultation de spécialistes. Certains spécialistes peuvent toutefois être consultés en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie).</p> <p>Lorsque l'assuré consulte hors parcours de soins un spécialiste exerçant en secteur 1, l'exclusion de prise en charge par l'assureur complémentaire porte sur la totalité du dépassement pratiqué par le spécialiste. Ce dépassement ne peut en application de la convention médicale excéder 17,5 % de la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins arrondi à l'euro supérieur.</p> <p>Lorsque l'assuré consulte hors parcours de soins un spécialiste exerçant en secteur 2, l'exclusion de prise en charge par l'assureur complémentaire est respectée dès lors que le contrat d'assurance complémentaire laisse à la charge de l'assuré un montant au moins égal au montant de dépassement applicable en dehors du parcours de soins.</p>
En 2008	<p>La majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel.</p> <p>Cette obligation ne sera effective qu'au cours de l'année 2008 à la date à laquelle le dossier médical doit être généralisé.</p>

LES GARANTIES FRAIS DE SANTE DOIVENT PRENDRE EN CHARGE

Depuis le 1^{er} juillet 2006	Au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant ainsi que celles effectuées sur prescription du médecin traitant.
	Au moins 30 % du tarif servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments (vignette blanche) prescrits par le médecin traitant ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.
	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 ou un médecin consulté sur prescription du médecin traitant.
	La participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires figurant sur la liste des prestations prévue par l'arrêté du 8 juin 2006.

² En cas d'application par l'employeur du régime transitoire prévu par l'article 113 IV de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, cette condition n'est pas opposable.