

PARIS, le 10/10/2006

DIRECTION DE LA REGLEMENTATION DU
RECOUVREMENT ET DU SERVICE
DIRRES

LETTRE CIRCULAIRE N° 2006-111

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

La circulaire ministérielle DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 précise les modalités d'application des règles spécifiques que doivent respecter les garanties frais de santé, depuis le 1er janvier 2006, afin que les contributions patronales les finançant soient exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L 242-1 du code de la Sécurité sociale.

Elle prévoit, à titre de tolérance, que le respect des conditions spécifiques d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale des contributions patronales pourra s'apprécier globalement lorsque les garanties d'un souscripteur résultent de contrats multiples souscrits auprès d'un même organisme assureur.

Les organismes du recouvrement doivent veiller dès à présent au respect par les employeurs de ces dispositions.

Les contributions patronales finançant des garanties ayant pour objet le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident (contrats d'assurance complémentaire «frais de santé») sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dans les conditions et limites fixées par l'article L 242-1 du code de la Sécurité sociale si elles respectent par ailleurs certaines règles posées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⇒ Ces règles imposent l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire de 1 € depuis le 1^{er} janvier 2005. Cette condition n'est toutefois pas opposable aux contributions patronales bénéficiant du régime transitoire prévu par l'article 113 IV de la loi du 21 août 2003.

Les dispositions des contrats d'assurance, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur qui ne prévoient pas expressément la prise en charge de la participation forfaitaire sont réputées exclure son remboursement.

⇒ Elles prévoient également l'exclusion et la prise en charge minimale de certaines prestations dans les conditions fixées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

L'entrée en vigueur de ces règles particulières d'exclusion ou de prise en charge a été fixée au 1^{er} janvier 2006 par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Toutefois, pour certaines prestations de même que pour certaines garanties d'assurance, des aménagements ont été apportés par loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la Sécurité sociale pour 2006.

Ces aménagements qui ont été présentés par la lettre circulaire n°2006-064 du 4 mai 2006 portaient sur :

- l'obligation de prise en charge d'au moins deux prestations de prévention,
- les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et mises en place à titre obligatoire par une convention collective, un accord professionnel ou interprofessionnel,
- les garanties partielles couvrant exclusivement soit les dépenses d'hospitalisation soit les médicaments ou dispositifs médicaux inscrits sur une liste.

La circulaire ministérielle DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 présente dans leur ensemble les conditions permettant aux garanties «frais de santé» de bénéficier des aides fiscales et sociales. Certaines de ses dispositions relatives aux aides fiscales ou précisant les modalités de calcul des prestations par les organismes assureurs ne concernent toutefois pas les URSSAF.

En conséquence, seules les dispositions de la circulaire ministérielle DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 qui complètent l'information qui a déjà été diffusée par l'Acoss et dont l'application fera l'objet d'une vérification par les organismes de recouvrement sont présentées par la présente lettre circulaire de l'Acoss.



La circulaire ministérielle DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 vient ainsi préciser les modalités d'appréciation selon lesquelles les organismes du recouvrement devront apprécier le respect des interdictions et obligations de prise en charge dans différentes situations.

1 – Les garanties ne couvrent pas exclusivement le salarié

La circulaire ministérielle du 11 juillet 2006 précise que les obligations et interdictions de prise en charge s'appliquent pour l'ensemble des personnes couvertes par la garantie d'assurance complémentaire.

Aussi, lorsque la garantie couvre le salarié et ses ayants droit, les interdictions ou obligations de prise en charge doivent être respectées dans les mêmes conditions pour l'ensemble des membres de la famille.

2 – Le salarié relève du régime local d'Alsace-Moselle ou d'un régime spécial

Pour les assurés relevant du régime local ou d'un régime spécial, les obligations de prise en charge sont réduites de sorte qu'elles n'excèdent pas le montant des frais exposés par les personnes couvertes.

3 – La prise en charge d'au moins deux prestations de prévention

En l'absence de parution avant le 1^{er} janvier 2006 de l'arrêté fixant la liste des prestations de prévention prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, l'obligation de prise en charge d'au moins deux prestations figurant dans cette liste a été reportée au 1^{er} juillet 2006.

Cette liste a été fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 (JO du 18 juin 2006) joint en annexe.

Les garanties «frais de santé» doivent prendre en charge au moins deux prestations choisies dans cette liste. La circulaire ministérielle du 11 juillet 2006 rappelle que la prise en charge à cet égard de la participation de l'assuré par l'organisme complémentaire doit être intégrale.

4 – Les contrats multiples d'un même souscripteur

La circulaire ministérielle du 11 juillet 2006 rappelle que l'appréciation du respect des conditions spécifiques aux garanties «frais de santé» s'effectue pour chaque contrat d'assurance ou règlement d'assurance.

Toutefois, à titre de tolérance, elle admet que la situation du souscripteur puisse être examinée de façon globale lorsque les garanties «frais de santé» souscrites auprès d'un même organisme assureur résultent de plusieurs contrats ou bulletins d'adhésion à un règlement. Dans ce cas, le respect des interdictions et obligations de prise en charge peut s'apprécier au regard de l'ensemble des contrats ou bulletins d'adhésion à un règlement du souscripteur.

Sont ainsi visées des situations dans lesquelles chacun des contrats ou bulletins d'adhésion à un règlement du souscripteur respecte les interdictions de prise en charge mais ne remplit que partiellement les obligations minimales de prise en charge. Seule une appréciation d'ensemble de ces contrats et règlements permet de constater que les obligations de prise en charge minimales sont respectées.

⇒ ***Il doit s'agir d'un même souscripteur***

Les garanties dont bénéficient les salariés peuvent être souscrites soit par l'employeur soit par le comité d'entreprise. L'analyse globale ne peut être réalisée que pour l'ensemble des garanties souscrites par l'un ou l'autre.

Il ne peut en revanche y avoir d'analyse globale entre, d'une part, les garanties souscrites par le comité d'entreprise et, d'autre part, celles souscrites par l'employeur, le souscripteur n'étant pas le même.

⇒ ***Les contrats ou bulletins d'adhésion à un règlement doivent être souscrits auprès du même organisme assureur***

Lorsque les garanties «frais de santé» sont souscrites auprès de plusieurs organismes assureurs, ces contrats ou règlements ne bénéficient pas de l'analyse globale même si les garanties respectent dans leur ensemble les interdictions et obligations de prise en charge.

Dans cette situation, le respect des interdictions et obligations de prise en charge doit s'apprécier pour chacun des contrats ou règlements.

⇒ ***L'analyse globale ne bénéficie pas de plein droit au souscripteur***

L'employeur qui entend bénéficier de cette tolérance ministérielle doit produire lors du contrôle tous les éléments permettant de prouver que l'ensemble des garanties qu'il a souscrites auprès du même organisme assureur respectent globalement les interdictions et obligations de prise en charge.

A cet effet, il peut produire une attestation délivrée par l'organisme assureur mettant en évidence :

- l'identification précise des contrats et règlements d'assurance complémentaire de santé,
- la détermination, pour chaque contrat ou règlement, du contenu des prestations prises en charge avec leur niveau de prise en charge et des prestations exclues de la prise en charge.

En l'absence de production à l'organisme chargé du contrôle des éléments prouvant que l'ensemble des garanties respectent globalement les interdictions et obligations de prise en charge, le contrôle du respect des conditions spécifiques aux garanties «frais de santé» sera effectué pour chaque contrat ou règlement.

Les mêmes règles pourront s'appliquer dans le cadre de l'instruction d'une demande de rescrit adressée à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations de Sécurité sociale en application de l'article L 243-6-3 2° du code de la Sécurité sociale. A cet effet, le demandeur devra produire les éléments permettant à l'organisme du recouvrement d'apprécier globalement les garanties.

Les organismes du recouvrement doivent veiller dès à présent au respect par les employeurs de ces dispositions. Les modalités de ces contrôles font l'objet d'une instruction distincte.



Ministère de la santé et des solidarités

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins, des
prestations familiales et des accidents du
travail
Bureau de la couverture maladie universelle
et des prestations de santé (2 A)

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales,
direction de la solidarité et de la santé de Corse et de la
Corse-du-Sud, directions de la santé et du développement
social, direction départementale de la sécurité sociale
de la Réunion
(pour information)

Monsieur le directeur du fonds de financement de la protection
complémentaire de la couverture universelle du risque maladie
(pour attribution)

Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes
de sécurité sociale
(pour attribution)

CIRCULAIRE N°DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 relative aux modalités d'application des règles que les
garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales.
Date d'application : 1^{er} janvier 2006.

NOR : SANS0630320C

Classement thématique : Assurance maladie, maternité, décès

Résumé : Les garanties d'assurance complémentaire de santé doivent respecter, à compter du 1^{er} janvier 2006, certaines règles d'obligation et d'interdiction de prise en charge pour continuer à bénéficier d'aides fiscales ou sociales. Une présentation générale du dispositif est suivie des aménagements apportés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et d'aspects particuliers supposant une explication détaillée.

Mots-clés : protection sociale complémentaire – assurance maladie complémentaire – prise en charge – recouvrement des cotisations sociales – exonération – déduction fiscale.

Textes de référence : articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale ;
article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 ;
arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code.

Textes abrogés ou modifiés : article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

Annexes :

annexe n° 1 : montant du dépassement en dehors du parcours de soins coordonnés ;
 annexe n° 2 : exemple d'application pratique de l'interdiction de prise en charge du dépassement en dehors du parcours de soins coordonnés pour une consultation de médecin spécialiste en secteur II.

PLAN DE LA CIRCULAIRE

- I.- PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF
 - A. – CHAMP DES AIDES CONCERNÉES
 - B. – CHAMP DES INTERDICTIONS ET OBLIGATIONS AU NIVEAU DES PRESTATIONS
 - 1. **Interdictions minimales de prise en charge**
 - 2. **Obligations minimales de prise en charge**
- II. – AMÉNAGEMENTS DU DISPOSITIF PRÉVUS PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006
 - A. – ENTRÉE EN VIGUEUR
 - 1. **Prévention**
 - 2. **Contrats collectifs obligatoires**
 - 3. **Garanties partielles**
 - B. – MISE EN CONFORMITÉ DES GARANTIES
 - 1. **Accord tacite**
 - 2. **Contrats de sortie de droit à la protection complémentaire en matière de santé**
- III. – INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS DE TARIFS EN DEHORS DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS
 - A. – DÉTERMINATION DU DÉPASSEMENT
 - B. – CALCUL DU MONTANT DE L'INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE DU DÉPASSEMENT DE TARIF APPLIQUÉ PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES CONVENTIONNÉS
- IV. – ÉTENDUE DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DES PRESTATIONS
 - A. – MÉDECIN TRAITANT ET MÉDECIN CORRESPONDANT
 - B. – COMBINAISON DES OBLIGATIONS LIÉES AU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET DES OBLIGATIONS LIÉES À LA PRÉVENTION
- V. – CHAMP DES INTERDICTIONS ET OBLIGATIONS AU NIVEAU DES PERSONNES COUVERTES

A. – ASSURÉ ET PERSONNES RATTACHÉES

B. – CONTRATS MULTIPLES POUR UN MÊME SOUSCRIPTEUR

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale subordonne progressivement, à partir du 1^{er} janvier 2006, le bénéfice d'aides fiscales et sociales pour les garanties d'assurance complémentaire de santé au respect de règles fixées par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

Ce nouveau dispositif, introduit par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, vise à prolonger, par des mécanismes incitatifs propres aux garanties d'assurance complémentaire de santé, les efforts entrepris au niveau de l'assurance maladie pour maîtriser l'évolution des dépenses des frais de santé par une modification des comportements à partir de la mise en place d'un parcours de soins coordonné.

Celui-ci se décline en deux volets :

- le passage du patient par le médecin traitant avant toute autre consultation (sauf exceptions prévues par la réglementation et la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes) ;
- l'autorisation donnée par le patient au professionnel de santé d'accéder et de compléter son dossier médical personnel. Ce nouveau dispositif a également pour ambition d'encourager une démarche de prévention en matière de santé.

Après une présentation générale du dispositif, dit des contrats « responsables », la présente circulaire apporte certaines précisions concernant l'application de ces nouvelles règles, notamment au regard des aménagements décidés par le législateur dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

I. – PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu de subordonner le bénéfice des aides fiscales et sociales sur les garanties d'assurance complémentaire de santé à la condition que celles-ci ne prennent pas en charge la participation forfaitaire de 1 euro sur les consultations et actes médicaux et sur les actes de biologie médicale (III à VI de l'article 57). Elle subordonne également, à compter du 1^{er} janvier 2006 (II de l'article 57), le bénéfice de ces aides au respect de règles d'interdictions et d'obligations de prise en charge totales ou partielles fixées par décret en Conseil d'État (I de l'article 57, qui crée un article L. 871-1 dans le code de la sécurité sociale).

A. – CHAMP DES AIDES CONCERNÉES

Le respect des règles fixées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale conditionne le bénéfice, par les opérations d'assurance concernées, des aides publiques suivantes :

- crédit d'impôt sur les contrats ou adhésions d'assurance complémentaire de santé souscrits ou effectués par les personnes résidant en France et dont les ressources excèdent le plafond prévu pour le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé instituée par l'article L. 861-1 du même code de la sécurité sociale au plus de 15 % (article L. 863-1 du code de la sécurité sociale) ;
- exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance revêtant un caractère collectif et obligatoire dans des limites fixées par décret (sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ; le régime transitoire prévu au IV de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui permet le maintien, jusqu'au 30 juin 2008, de l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales des contributions des employeurs au financement des prestations complémentaires de prévoyance instituées avant son entrée en vigueur n'est pas applicable aux garanties ne respectant pas les règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

- déduction du revenu brut des cotisations versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoire pour la détermination du revenu net imposable pour les salaires, pensions et rentes viagères (1° *quater* de l'article 83 du code général des impôts) ;
- déduction des primes de contrats d'assurance groupe de non salariés non agricoles en vue du versement de prestations de prévoyance complémentaire (contrats « Madelin ») et des cotisations aux régimes facultatifs d'assurance vieillesse pour la détermination des bénéfices industriels et commerciaux et bénéfices non commerciaux (deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts) ;
- exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance pour les contrats dits « solidaires », recouvrant les contrats collectifs obligatoires dont les primes ou cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et les contrats collectifs facultatifs et individuels qui, en sus du respect de la condition précédente, ne font pas l'objet de recueil d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture (15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts).

B. – CHAMP DES INTERDICTIONS ET OBLIGATIONS AU NIVEAU DES PRESTATIONS

1. Interdictions minimales de prise en charge

Les articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale déterminent les prestations qui ne peuvent être prises en charge par les organismes de protection sociale complémentaire pour bénéficier des aides précitées et qui recouvrent :

- la majoration de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) applicable, en application des articles L. 162-5-3, R. 322-1-1, D. 162-1-6 et D. 162-1-7 du même code, en l'absence de désignation d'un médecin traitant par l'assuré ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé préalablement par le médecin traitant ou le médecin correspondant (médecin vers lequel le patient a été orienté par son médecin traitant), en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie) ;
- à compter du 1^{er} juillet 2007, la modulation de la participation de l'assuré applicable, en application de l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale, en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder au dossier médical personnel ou à le compléter.

À ces interdictions de prise en charge, l'article 51 de la loi de finances rectificative pour 2004 a ajouté l'interdiction de prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations applicables en cas de consultation d'un médecin par un patient qui n'y a pas été adressé par son médecin traitant.

Pour les majorations de la participation de l'assuré applicable en dehors de la désignation ou du passage par le médecin traitant ou médecin correspondant et en cas de refus d'accès et d'inscription sur le dossier médical personnel, l'interdiction de prise en charge est totale.

Pour les dépassements d'honoraires applicables en dehors de la désignation ou du passage par le médecin traitant, l'interdiction de prise en charge vaut sur le montant du dépassement appliqué à la consultation ou, s'il s'agit d'un acte technique plus onéreux, sur le montant du dépassement applicable à la consultation.

2. Obligations minimales de prise en charge

Les articles L. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale déterminent les prestations qui doivent être prises en charge par les organismes de protection sociale complémentaire pour bénéficier des aides précitées et qui recouvrent :

- les prestations liées à la prévention ;
- les prestations liées aux consultations du médecin traitant et à ses prescriptions.

Pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant, l'obligation est fixée à hauteur de 30 % du tarif servant de base au remboursement par l'assurance maladie.

Pour les médicaments remboursables par l'assurance maladie au taux le plus élevé (vignette blanche correspondant à un service médical rendu important) prescrits par le médecin traitant ou le médecin correspondant, l'obligation est fixée à hauteur de 30 % du tarif servant de base au remboursement par l'assurance maladie. Par ailleurs, l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu la mise en place d'un taux temporaire de participation de l'assuré de 85 % pour certains médicaments à service médical rendu insuffisant, mais sans entraîner parallèlement une obligation de prise en charge au titre des règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant ou le médecin correspondant, l'obligation est fixée à hauteur de 35 % du tarif servant de base au remboursement par l'assurance maladie.

Dans tous les cas précédents, l'obligation de prise en charge est plafonnée au montant des frais exposés.

Pour deux prestations de prévention prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, parmi une liste fixée par arrêté du 8 juin 2006, l'obligation de prise en charge est totale pour la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

II. – AMÉNAGEMENTS DU DISPOSITIF PRÉVUS PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 54) a procédé à certains aménagements de ce dispositif, concernant son entrée en vigueur et les modalités de mise en conformité des garanties.

A. – ENTRÉE EN VIGUEUR

L'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fixé au 1^{er} janvier 2006 l'application de ce dispositif conditionnant le bénéfice des aides fiscales et sociales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 n'a pas modifié cette date d'entrée en vigueur.

Toutefois, pour tenir compte des besoins de délais d'adaptation des organismes de protection sociale complémentaire dans certains cas de figure particuliers, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 diffère son entrée en vigueur dans des cas précis.

1. Prestations de prévention

Le respect des obligations de prise en charge des prestations liées à la prévention est **reporté au 1^{er} juillet 2006** pour toutes les garanties nouvelles ou en cours à cette date et pour tous les opérateurs d'assurance complémentaire. À compter de cette date, les garanties devront alors prendre en charge au moins deux prestations de prévention parmi une liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006. Il appartient aux organismes de protection sociale complémentaire de ne proposer que des prestations couvrant une population suffisamment large eu égard aux catégories concernées par chacune des deux prestations figurant dans la liste : par exemple, une prestation de prévention s'adressant uniquement aux personnes âgées ne pourra pas être proposée par un organisme de protection sociale complémentaire s'adressant exclusivement à des populations jeunes.

2. Contrats collectifs obligatoires

Le législateur a **reporté au 1^{er} juillet 2006** l'application des règles subordonnant le bénéfice des aides fiscales et sociales pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel.

Le code du travail distingue à son article L. 132-1 les conventions collectives, qui ont vocation à traiter des questions d'emploi, de formation professionnelle et de travail et des garanties sociales des salariés, des accords collectifs qui ont vocation à traiter un ou des sujets dans cet ensemble. Il distingue par ailleurs, à ses articles L. 132-1 et L. 132-18, d'une part les conventions collectives de branches et accords collectifs professionnels et interprofessionnels, d'autre part les conventions et accords collectifs d'entreprise dont le champ d'application est limité à l'entreprise ou au groupe.

Le champ des garanties concernées étant défini selon les termes mêmes des articles précités du code du travail se trouve donc strictement délimité par ceux-ci.

3. Garanties partielles

Le législateur a **reporté au 1^{er} janvier 2008** le délai de mise en conformité aux nouvelles règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale des garanties prenant en charge uniquement, soit les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation (ce qui exclut les garanties prenant en charge en outre les dépenses faisant suite à une hospitalisation), soit les médicaments et les dispositifs inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Le régime transitoire applicable jusqu'au 30 juin 2008, prévu au IV de l'article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, rappelé au I/A ci-dessus, n'est pas applicable aux garanties ne respectant pas les règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence, le report de mise en conformité avec ces règles au 1^{er} janvier 2008, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pour les garanties partielles mentionnées au paragraphe précédent, ne peut être prorogé jusqu'au 30 juin 2008.

B. – MISE EN CONFORMITÉ DES GARANTIES

1. Accord tacite

Le VIII de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit que les entreprises régies par le code des assurances puissent proposer aux assurés une modification de leur contrat sans recueillir leur accord exprès à condition que la modification proposée vise exclusivement à mettre le contrat en conformité avec les règles fixant les interdictions et obligations de prise en charge prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. Toute clause supplémentaire dans la modification proposée rendrait donc cette procédure illégale.

De même, pour que cette procédure soit légale, la proposition de modification doit être notifiée à l'assuré par écrit, ainsi que les conséquences juridiques, fiscales, sociales (maintien des aides fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale) et tarifaires (montant de prime induit par la modification proposée et montant de prime induit par un refus de cette modification) qu'elle entraîne.

En cas de silence gardé pendant plus de trente jours à compter de cette notification, le souscripteur est réputé avoir accepté les modifications proposées. La charge de la preuve du respect de ce délai incombe à l'entreprise régie par le code des assurances. Les modifications de garanties entrent en vigueur au plus tôt un mois après expiration du délai de trente jours.

S'agissant d'une procédure dérogatoire à la règle habituelle de recueil de l'accord exprès du souscripteur pour toute modification au contrat, ses règles doivent être scrupuleusement respectées. L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, mentionnée à l'article L. 310-12 du code des assurances, est chargée de veiller au respect de cette procédure par les organismes assureurs concernés.

2. Contrats de sortie de droit à la protection complémentaire en matière de santé

Les prolongations d'adhésion ou de contrat offertes à l'expiration du droit à la protection complémentaire en matière de santé (couverture maladie universelle complémentaire), prévues à l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée, doivent prévoir la prise en charge des mêmes prestations, à l'exception de celles qui sont incompatibles avec les règles prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. La seule incompatibilité existante, dans le cadre juridique actuel, concerne la prise en charge de la majoration de la participation de l'assuré applicable en l'absence de désignation du médecin traitant, de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou de refus d'accès au dossier médical personnel.

Les prolongations d'adhésion ou de contrat précitées entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2006 doivent prévoir que ces majorations de participation ne sont pas prises en charge (la majoration concernant le dossier médical personnel n'entrant en vigueur qu'au 1^{er} juillet 2007, la clause correspondante prévoyant qu'elle n'est pas prise en charge pourra être introduite ultérieurement, dans un délai compatible avec cette entrée en vigueur). Pour les prolongations d'adhésion ou de contrat en cours au 1^{er} janvier 2006, et jusqu'au terme de la période de prolongation d'un an, le bénéficiaire des aides fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance et crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 du même code) n'est pas conditionné par ces nouvelles dispositions.

Au contraire, dès l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État prévu par le cinquième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale (introduit par le VI de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006), prévoyant la suppression de la prise en charge par la protection complémentaire en matière de santé de ces majorations de participation, les prolongations d'adhésion ou de contrat en cours à cette date doivent les supprimer à cette même date.

III. – INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE DES DÉPASSEMENTS DE TARIFS EN DEHORS DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

A. – DÉTERMINATION DU DÉPASSEMENT

Les garanties d'assurance complémentaire de santé mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ne peuvent pas prendre en charge le dépassement d'honoraires applicable par les médecins spécialistes conventionnés (à tarifs opposables comme à honoraires libres) lorsqu'ils sont consultés par un patient qui n'a pas désigné de médecin traitant ou par un patient qui n'a pas été adressé vers eux par leur médecin traitant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement ou d'accès direct prévu par la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. C'est cette convention qui fixe le mode de calcul du montant maximal du dépassement pouvant être appliqué à ce titre. Ce plafond est fixé, compte tenu des tarifs applicables au 31 mars 2006, pour une consultation de spécialiste de droit commun, à huit euros à cette même date. Si le tarif de la consultation est différent, par exemple pour les cardiologues, c'est le mode de calcul conventionnel qui s'applique (cf. détail du mode de calcul en annexe n° 1). Ce dépassement s'applique également aux actes techniques pratiqués par les médecins.

B. – CALCUL DU MONTANT DE L'INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE DU DÉPASSEMENT DE TARIF APPLIQUÉ PAR LES MÉDECINS SPÉCIALISTES CONVENTIONNÉS

Pour les médecins à tarifs opposables (secteur I), l'interdiction de prise en charge posée par le 2° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale s'applique, pour les consultations, au dépassement autorisé en dehors du parcours de soins coordonné tel que défini au A ci-dessus, plafonné à huit euros à compter du 31 mars 2006 pour une consultation de spécialiste de droit commun. Si le montant facturé par le médecin est inférieur à ce plafond, l'interdiction de prise en charge vaut sur le montant facturé.

Pour les médecins à honoraires libres (secteur II), l'interdiction de prise en charge posée par le 2° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale oblige, pour les consultations, les garanties d'assurance complémentaire de santé à laisser à la charge de l'assuré, adhérent ou membre participant, au titre du dépassement de tarif, au moins le montant du dépassement applicable en dehors du parcours de soins coordonnés. Un exemple du mode de calcul est détaillé en annexe n° 2.

Enfin, pour les actes techniques, l'interdiction de prise en charge posée par le 2° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale est limitée au montant du dépassement applicable aux actes cliniques (consultations).

IV. – ÉTENDUE DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DES PRESTATIONS

A. – MÉDECIN TRAITANT ET MÉDECIN CORRESPONDANT

En application du dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les règles que doivent respecter les garanties d'assurance complémentaire de santé pour bénéficier d'aides fiscales ou sociales prévoient la prise en charge totale ou partielle des prestations liées aux consultations du médecin traitant et à ses prescriptions. Sachant que, d'une part, le médecin correspondant est consulté, selon les termes utilisés par le législateur, sur prescriptions du médecin traitant, d'autre part la consultation du médecin correspondant et ses prescriptions sont totalement liées à la consultation du médecin traitant et sont donc partie intégrante du parcours de soins coordonnés, le décret en Conseil d'État pris pour l'application de ces dispositions a prévu que le niveau de prise en charge minimal qu'il fixe pour les consultations et prescriptions du médecin traitant s'applique également aux consultations et prescriptions du médecin correspondant (dernier alinéa du I de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

B. – COMBINAISON DES OBLIGATIONS LIÉES AU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET DES OBLIGATIONS LIÉES À LA PRÉVENTION

Pour bénéficier des aides fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les garanties doivent prendre en charge au moins deux prestations de prévention parmi une liste qui sera établie par arrêté, ainsi que les consultations et prescriptions du médecin traitant et du médecin correspondant. Il est donc possible qu'une prestation de prévention choisie dans la liste ait été prescrite par le médecin traitant ou le médecin correspondant. Dans ce cas, il devra être fait application de la disposition la plus avantageuse pour la personne couverte. Par exemple, s'il s'agit un médicament remboursable par l'assurance maladie en application du 11° de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale (médicament à vignette blanche), la prise en charge de la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale devra être intégrale.

Si le médecin traitant ou le médecin correspondant prescrit une prestation de prévention figurant dans la liste mais qui n'a pas été choisie par le contrat ou règlement, l'obligation de prise en charge sera celle qui est prévue au titre du parcours de soins coordonnés (I de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Il est également possible qu'une prestation de prévention prise en charge par le contrat ou le règlement au titre du II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale ait été prescrite en dehors d'une prescription par le médecin traitant ou le médecin correspondant. Dans ce cas, la participation de l'assuré au sens du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est intégralement prise en charge mais la majoration de participation applicable en dehors de la désignation ou du passage par le médecin traitant ou médecin correspondant est exclue de la prise en charge. De même, le dépassement de tarif applicable dans ce cas ne peut être pris en charge.

V. – CHAMP DES INTERDICTIONS ET OBLIGATIONS AU NIVEAU DES PERSONNES COUVERTES

A. – ASSURÉ ET PERSONNES RATTACHÉES

Les interdictions et obligations de prise en charge s'appliquent pour l'ensemble des personnes couvertes par la garantie d'assurance complémentaire.

À titre d'exemple, dans le cas particulier des garanties complémentaires du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou de certains régimes spéciaux, les obligations de prise en charge sont réduites de sorte qu'elles n'excèdent pas le montant des frais exposés par les personnes couvertes, compte tenu notamment du bénéfice éventuel du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire ou du régime spécial concerné. Dans le cas où deux personnes sont couvertes par une garantie d'assurance complémentaire commune à ces deux personnes dont l'une seule bénéficie du régime local obligatoire ou du régime spécial alors que l'autre bénéficie d'une prise en charge de base de droit commun, la réduction des obligations de prise en charge par la garantie d'assurance complémentaire ne s'applique que pour le bénéficiaire du régime local obligatoire.

B. – CONTRATS MULTIPLES POUR UN MÊME SOUSCRIPTEUR

Pour prétendre au bénéfice des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et au crédit d'impôt dans le cadre de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé, mentionné à l'article L. 863-1 du même code, le respect des interdictions et des obligations de prise en charge prévues à l'article L. 871-1 du même code s'apprécie pour chaque contrat ou règlement d'assurance complémentaire de santé souscrit par une même personne ou auquel une même personne a adhéré.

Toutefois, afin de prendre en compte des pratiques existantes, je ne suis pas opposé à ce que le bénéfice de ces aides soit également accordé au souscripteur ou adhérent, personne physique ou morale, de plusieurs contrats ou règlements, auprès d'un même organisme de protection sociale complémentaire ou d'organismes différents qui, outre les autres conditions définies aux sixième et huitième alinéa de l'article L. 242-1 et à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, respectent globalement à la fois les règles d'interdictions et les règles d'obligations de prise en charge minimales prévues aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, par exemple, peut prétendre au bénéfice de ces aides, s'il respecte les autres conditions précitées, le contrat ou règlement qui respecte les interdictions posées à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale mais qui ne respecte pas ou pas totalement les obligations minimales de prise en charge posées à l'article R. 871-2 du même code dès lors que le même souscripteur ou adhérent a également souscrit un autre contrat ou adhéré à un autre règlement qui respecte également les règles d'interdiction et complète les garanties de telle sorte que les exigences liées aux obligations minimales de prises en charge soient globalement respectées.

Pour pouvoir bénéficier de cette analyse globale des contrats ou règlements et ainsi prétendre à l'aide prévue aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, le souscripteur ou adhérent doit toutefois être en mesure d'apporter aux organismes chargés du contrôle la preuve que l'ensemble des garanties est conforme aux dispositions de l'article L. 871-1 du même code.

Cette preuve peut être apportée par le souscripteur ou adhérent par tout moyen, notamment par la production, à l'occasion des contrôles, d'attestations délivrées par les organismes de protection sociale complémentaire, mettant en évidence :

- l'identification précise des contrats et règlements d'assurance complémentaire de santé du souscripteur ou adhérent ;
- la détermination, pour chaque contrat ou règlement, du contenu des prestations prises en charge avec leur niveau de prise en charge et des prestations exclues de la prise en charge.

S'agissant du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, pour un contrat ou règlement respectant intégralement les interdictions de prise en charge posées à l'article R. 871-1 du même code mais ne respectant pas les obligations posées à l'article R. 871-2 du même code, il appartient à l'organisme de protection sociale complémentaire bénéficiaire de ce crédit d'impôt d'apporter la preuve (en sus du respect des autres conditions précitées attachées à ce crédit d'impôt) que la somme des garanties couvertes auprès du bénéficiaire respecte globalement les règles d'interdictions et d'obligations de prise en charge posées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 précités (tous les contrats ou règlements doivent respecter les interdictions et la somme des contrats ou règlements doit couvrir l'intégralité des obligations minimales).

Lorsqu'un contrat est souscrit ou une adhésion effectuée auprès de plusieurs organismes de protection sociale complémentaire, les renseignements demandés au souscripteur ou à l'adhérent doivent être limités à ce qui est strictement nécessaire à l'appréciation globale des conditions d'octroi du crédit d'impôt. En particulier, l'organisme de protection sociale complémentaire n'a à prendre connaissance ni d'un contrat souscrit par l'assuré ou d'un règlement auquel il a adhéré auprès d'un autre organisme de protection sociale complémentaire ni même du nom de ce deuxième organisme.

Faute de la production par le souscripteur ou par l'adhérent des éléments nécessaires à cette appréciation globale, le contrat ou l'adhésion n'est pas éligible au crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale.

L'établissement et les organismes chargés de contrôler les aides mentionnées aux sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1 et à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale effectueront des opérations de contrôle dans les conditions de droit commun. Ils sont toutefois invités à prendre en compte, pour les contrôles opérés au cours de l'année 2006, les contraintes juridiques et techniques auxquelles le souscripteur ou adhérent et l'organisme de protection sociale complémentaire ont été confrontés ainsi que les diligences effectuées pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du même code.

Je ne suis pas opposé, pour les contrôles opérés au titre de la première année de mise en œuvre, à ce que le constat de non conformité se traduise pour ces souscripteurs, adhérents ou organismes de protection sociale complémentaire, par une lettre d'observations les mettant en demeure de se mettre dans les meilleurs délais en conformité avec la législation en vigueur.

Pour le ministre et par délégation,
Le directeur de la sécurité sociale,

Signé

Dominique LIBAULT

ANNEXE N° 1

MONTANT DU DÉPASSEMENT EN DEHORS
DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Point 1.4.4 de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005 (secteur I)

« Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés. »

Point 4.3, d, dernier alinéa de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005 (secteur II)

« Lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, est réputée correspondre aux dépassements définis à l'article 1.4.4 la partie inférieure aux plafonds fixés par cet article. »

Actes cliniques (consultations)

Le montant facturé en secteur I ne doit pas excéder plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés, arrondi à l'euro supérieur.

montants en euros	médecin spécialiste (droit commun)			cardiologie		
	métropole	Guadeloupe, Martinique, Guyane	Réunion	métropole	Guadeloupe, Martinique, Guyane	Réunion
consultation	23,00	25,30	27,60	45,73	50,61	52,44
majoration provisoire clinicien (MPC)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
majoration de coordination spécialiste (MCS) ¹	3,00	3,00	3,00	3,27	3,27	3,27
ou majoration de coordination cardiologue (MCC) ¹						
TOTAL	28,00	30,30	32,60	51,00	55,88	57,71
montant maximum facturé	28 + (17,5 % de 28) = 32,90	30,30 + (17,5 % de 30,30) = 35,6025	32,60 + (17,5 % de 32,60) = 38,305	51 + (17,5 % de 51) = 59,925	55,88 + (17,5 % de 55,88) = 65,659	57,71 + (17,5 % de 57,71) = 67,80925
arrondi à	33,00	36,00	39,00	60,00	66,00	68,00
tarif applicable sans dépassement :	23 + 2 = 25,00	25,30 + 2 = 27,30	27,60 + 2 = 29,60	45,73 + 2 = 47,73	50,61 + 2 = 52,61	52,44 + 2 = 54,44
consultation + MPC ²						
montant du plafond de dépassement autorisé	33 - 25 = 8,00	36 - 27,30 = 8,70	39 - 29,60 = 9,40	60 - 47,73 = 12,27	66 - 52,61 = 13,39	68 - 54,44 = 13,56

¹ : tarif au 31 mars 2006, en application de l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

² : pas d'application de la MCS puisque réservée au parcours de soins coordonné.

montants en euros	psychiatrie et neuropsychiatrie		
	métropole	Guadeloupe, Martinique, Guyane	Réunion
consultation	34,30	37,73	41,16
majoration provisoire clinicien (MPC)	2,70	2,70	2,70
majoration de coordination spécialiste (MCS) ¹	4,00	4,00	4,00
TOTAL	41,00	44,43	47,86
montant maximum facturé	41 + (17,5 % de 41) = 48,175	44,43 + (17,5 % de 44,43) = 52,20525	47,86 + (17,5 % de 47,86) = 56,2355
arrondi à	49,00	53,00	57,00
tarif applicable sans dépassement : consultation + MPC ²	34,30 + 2,70 = 37,00	37,73 + 2,70 = 40,43	41,16 + 2,70 = 43,86
montant du plafond de dépassement autorisé	49 - 37 = 12,00	53 - 40,43 = 12,57	57 - 43,86 = 13,14

¹ : tarif au 31 mars 2006, en application de l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.
² : pas d'application de la MCS puisque réservée au parcours de soins coordonné.

Actes techniques

Aux termes du 2° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, l'interdiction de prise en charge vaut sur le montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques, donc à hauteur de 8 euros pour une consultation de droit commun en métropole.

Exemple de calcul du montant de dépassement en dehors du parcours de soins coordonné pour un acte technique :

cholecystectomie, par cœlioscopie pratiquée par un chirurgien de secteur I (bénéficiant donc des coefficients de majoration J et K) :

tarif de base = 263,03 €

J = 6,5 % de 263,03 = 17,10 €

K = 11,5 % de 263,03 = 30,25 €

tarif opposable = 263,03 + 17,10 + 30,25 = 310,38 €

Dépassement autorisé en dehors du parcours de soins coordonné = 17,5 % de 310,38 = 54,32 €

Interdiction de prise en charge : alignée sur le montant du dépassement en dehors du parcours de soins coordonné prévu pour la consultation, soit une interdiction de prise en charge à hauteur de 8 euros pour une consultation de droit commun en métropole.

ANNEXE N° 2

EXEMPLE D'APPLICATION PRATIQUE DE L'INTERDICTION DE PRISE EN CHARGE DU DÉPASSEMENT EN DEHORS DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS POUR UNE CONSULTATION DE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN SECTEUR II

Honoraires du médecin spécialiste de secteur II : 40 €
 Prise en charge par la garantie d'assurance complémentaire : plafond de 150 % du tarif conventionnel minoré de la part prise en charge par l'assurance maladie et de la participation forfaitaire (1 €)

Tarif conventionnel : 23 €
 Dépassement de tarif : 17 €

Part assurance maladie : $(70 \% \text{ de } 23 \text{ €}) - 1 \text{ €} - 2,30 = 12,80 \text{ €}$

Remboursement par la garantie d'assurance complémentaire avant mise en conformité avec la règle prévue à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale :

$(150 \% \text{ de } 23) - 12,80 - 1 = 20,70 \text{ €}$, dont :

- ticket modérateur normal : 30 % de 23 € = 6,90 €
- majoration de ticket modérateur : 10 % de 23 € = 2,30 €
- dépassement de tarif = 11,50 €

Tableau de concordance entre avant et après mise en conformité avec la règle prévue à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale :

Part minimum restant à la charge de l'assuré sur les dépassements de tarif : 8 € au 31 mars 2006, en application de l'avenant n° 12 du 3 mars 2006 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005.

montants en euros

consultation de médecin spécialiste (droit commun) en métropole en dehors du parcours de soins coordonné	assurance maladie	assurance complémentaire avant mise en conformité	assurance complémentaire après mise en conformité
part normale sur TC (ticket modérateur normal)	70 % du TC = 16,10	30 % du TC = 6,90	30 % du TC = 6,90
participation forfaitaire	- 1,00	0	0
part supplémentaire sur TC (majoration de ticket modérateur)	- 10 % du TC = - 2,30	10 % du TC = 2,30	0
dépassement	0	11,50	17 - 8 = 9,00
TOTAL	12,80	20,70	15,90

TC = tarif conventionnel

Décomposition par étapes des opérations conduisant à la mise en conformité avec la règle prévue à l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale avec plusieurs exemples de montant d'honoraires du médecin spécialiste de secteur II :

dé-pense réelle	prise en charge AMO dans le parcours de soins	prise en charge AMC dans le parcours de soins	prise en charge AMO hors parcours de soins	prise en charge AMC hors parcours de soins avant interdiction DA ¹	total remboursement hors parcours de soins avant interdiction DA
consultations	70 % TC – PF (1 €)	dépense réelle dans la limite de 150 % TC – AMO dans le parcours – PF)	70 % TC – PF – majo TM (10 % TC dans la limite de 2,50 € = 2,30 €)	dépense réelle dans la limite de 150 % TC – AMO hors parcours – PF – majo TM	AMO hors parcours + AMC hors parcours avant interdiction DA
1	2	3	4 = 2 – 2,30€	5	6 = 4 + 5
30 €	15,10 €	13,90 €	12,80 €	13,90 €	26,70 €
40 €	15,10 €	18,40 €	12,80 €	18,40 €	31,20 €
42,50 €	15,10 €	18,40 €	12,80 €	18,40 €	31,20 €
50 €	15,10 €	18,40 €	12,80 €	18,40 €	31,20 €
75 €	15,10 €	18,40 €	12,80 €	18,40 €	31,20 €
100 €	15,10 €	18,40 €	12,80 €	18,40 €	31,20 €

dé-pense réelle	reste à charge hors parcours de soins hors interdictions (PF + majo TM) avant interdiction DA	prise en charge AMC corrigée 1 hors parcours de soins après interdiction DA avant plafond de prise en charge AMC hors parcours de soins	prise en charge AMC corrigée 2 hors parcours de soins après interdiction DA après plafond de prise en charge AMC hors parcours de soins	total remboursement hors parcours de soins après interdiction DA	reste à charge définitif hors parcours de soins hors autres interdictions (PF + majo TM)
consultations	dépense réelle – AMO hors parcours avant interdiction DA – PF – majo TM	AMC hors parcours avant interdiction DA – 8 € + reste à charge hors parcours hors interdictions avant interdiction DA	prise en charge AMC corrigée 1 hors parcours dans la limite de 150 % TC – AMO hors parcours – PF – majo TM = limite de 150 % de 23 – 12,80 – 1 – 2,30)	AMO hors parcours + AMC corrigée 2 hors parcours	dépense réelle – total remboursement hors parcours après interdiction DA – PF – majo TM
1	7 = 1 – 4 – 5 – 1€ – 2,30€	8 = 5 – 8€ + 7	9	10 = 4 + 9	11 = 1 – 10 – 1€ – 2,30€
30 €	0	6,90 € ²	6,90 €	19,70 €	7,00 €
40 €	5,50 €	15,90 €	15,90 €	28,70 €	8,00 €
42,50 €	8,00 €	18,40 €	18,40 €	31,20 €	8,00 €
50 €	15,50 €	25,90 €	18,40 €	31,20 €	15,50 €
75 €	40,50 €	50,90 €	18,40 €	31,20 €	40,50 €
100 €	65,50 €	75,90 €	18,40 €	31,20 €	65,50 €

¹ : interdiction DA = règle d'interdiction de prise en charge du dépassement autorisé hors parcours de soins (8 € pour une consultation de spécialiste de droit commun en métropole)
² : il faut dans cet exemple retrancher 7 € au lieu des 8 € habituels puisque le DA est limité à 7 € dans ce cas (dépassement de tarif appliqué par le médecin = 30 – 23 = 7 €)

AMC = assurance maladie complémentaire
 AMO = assurance maladie obligatoire
 majo TM = majoration de ticket modérateur hors parcours de soins
 PF = participation forfaitaire
 TC = tarif conventionnel

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code

NOR : SANS0621979A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé et des solidarités, le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 871-1 et R. 871-2 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;

b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;

c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;

d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;

e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;

b) Coqueluche : avant 14 ans ;

c) Hépatite B : avant 14 ans ;

d) BCG : avant 6 ans ;

e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;

f) *Haemophilus influenzae* B ;

g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Art. 2. – Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2006. Toutefois, les dispositions du douzième alinéa de l'article 1^{er} (6) s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur de l'inscription de l'acte d'ostéodensitométrie sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, si cette date d'entrée en vigueur est postérieure au 1^{er} juillet 2006.

Art. 3. – Le directeur général des impôts et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 8 juin 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,*
PHILIPPE BAS