

## NOTE D'INFORMATION

### LE CONTRAT RESPONSABLE



### RÉFORME DU CONTRAT RESPONSABLE

Un contrat responsable vise à **garantir un niveau de remboursement minimum et optimal aux patients** qui respectent le parcours de soins coordonnés.

Désormais il a également pour ambition de limiter la progression des tarifs de certains professionnels de santé, notamment les spécialistes, et de mieux réguler les frais d'optique.

Les contrats responsables bénéficient de règles fiscales favorables, car ils sont taxés à 7 % au lieu de 14%.

Les contrats non responsables sont ainsi pénalisés :

- > pas d'exonération de charges sociales sur la cotisation patronale,
- > réintégration de la contribution salariale dans l'assiette de l'impôt sur le revenu,
- > taux de taxe spéciales sur les conventions d'Assurance à 14%.

### QUEL IMPACT SUR VOTRE GARANTIE ?

L'Article R.871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret du 18 novembre 2014, définit les nouveaux planchers et plafonds de garanties que doivent respecter les contrats responsables.

Sont désormais inclus :

#### 1. La prise en charge de l'intégralité ticket modérateur

Le contrat responsable doit obligatoirement prendre en charge la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais suivants :

- > les frais de cure thermale,
- > les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- > l'homéopathie.

**Pas de changement  
dans le cadre de  
votre garantie**

## 2. La prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier de manière illimitée

Le décret prévoit que les contrats responsables doivent prendre en charge l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers (y compris les séjours psychiatriques en milieu hospitalier).  
Par conséquent, les structures d'hébergement médico-sociales sont exclues de cette prise en charge.

Amélioration de  
votre garantie

## 3. La prise en charge minimale et plafonnement des remboursements pour les équipements optique en fonction de la correction

Les garanties optiques devront respecter six combinaisons de planchers et plafonds selon les corrections optiques.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, **par période de deux ans**.

**Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.**

Modification de  
votre garantie avec  
une paire de  
lunettes tous les 2  
ans

Corrections	Plancher	Plafond
Correction « simple »	50 €	470 €
Correction mixte : 1 verre « simple » et 1 verre « complexe »	125 €	610 €
Correction « complexe »	200 €	750 €
Correction mixte : 1 verre « simple » et 1 verre « très complexe »	125 €	660 €
Correction mixte : 1 verre « complexe » et 1 verre « très complexe »	200 €	800 €
Correction « très complexe »	200 €	850 €
➤ <b>Dont prise en charge maximum pour la monture</b>	-	150 €

## 4. Plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut excéder un montant égal à 100% du tarif opposable, soit un maximum de 200 % de la base de remboursement avec le remboursement SS,
- cette prise en charge doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité.

**Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires factures par les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins** (ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire).

**Modification de votre garantie pour intégrer la différenciation des remboursements pour les médecins hors contrat d'accès aux soins**

## LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

### Comment ça fonctionne ?

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est signé entre l'Assurance Maladie et certains professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, y compris du secteur hospitalier) afin de limiter les dépassements d'honoraires.

### Pourquoi choisir un médecin adhérent au CAS ?

En choisissant un médecin adhérent au CAS, vous diminuez votre reste à charge. En effet, votre complémentaire santé prend en charge, de manière privilégiée, les dépassements d'honoraires des médecins adhérents à ce contrat (votre contrat frais de santé SDIS 1 et SDIS2 prévoit la prise en charge de ces dépassements). Si votre médecin n'est pas adhérent au CAS, vous augmentez votre reste à charge.

Ainsi, depuis le 1er janvier 2016 et suite à une obligation réglementaire de la Sécurité sociale, la majorité des contrats d'assurance santé doivent moins bien rembourser les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents au CAS.

### Comment savoir si votre médecin est adhérent au CAS ?

- Interrogez-le directement.
- Rendez-vous sur le site de l'Assurance Maladie [www.ameli-direct.fr](http://www.ameli-direct.fr) – rubrique : choisir un professionnel de santé ou un établissement de soins. Si aucune information sur le CAS n'est précisée, votre médecin n'est pas adhérent à ce contrat.

## FLASH INFO SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 234,1 milliards d'euros en 2010, soit 12,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 175 milliards d'euros et s'élève à **2 698 euros par habitant**.

### La maîtrise des dépenses de santé

Pour éviter une diminution de la qualité des soins et leur rationnement, la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de santé est évoquée. L'augmentation de l'offre et des dépenses de santé sont les principales causes du déséquilibre du budget de l'Assurance maladie.

Les mesures de réduction des coûts de la médecine de ville doivent responsabiliser les professionnels de santé. Il s'agit aussi d'inciter les usagers à consommer moins, à modifier leurs comportements, avec la mise en place d'une politique de prévention (campagnes d'information) et l'instauration du parcours de soins coordonnés (choix du médecin traitant pour limiter le nomadisme médical).

La participation des patients augmente à travers la mise en place du ticket modérateur (part qui reste à leur charge), la participation forfaitaire de 1 € et de 18 € sur les actes lourds, le forfait hospitalier journalier, la franchise sur les médicaments, sur les actes d'auxiliaires médicaux, sur les transports sanitaires et le déremboursement de médicaments pour limiter la demande. Le développement de la politique du médicament se met en place avec la prescription de médicaments génériques.

Le vieillissement de la population, mais aussi les progrès technologiques et médicaux, contribuent à faire progresser les dépenses de santé.

## ETAT DES LIEUX DE VOTRE CONSOMMATION MEDICALE

### Au titre de l'année 2015 comparé à l'année 2014 sur l'ensemble des contrats actifs et retraités :

- Baisse des prestations dentaires : -12 % représentant un montant cumulé de 516 334 €
- Faible baisse de la consommation en optique : - 3% représentant un montant cumulé de 416 562 €
- Augmentation des prestations hospitalisation : + 53 % représentant un montant cumulé de 476 376 €
- Augmentation des prestations du poste allocations (ostéopathie entre autre) : + 9 % représentant un montant cumulé de 172 129 €

TOTAL DES PRESTATIONS VERSEES SUR L'ANNEE : 2 499 937 € ( 4 738 personnes protégées)

### Tendance 2016 (extraction faite au 31 août 2016) sur l'ensemble des contrats actifs et retraités :

- Le montant des dépenses a fortement progressé en ce début d'année 2016 + 105 000 € soit + 13 % par personne protégée.

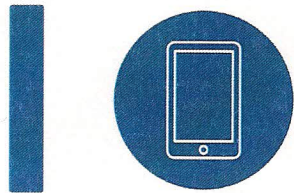
- La stabilité du poste hospitalisation vient d'une forte baisse des soins hospitaliers des retraités, les autres postes sont en progression
- Augmentation des remboursements prothèses dentaires
- Allocations (ostéopathie en autre)
- Optique

TOTAL DES PRESTATIONS EXTRAPOLEES SUR L'ANNEE 2016 (résultat non définitif): 2 736 778 €

(4 734 personnes protégées)

**Eovi Mcd mutuelle** met tout en œuvre pour assurer un service de qualité auprès du SDMIS et de ses adhérents, et nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez.

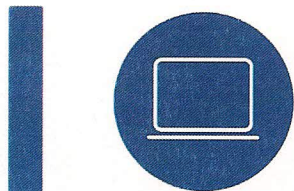
Pour plus d'informations, [CONTACTEZ-NOUS](#) :



Par téléphone :

▶ N°Cristal 09 69 32 22 56

APPEL NON SURTAXE



Sur notre site Internet :  
[eovi-mcd.fr](http://eovi-mcd.fr)