



ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Du nouveau dans les contrats responsables

Mis en ligne le **mardi 30 juin 2015**

Depuis le 1er avril 2015, les règles attachées aux contrats responsables avec les organismes complémentaires ont été redéfinies et complétées. De nouvelles mesures sont prévues.



A compter du 1er avril 2015 est entré en vigueur un nouveau cahier des charges visant à redéfinir et compléter les règles attachées aux contrats responsables. Outre un renforcement des règles existantes, sont notamment prévues les nouvelles mesures suivantes :

Forfait journalier hospitalier

Un contrat responsable doit désormais prévoir le remboursement de :

- > L'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation (avec ou sans hébergement) et sur les consultations et les actes externes des établissements de santé, excepté les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Dépendantes (EHPAD),
- > l'intégralité du forfait hospitalier, sans limitation de durée.

Consultations, actes et médicaments divers

De façon générale, le contrat responsable doit rembourser l'intégralité du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, y compris la prévention.

Sont exceptées : les cures thermales, les soins homéopathiques et tous les médicaments remboursés à 15 ou 30 % par l'assurance maladie en raison d'un service médical rendu estimé faible ou modéré.

Optique

Pour les frais d'optique, un système de seuils et de plafonds de remboursement des verres et des montures est instauré, avec création de six niveaux de remboursement, en fonction de la correction prescrite.

L'assuré obtiendra un remboursement forfaitaire compris entre 50 € et 470 € pour un équipement le plus simple, et pour les plus adaptés entre 200 € et 850 €, tandis qu'un maximum autorisé de 150 € est prévu pour le remboursement de la seule monture.

Dépassements d'honoraires et contrats d'accès aux soins

Les contrats responsables encouragent les assurés à consulter les médecins qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins. Néanmoins, ils peuvent prévoir la prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins.

Dans ce cas, la prise en charge sera limitée, en 2015 et 2016, à 125% du tarif de responsabilité, puis à 100% de ce tarif à compter de 2017.

Dernière mise à jour de l'article : 17/11/2015