

CONTRAT MUTUELLE D'ENTREPRISE

- **Obligatoire** : à partir du 1^{er} Janvier 2016 pour toutes les entreprises.
- **Collectif** : même contrat pour tous les employés de l'entreprise.
- **Responsable** : plafonné pour limiter les dépenses de santé.
- **Solidaire** : pas de questionnaire médical, pas de variation des tarifs selon la santé

EN TANT QU'EMPLOYEUR

- **Obligation** de proposer un contrat de mutuelle responsable à ses salariés, prenant effet au 1^{er} janvier 2016. Ce contrat est **collectif** mais on peut différencier les contrats pour les employés et ceux pour les cadres.
- Paiement d'au moins 50% du tarif, uniformément pour tous les employés.
- La partie payée par l'employeur est exonérée de charges sociales.
- Tarif : Environ 25 € /salarié/mois pour le contrat minimum obligatoire dit « **Panier de Soins** ». Tarif dégressif selon le nombre de contrats.
- Options supplémentaires (appelées **surcomplémentaires**) facultatives mais obéissant aux règles responsables et solidaires.
- L'employeur peut s'assurer, en Madelin si libéral.
- Tous les contrats de mutuelle souscrits à partir du 1^{er} avril 2015 doivent être **responsables** (pour responsabiliser le patient).
- Tous les autres contrats de mutuelle devront être modifiés pour devenir responsables lors de leur renouvellement (maximum 31 déc. 2017) sinon ils seront taxés de façon plus importante (ce qui engendre une augmentation de la cotisation). En pratique tous nos contrats de santé (mutuelle et assurance) sont déjà aux normes responsables.
- Contrat **solidaire**, mais...le tarif dépend de l'âge des employés, du nombre de cadres, de la localisation, de l'activité, du sexe, bref...du risque de consommation de soins !

EN TANT QUE SALARIE

- La part de mutuelle payée par l'employeur est **imposable**.
- La part payée par le salarié est déductible dans la limite de plafonds légaux.
- Nécessite souvent une **surcomplémentaire** à la charge du salarié.
- Possibilité d'assurer ses ayants-droits.
- Possibilité de refuser la mutuelle :
 - Si le salarié veut garder sa mutuelle : le salarié doit alors fournir une attestation d'assurance et sa date d'échéance (tous les ans).
 - Si la part mensuelle qu'il doit payer est supérieure à 10% de son salaire mensuel

EN TANT QUE PATIENT

- Obligation de respecter le parcours de soin coordonné.
- La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations.
- La mutuelle prend en charge 2 prestations liées à la prévention (liste précise).
- La mutuelle rembourse mieux les soins faits par un médecin adhérent au C.A.S que ceux faits par un médecin en secteur II non adhérent au C.A.S. (Contrat d'Accès aux Soins, issu de la négociation de l'avenant 8 de la convention).

		Sécurité Sociale	PANIER DE SOINS (Contrat minimum)	Avec SURCOMPLEMENTAIRE
PHARMACIE		100% 30% 15%	100% 30% et homéopathie 15%	100% TM ¹
MEDECINE IMAGERIE CHIRURGIE (100% TM ¹)	Secteur I	70% TM ¹	100% TM ¹	100% TM ¹
	Secteur II	70% TM ¹	100% TM ¹	Plafond max ² à 200% du TM ¹ (225% en 2016)
	C.A.S.	70% TM ¹	100% TM ¹	Pas de plafond obligatoire ³
HOSPITALISATION		80%	100% Forfait Hospitalier (18€/j) sans limite de durée (13,50€/j en psychiatrie)	100% FH (+ transport, chambre particulière,...)
BIOLOGIE		60% TM ¹	100% TM ¹	100% TM ¹
OPTIQUE		60% TM ¹	100% TM ¹	1 paire tous les 2 ans sauf évolution de la vue ou mineurs Montures : 150€ maximum Verres 100€ à 850€ maximum selon correction
PARAMEDICAL		60% TM ¹	Pas de règle	Pas de règle
CURE THERMALE		65%	Remboursement incomplet	Pas de règle
DENTAIRE		60% TM ¹	100% TM ¹ + 25% de dépassement	Pas de règle
PROTHESES, AUTRE		60%	Pas de règle	Pas de règle

¹ TM = ticket modérateur ou tarif opposable, moins 1€ de participation forfaitaire pour les consultations.

² Plafond limité à 20% de moins que le taux de remboursement du dépassement pour un soin par un médecin adhérent au C.A.S.

³ sachant que le C.A.S. limite théoriquement les dépassements à 100%, et que le taux choisi limite le remboursement des soins en secteur II.

EN TANT QUE MEDECIN

- Le cabinet médical, la SCM ou la SEL sont des entreprises assujetties aux règles de contrat responsable.
- Les contrats responsables sont faits pour responsabiliser les patients sur le parcours de soin, diminuer les dépassements d'honoraires et diminuer le coût des lunettes. Les patients sont moins bien remboursés pour les soins d'un médecin en secteur II.
- Sans faire l'apologie du **Contrat d'Accès au Soins**, on remarque que les médecins qui ne remplissent pas les engagements (maintien des tarifs stables, en dessous de 100% de dépassement et maintien du nombre d'acte en tarif opposable), ne bénéficient pas de la prise en charge d'une partie de leur cotisation sociale, mais restent adhérents au C.A.S. Ainsi leurs patients bénéficient d'un meilleur remboursement par la sécurité sociale (MCS, MPC, et certains actes CCAM) et dorénavant d'une meilleure prise en charge par la mutuelle (pas de plafond)...

Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

Décret no 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

Accord National Interprofessionnel (ANI) de janvier 2013 instaurant la complémentaire santé obligatoire