



## Réforme de la complémentaire santé : attention à l'expression des garanties

A l'aube de la réforme de la généralisation de la complémentaire santé, histoire d'éviter quelques mauvaises surprises de dernière minute, il est bon de s'arrêter sur l'expression des garanties stipulées dans l'accord de branche et/ou entreprise.



La date du 1er janvier 2016 approche à grands pas sur le front de la réforme de la généralisation de la complémentaire santé : vacances hivernales décomptées, il reste désormais à peine un mois aux différents acteurs en jeu pour être parfaitement prêt à supporter cette échéance.

Le temps des branches étant (quasiment) conclu sur ce front, c'est au tour des entreprises de s'activer dans cette ultime ligne droite pour les dernières encore en réflexion ou cours de mise en place. Parmi les points sur lesquels les employeurs se doivent de redoubler de vigilance histoire d'éviter de malencontreux soucis, l'expression des garanties.

Pourcentages de la base de remboursement, du plafond mensuel et/ou annuel de la Sécurité sociale (PMSS/PASS), voire expression sur la base des frais réels : ce vocable peut rebuter, paraître peu clair pour les entreprises et les salariés voire, même, être sources d'erreurs... qu'un contrôle URSSAF, par exemple, ne se manquera pas de souligner.

L'encadrement des garanties entraîné par les réformes de la généralisation de la complémentaire santé et des contrats responsables a été ainsi l'occasion de redéfinir les tableaux de garanties, que ce soit pour les branches professionnelles dans le cadre d'accords de branche ou pour les entreprises.

>> A LIRE. Panier minimum de soins : ce que la complémentaire santé devra - a minima - prendre en charge

L'optique est un poste de dépense qui peut se révéler piégeux : à la fois concerné par le « panier de soins ANI » et les contrats responsables, il est particulièrement surveillé et, souvent, doit être révisé pour les branches et entreprises ayant passé des accords avant l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 ouvrant la voie à la réforme de la généralisation.

« Il est bon de privilégier les expressions en euros » note Pierre-Alain Boscher, directeur métier protection sociale au sein du cabinet d'actuariat **Optimind** Winter. Exprimer des garanties optiques en pourcentage de la base de remboursement (entendu, au sens de la Sécurité sociale) n'a ainsi absolument aucun intérêt, voire même peut prêter à confusion : une prise en charge à 300% BR équivaut ainsi, même pour un équipement optique mixte ou complexe... à 30 euros tout au

plus, bien loin des planchers du « panier de soins ANI ». « A éviter : les expressions de garanties en %PMSS, %BR et en pourcentage des frais réels en-deça de 100% », ajoute M. Boscher.

Autre difficulté propre à l'optique : les dioptries. Entre les verres simples, complexes et hypercomplexes (les trois cas définis par le décret définissant le panier minimum de soins) et la gamme des combinaisons mixtes (un simple/un complexe, un complexe/un hypercomplexe, un simple/un hypercomplexe, ces trois combinaisons étant soumises à des plafonds de prise en charge différents avec le nouveau périmètre des contrats responsables), il peut être difficile de s'y retrouver. Inutile ainsi d'ajouter de la complexité : limiter, par exemple, la distinction des remboursements selon ces définitions bien précises suffira amplement.

>> A LIRE. Des planchers et plafonds de remboursement définis en optique

A noter également, le cas du ticket modérateur. Le panier de soins comprend ainsi la prise en charge intégrale de ce TM (sauf quatre exceptions bien précises : cures thermales, homéopathie et ex-vignettes bleues et oranges du côté des médicaments) : dans le cadre d'une couverture basée sur un panier ANI strict, une mention 100%TM suffira. Dans le cas contraire, en cas de prise en charge d'une partie des dépassements d'honoraires, le mieux est ici de s'exprimer en %BR (base de remboursement) – notamment vis-à-vis des consultations médicales, à l'intérieur ou hors du cadre du contrat d'accès aux soins (CAS). Là aussi, les expressions en pourcentage du PMSS/PASS se justifient difficilement ; de même, là où l'expression en euros est pertinente en optique au vu de l'expression monétaire des garanties optiques, elle a ici peu d'intérêt.

Les deux derniers postes de dépenses inclus dans le panier minimal de soins, le dentaire et l'hospitalisation, ne devraient pas poser de souci : la couverture de ces frais au sein du panier laisse place à l'imagination (125% de la base de remboursement des soins dentaires et prise en charge du forfait journalier hospitalier) et la réforme des contrats responsables ne les concerne que fort modérément (non-prise en charge du forfait journalier au sein des « établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) »).

Suivez-nous sur les réseaux sociaux en un clic : Suivre @Gensante2016