

1 ▼ C'est quoi ?

Le contrat responsable en vigueur depuis 2006, vise à inciter chaque assuré à respecter le parcours de soins coordonnés pour bénéficier d'une bonne prise en charge de ses dépenses de santé. Il prévoit notamment la **prise en charge minimale de certains soins**.

Depuis 2015, le nouveau cahier des charges du contrat responsable intègre des **plafonds de remboursements pour des actes ciblés**. Ces plafonds sont applicables à l'ensemble des contrats collectifs de frais de santé depuis le 1^{er} janvier 2018.



La réglementation définit précisément :

- les garanties minimales "responsables" des régimes collectifs de frais de santé,
- des plafonds pour réguler les dépassements d'honoraires et les tarifs de l'équipement lunettes.

2 ▼ Des avantages non négligeables

Particulièrement avantageux, le régime fiscal et social des contrats responsables permet notamment de bénéficier :

- **d'exonérations de charges sociales** pour les cotisations versées par l'employeur (dans la limite d'un certain plafond),
- **d'un taux de taxe de solidarité additionnelle** (TSCA rénovée) de 13,27 % au lieu de 20,27 %,
- pour les salariés, d'une **deductibilité de la cotisation salariale pour l'impôt sur le revenu**.



Pour bénéficier de ces avantages, les régimes collectifs de frais de santé doivent respecter les niveaux minimum et maximum de remboursements prévus par la réglementation.

3 ▼ Quels sont les niveaux minimum de remboursements ?

- Consultations & Actes médicaux (soins de ville et hôpital) :
→ **Ticket modérateur**
- Frais de pharmacie⁽¹⁾ :
→ **Ticket modérateur**
- Prothèses dentaires & Orthopédie dento-faciale :
→ **Ticket modérateur**
- Forfait journalier hospitalier⁽²⁾ :
→ **Dans son intégralité et sans limitation de durée !**

⁽¹⁾ pas d'obligation de prise en charge pour les médicaments de 30% à 15%, l'homéopathie et les cures thermales - ⁽²⁾ sauf pour les établissements médico-sociaux

OPTIQUE	PLANCHERS
Verres simples + monture	100 €
Verres complexes + monture	200 €
Verres très complexes + monture	200 €



Les franchises médicales ne sont pas prises en charge dans le cadre d'un contrat responsable.

Il s'agit de la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale.

Cela concerne aussi les franchises médicales applicables aux médicaments, actes paramédicaux et aux frais de transport.

4 ▼ Conséquences des Plafonds du contrat

IMPACT SUR L'OPTIQUE

Les remboursements de l'équipement verres et montures sont limités à :



LIMITES FORFAITAIRES AU 1^{er} JANVIER 2018 - Équipement optique (verres + monture)

Monture + 2 verres simples	maximum 470 €* maximum 470 €* maximum 470 €*
Monture + 2 verres complexes	maximum 750 €* maximum 750 €* maximum 750 €*
Monture + 2 verres très complexes	maximum 850 €* maximum 850 €* maximum 850 €*

* dont monture à 150 €

IMPACT SUR LES HONORAIRES MÉDICAUX

Les plafonds concernent les honoraires :

- des médecins **en milieu hospitalier** (chirurgiens, anesthésistes,...),
- **des médecins généralistes et spécialistes,**
- **de radiologie et de petite chirurgie.**

VOS GARANTIES AU 1 ^{er} JANVIER 2018	MÉDECINS ADHÉRENTS OPTAM ⁽¹⁾	MÉDECINS NON-ADHÉRENTS OPTAM ⁽¹⁾
<ul style="list-style-type: none"> → Généralistes → Spécialistes, → Radiologues → Actes chirurgicaux → Hospitalisation 	Pas de plafond	<p>Maximum 100% du TM⁽²⁾ + 100% de la BR⁽³⁾</p> <p><i>La prise en charge doit être inférieure de 20 % au moins à celle perçue pour un acte pratiqué par un médecin adhérent à l'OPTAM (ou OPTAM-CO)</i></p>
<p>⁽¹⁾ OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾ TM : ticket modérateur ⁽³⁾ BR : Base de remboursement</p>		

L'OPTAM ou OPTAM-CO (destiné aux chirurgiens et obstétriciens) est un dispositif par lequel les médecins s'engagent, auprès de l'assurance maladie, à pratiquer des dépassements d'honoraires de manière modérée.

Les médecins éligibles à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO sont :

- Les médecins de secteur 2 ou DP ;
- Les médecins qui ont les titres requis pour accéder au secteur 2 et qui s'installent pour la 1^{ère} fois en libéral ;
- Par dérogation, les médecins qui ont les titres requis pour accéder au secteur 2 et qui sont installés antérieurement au 01/01/13 en secteur 1.

5 ▼ Ayez le bon réflexe...

Choisissez un médecin adhérent

Comment savoir si son médecin est adhérent ?

- Se renseigner **directement** auprès de lui.
- Se rendre sur <http://annuaire.sante.ameli.fr> puis saisir les coordonnées du médecin.

En choisissant un professionnel de santé adhérent à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) vos consultations et vos actes médicaux sont mieux remboursés !



Page d'accueil



Vous pouvez choisir un professionnel de santé ou un établissement de soins selon ses tarifs, les bases de remboursement, les spécialités ou encore les actes pratiqués



Affichez les professionnels de santé selon le type d'honoraires

- Honoraires sans dépassement (100)
- Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins) (25)
- Honoraires libres (22)
- Conventionné (212)

Résultat de votre recherche