



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SD/5-5D
DSS-SD5-BUREAU5D@sante.gouv.fr

SD/3-3C

Nicolai Ursula
☎ : 01.40.56. 73. 01
Ursula.nicolai@sante.gouv.fr
N° D-2018-000344

Paris, le 11 JAN. 2018

La directrice de la sécurité sociale

Au

directeur de l'Agence centrale
des organismes de sécurité
sociale

OBJET : Précisions sur les modalités de contrôle de la condition relative à la prise en charge différenciée des dépassements tarifaires des médecins dans le cadre des contrats frais de santé solidaires et responsables

Afin de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés au dispositif des « contrats responsables », les contrats de complémentaire santé, en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 77 de la loi du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, lorsqu'ils prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, doivent proposer une prise en charge différenciée de ces dépassements selon l'adhésion ou non du médecin à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Par courrier du 16 novembre 2017, il vous avait été indiqué les modalités de contrôle de ce critère. Ces instructions avaient été motivées par le remplacement des contrats d'accès aux soins (CAS), ancien dispositif de pratique tarifaire de maîtrisé, par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Il vous avait particulièrement été indiqué qu'à compter du 1er janvier 2018, la souscription et le renouvellement de contrats, règlements ou bulletins d'adhésion devraient faire mention explicite de l'OPTAM et de l'OPTAM-Co ou utiliser le terme générique de « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » en référence à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale pour pouvoir être qualifiés de « responsables ».

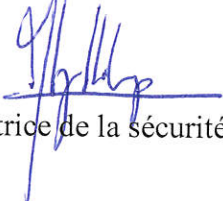
Pour les contrôles portant sur l'année 2018, il convient toutefois de préciser qu'en raison de difficultés techniques de mise à jour des documents contractuels pour certains organismes complémentaires, le maintien de la mention du CAS dans les contrats ne remettra pas en cause leur caractère responsable.

La prise en charge des honoraires des médecins adhérant à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO doit toutefois être garantie en 2018 dans les conditions définies à l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Les contrats souscrits ou renouvelés à partir du 1^{er} janvier 2019 devront faire mention explicite de l'OPTAM et de l'OPTAM-Co ou utiliser le terme générique de « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée » en référence à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale pour pouvoir être qualifiés de « responsables ».

Je vous remercie de mettre en œuvre ces instructions et de m'informer de toutes difficultés éventuelles que vous rencontreriez.

Mathilde Lignot-Leloup



Directrice de la sécurité sociale

Copie : M. Thierry Beudet, Président de la Fédération nationale de la mutualité française
M. Pierre MIE, Président du Centre technique des institutions de prévoyance
M. Bernard SPITZ, Président de la Fédération française de l'assurance