

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales

et de la santé

Décret

relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

NOR :

Publics concernés : *organismes d'assurance maladie complémentaire et leurs assurés.*

Objet : *détermination des règles que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées au dispositif des « contrats responsables ».*

Entrée en vigueur : *à compter de la date prévue au 3^{ème} alinéa de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.*

Notice : *Le présent décret définit le nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables » en application des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.*

Il précise ainsi le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées à ce dispositif.

Ainsi, ces contrats devront obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.

Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif du contrat d'accès aux soins sera limitée à 100% du tarif de la sécurité sociale et devra nécessairement être inférieure à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ce dispositif.

Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs où un équipement peut être remboursé tous les ans.

En outre, la prise en charge des soins dentaires est soumise, lorsque le contrat couvre ces soins au-delà du tarif de la sécurité sociale, à un plancher minimal afin d'assurer une meilleure couverture de la dépense et donc un meilleur accès des assurés à ce type de soins.

Enfin, il est créé un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, afin de suivre précisément l'évolution de ce secteur et de s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins.

Références : les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 863-1, L. 871-1 et R. 871-1;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date...;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du ...;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1^{er}

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. R. 871-2.* – Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

« 1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de l'article R. 322-1 ;

« 2° Dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5, dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable ;

« 3° Dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des frais exposés par l'assuré, en sus des tarifs de responsabilité, pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

« *a)* Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ;

« *b)* Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

« c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs ;

« d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

« e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

« f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 ;

« Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

« Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où il s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

« 4° Du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée. »

Article 2

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale.

Cet observatoire est chargé d'analyser les prix de vente, les caractéristiques et la qualité des équipements d'optique et leur niveau de couverture par les contrats complémentaires en santé. Il évalue les évolutions du marché des équipements d'optique, de l'accès des assurés à ces équipements et de la filière industrielle de ce secteur. Il remet, au plus tard le 30 juin de chaque année, au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, un rapport sur les pratiques constatées et formule, le cas échéant, des préconisations sur l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats complémentaires.

L'observatoire comprend des représentants :

- des services des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministère chargé de l'économie et de l'industrie ;
- de l'union nationale des caisses d'assurance maladie ;
- des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
- des distributeurs de dispositifs médicaux d'optique ;
- des fabricants de dispositifs médicaux d'optique ;
- des assurés.

La composition et les règles de fonctionnement de l'observatoire sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 3

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues aux 3^{ème} et 4^{ème} alinéas du II de l'article 56 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Par dérogation aux dispositions prévues au 2° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent décret, la limite de 100% est portée à 125% pour les soins délivrés en 2015 et en 2016.

Par dérogation aux dispositions du 2^{ème} alinéa de l'article 2, le premier rapport de l'observatoire est remis au plus tard le 30 juin 2016.

Article 4

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait, le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel SAPIN

Le secrétaire d'État au budget,
auprès du ministre des finances
et des comptes publics

Christian ECKERT

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales
et de la santé

Décret

relatif aux garanties de complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

NOR :

***Publics concernés :** Organismes d'assurance maladie complémentaire, leurs assurés et les entreprises.*

***Objet :** Détermination des garanties complémentaires santé des salariés.*

***Entrée en vigueur :** Le jour suivant la publication au Journal officiel de la République française.*

***Notice :** Le présent décret est pris en application de l'article 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Il précise le panier minimum des garanties qui doivent s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2016 aux salariés bénéficiant d'une couverture santé complémentaire à adhésion obligatoire. A ce titre doivent être pris en charge par le contrat collectif l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par les assurances maladie obligatoires, le forfait journalier hospitalier, ainsi que les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25% en plus des tarifs de responsabilité et celles d'optique de manière forfaitaire par période de deux ans à hauteur de 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et de 200 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue). S'agissant des salariés relevant du régime local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre des garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par ce régime ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites dans une proportion représentative du différentiel de prestations. Le décret précise également les conditions dans lesquelles les assurés peuvent être dispensés de la couverture santé au titre de l'adhésion obligatoire. Pour ce faire, il renvoie aux règles de dispense applicables aux contrats collectifs et obligatoires bénéficiant des exonérations de cotisations sociales.*

***Références :** Les dispositions du code de la sécurité sociale issues du présent décret peuvent être consultées sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).*

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 911-7 ;

Vu la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et notamment son article 1er ;

Vu l'avis du Conseil consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du XX ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la Mutualité en date du XX ;

Décète :

Article 1^{er}

Au titre premier du livre IX du code de la sécurité sociale, il est créé un chapitre 1er intitulé « Détermination des garanties complémentaires des salariés » comprenant trois articles numérotés D. 911-1 à D. 911-3 ainsi rédigés :

« *Art. D. 911-1.* – Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

« 1° sous réserve des dispositions des 3° et 4° ci-dessous, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés visée à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° dudit article, dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 ;

« 2° la prise en charge du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 sans limitation de durée ;

« 3° la prise en charge à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

« 4° un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

« *a)* 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 ;

« *b)* 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

« *c)* 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et à verres multifocaux ou progressifs ;

S'agissant des lunettes, ces forfaits s'appliquent pour les frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où ils s'appliquent pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

« *Art. D. 911-2.* – La décision unilatérale de l'employeur instituant une couverture minimale à adhésion obligatoire en application de l'article L. 911-7 peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à cet article.

« Art. D. 911-3. - Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L.911-1 prévoient en outre, à titre obligatoire, la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité au profit des ayants droit, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture des ayants droit, sous réserve que ces derniers soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f° du 2° de l'article R. 242-1-6. »

Article 2

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait, le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel SAPIN

Le secrétaire d'État au budget,
auprès du ministre des finances
et des comptes publics

Christian ECKERT

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la
santé

Décret n° du

Relatif au degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale

NOR :

Publics concernés : partenaires sociaux, entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, mutuelles relevant du code de la mutualité.

Objet : détermination du degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Entrée en vigueur : immédiate.

Notice : La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit que les accords professionnels ou interprofessionnels peuvent instituer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif. Lorsque les partenaires sociaux recommandent un ou plusieurs organismes assureurs pour organiser la gestion des risques visés à l'article L. 911-2, ils doivent prévoir de manière obligatoire l'institution de ce degré élevé de solidarité. Le présent décret définit la nature des garanties et des prestations qui caractérise un degré élevé de solidarité ainsi que leurs modalités de gestion et de mise en œuvre.

Références : les textes modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr/>). Le présent décret est pris pour l'application de l'article 14 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 911-1 et L. 912-1 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la mutualité en date du 11 juin 2014 ;

Vu l'avis du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du XX 2014 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1er

Le livre neuvième de la deuxième partie du code de la sécurité sociale est complété par un titre premier ainsi rédigé :

« Titre premier

« Dispositions générales relatives à la protection sociale complémentaire des salariés.

« *Art. R. 912-1.* – Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 912-1 prévoient la part de la prime ou de la cotisation acquittée qui sera affectée au financement de ces prestations. La part de ce financement est au moins égale à 2 % de la prime ou de la cotisation.

« *Art. R. 912-2.* – Les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 912-1 peuvent prévoir :

« a) une prise en charge, totale ou partielle, de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier des dispenses d'adhésion prévues au b) du 2° de l'article R. 242-1-6 ainsi que de la cotisation de tout ou partie des salariés, apprentis ou anciens salariés dont la cotisation devant être acquittée représente au moins 10 % de leurs revenus bruts ;

« b) le financement d'actions de prévention de santé publique ou des risques professionnels qui pourront revêtir la forme de relais de la politique de santé publique notamment des campagnes nationales d'information ou de programme de formation ou visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer la qualité de vie des salariés. Les actions de prévention peuvent prendre la forme de formations, de réunions d'information, de guides pratiques, d'affiches, d'outils pédagogiques intégrant des thématiques de sécurité, et comportements en termes de consommation médicale ;

« c) la prise en charge de prestations d'action sociale, comprenant notamment :

- A titre individuel : l'attribution, lorsque la situation matérielle des intéressés le justifie, d'aides et de secours individuels aux salariés, anciens salariés, et ayants droits.
- A titre collectif : des aides face à la perte d'autonomie pour l'hébergement en foyers pour handicapés, en faveur des enfants handicapés ayants droit, ou des aidants familiaux.

Les orientations des actions de prévention ainsi que les règles de fonctionnement et les modalités d'attribution des prestations d'action sociale sont déterminées librement par la commission paritaire de branche. Celle-ci contrôle la mise en œuvre de ces orientations par les organismes auprès desquels les entreprises organisent la couverture de leurs salariés.

Article 2

La ministre des affaires sociales et de la santé, est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, du ministre des finances et du budget et du ministre du travail et de l'emploi,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 911-1 et L. 912-1 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la mutualité en date du XX 2014 ;

Vu l'avis du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du XX 2014 ;

Décète :

Article 1er

Le chapitre 1^{er} du titre premier du livre neuvième de la troisième partie du code de la sécurité sociale est complété par une section II ainsi rédigée :

« Section II

« Dispositions relatives à la procédure de mise en concurrence préalable des organismes dans le cadre des recommandations en matière de garanties collectives complémentaires.

« *Art. D. 912-1.* – Lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels définis à l'article L. 911-1 recommandent un ou plusieurs organismes mentionnés à l'article 1er de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 pour la couverture des risques visés à l'article L. 911-2, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats. Cette procédure de mise en concurrence est également obligatoire à chaque réexamen de la clause de recommandation.

« La commission paritaire est responsable du respect de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, elle veille à la mise en œuvre des principes de transparence de la procédure, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les organismes candidats.

« Les organisations syndicales d'employeurs et de salariés, représentatives de la branche professionnelle, peuvent mettre en place une commission paritaire spéciale chargée de mettre en œuvre cette procédure. Cette commission est issue de la commission paritaire et est composée au minimum de quatre personnes.

« La commission paritaire, ou la commission paritaire spéciale le cas échéant, peut se faire assister au cours des étapes de la procédure définie au présent article, par un ou des experts nommés en fonction de leur expérience professionnelle.

« Dans tous les cas, le choix final mentionné au IV de l'article D. 912-6 relève de la seule compétence de la commission paritaire.

« Les membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale, ainsi que le ou les experts sont soumis à une obligation de confidentialité.

« *Art. D. 912-2.* – Toutes les réunions concernant la procédure de mise en concurrence font l'objet d'un compte-rendu soumis à l'approbation des membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale.

« *Art. D. 912-3.* – I. – Un avis d'appel à la concurrence est publié dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales et dans une publication spécialisée dans le secteur des assurances.

« II. – La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale communique également l'avis d'appel à la concurrence aux fédérations des organismes assureurs et aux organisations syndicales et patronales de la branche professionnelle concernée qui peuvent mettre en ligne l'information sur leur site officiel. Ces communications mentionnent la date de publication de l'avis dans la publication habilitée à recevoir des annonces légales et la publication spécialisée du secteur des assurances.

« *Art. D. 912-4.* – L'avis d'appel à la concurrence comporte les éléments suivants :

« 1° Les conditions de recevabilité des candidatures. L'avis définit le délai de dépôt des candidatures, ainsi que leurs modalités d'envoi. Ce délai ne peut être inférieur à cinquante deux jours à compter de la date de publication de l'avis d'appel à la concurrence ;

« 2° Les conditions d'éligibilité des candidatures, notamment concernant les agréments nécessaires pour pratiquer les opérations d'assurance du régime définies par les partenaires sociaux. L'avis peut comporter les conditions afférentes aux comptes annuels et à l'expérience préalable des candidats en matière de protection sociale complémentaire collective. La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale peut imposer la communication des éléments qu'elle juge nécessaires, notamment ceux relatifs à la solvabilité des candidats ou ceux lui permettant de s'assurer qu'ils ne font pas l'objet d'une procédure de retrait d'agrément ;

« 3° Les critères d'évaluation des offres, ainsi que leur pondération ou leur hiérarchisation ;

« 4° Le nombre maximum d'organismes qu'il est prévu de recommander.

« *Art. D. 912-5.* – A leur demande, la commission paritaire ou la commission paritaire spéciale adresse à chacun des candidats le cahier des charges, ainsi que les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population en cause.

Le cahier des charges comporte les éléments suivants : les garanties souhaitées et, éventuellement, les services attendus, la durée maximale de la clause de recommandation, l'assiette et la structure des cotisations, les objectifs de sécurité et de qualité recherchés, le mode de tarification souhaité et les conditions de révision des tarifs ainsi que les modalités d'organisation et de financement d'éléments de solidarité.

« Le cahier des charges précise les modalités de suivi du régime en cours de contrat et les obligations qui incomberont à ou aux organismes recommandés, notamment en termes d'information aux entreprises et aux salariés relevant de la branche.

« Le cahier des charges détermine les conditions de réexamen périodique de la clause de recommandation et précise les obligations incombant à l'organisme ou aux organismes recommandés lors de ce réexamen.

« *Art. D. 912-6.* – I. – La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale respecte une stricte égalité de traitement entre les organismes candidats, ainsi que, dans le cas d'une procédure de réexamen périodique, entre le ou les organismes déjà recommandés et les organismes candidats.

« II. Seuls peuvent être ouverts les plis qui ont été reçus au plus tard à la date et à l'heure limites qui ont été annoncées dans l'avis d'appel à la concurrence. Tout dossier reçu hors délai ou incomplet est irrecevable.

« III. Les candidatures qui n'ont pas été écartées en application des dispositions prévues au II du présent article sont examinées au regard des conditions d'éligibilité définies dans l'avis d'appel à la concurrence.

« IV. La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale procède ensuite à l'examen des offres des différents candidats. Les offres sont analysées au regard du cahier des charges et sont classées en fonction des critères d'évaluation. Le candidat, ou le cas échéant les candidats, évalués le plus favorablement sont retenus.

« *Art. D. 912-7.* – A chaque étape de la procédure de mise en concurrence définie à l'article D. 912-6, les organismes qui ne sont pas retenus sont informés de ce refus par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de quinze jours ouvrés à compter de la décision de la commission paritaire ou la commission paritaire spéciale. Le refus est motivé au regard des conditions de recevabilité et d'éligibilité, ou bien au regard des critères d'évaluation.

« Les candidats non retenus peuvent demander, par lettre recommandée avec accusé de réception, des compléments d'information sur les raisons pour lesquelles la commission paritaire ou la commission paritaire spéciale n'a pas retenu leur dossier. La commission paritaire ou la commission paritaire spéciale dispose de deux mois à compter de la réception de la demande pour répondre.

« *Art. D. 912-8.* – La procédure de sélection du ou des organismes recommandés doit être impartiale. Lorsque la liste des candidatures recevables et éligibles est arrêtée par la commission paritaire ou la commission paritaire spéciale, chacun des membres a l'obligation de déclarer, dans un délai de huit jours, s'il est en situation de conflit d'intérêts. Cette déclaration s'impose également, et dans le même délai, pour toute nouvelle situation de conflit d'intérêts dans laquelle un des membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale pourrait être placé pendant toute la durée de la procédure de mise en concurrence. La composition de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale peut être communiquée à tous les candidats qui en font la demande

« Est considérée comme une situation de conflit d'intérêts le cas où l'un des membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale exerce une activité salariée ou bien exerce ou a exercé, au cours des cinq dernières années, des fonctions délibérantes ou dirigeantes, au sein des organismes candidats ou du groupe dont ces organismes sont membres.

« *Art. D. 912-9.* – Les membres de la commission paritaire ou de la commission paritaire spéciale, qui eu égard à leur déclaration apparaissent en situation de conflit d'intérêts, ne peuvent prendre part à aucune réunion en lien avec la procédure de sélection des offres. La ou les organisations syndicales concernées disposent de la possibilité de remplacer le ou les membres concernés lorsque la commission paritaire ou la commission paritaire spéciale traite de ces sujets.

« *Art. D. 912-10.* – A l'issue de la procédure de mise en concurrence, aucun membre de la commission paritaire ne peut exercer une activité salariée ou de fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein du ou des organismes recommandés pendant cinq ans.

« *Art. D. 912-11.* – Lorsque la commission paritaire, ou la commission paritaire spéciale le cas échéant, décide de nommer un ou plusieurs experts du fait de leur expérience professionnelle, ces derniers sont tenus de déclarer, préalablement à leur nomination, toute

situation de conflit d'intérêts dans laquelle ils pourraient être placés vis-à-vis des personnes physiques membres de ces commissions ainsi que vis-à-vis de tous les organismes candidats.

« Art. D. 912-12. – Les organismes candidats sont tenus de joindre au dossier de candidature la liste des relations commerciales et des conventions financières, conclues ou poursuivies au cours de l'année civile précédant la publication de l'avis d'appel à la concurrence, avec des organisations syndicales et patronales de la branche professionnelle concernée.

« Art. D. 912-13. – Lorsque les partenaires sociaux déposent une demande d'extension d'une convention ou d'un accord collectif comportant une clause de recommandation, ils doivent également déposer les documents fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé du budget et du ministre chargé du travail.

Article 2

La ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'économie et des finances, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget et le ministre du travail et de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le

Par le Premier ministre :

Manuel Valls

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Le ministre du travail et de l'emploi

François REBSAMEN

Le ministre des finances et du budget,

Michel SAPIN

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la
santé

Décret n° du

pris pour l'application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale relatif à la mise en concurrence des contrats d'assurance complémentaires de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code

NOR : AFSS1411758D

Publics concernés : bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ; entreprises d'assurance relevant du code des assurances, institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale, mutuelles et unions relevant du code de la mutualité.

Objet : détermination de la procédure de mise en concurrence transparente des contrats de complémentaire en santé éligibles à l'ACS

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication

Notice : L'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit une procédure de mise en concurrence des organismes assureurs dans le respect des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination et selon des modalités prévues par décret. Cette procédure vise à sélectionner des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels éligibles au bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1. Le présent décret fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats éligibles à l'aide via notamment la publication d'un avis d'appel à la concurrence qui comprendra les conditions de recevabilité et d'éligibilité des candidatures ainsi que le cahier des charges de la prestation attendue et les critères d'évaluation des offres. Le décret introduit également des règles visant à assurer l'égalité de traitement des candidats tout au long de la procédure et l'impartialité lors du choix des offres, notamment en prohibant les situations de conflits d'intérêt. Le décret prévoit également de faciliter l'utilisation de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé en permettant aux bénéficiaires de garder le bénéfice du droit pour souscrire un nouveau contrat.

Références : Les dispositions du code de la sécurité sociale modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 863-6 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du XX ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du XX ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du XX ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du XX ;

Vu l'avis du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières en date du XX ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la Mutualité en date du XX ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1^{er}

Le chapitre III du titre six du livre huit du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Au cinquième alinéa de l'article R. 863-1, les mots : « Sauf dans le cas prévu à l'article R. 863-4, » sont supprimés ;

II. - L'article R. 863-4 est ainsi rédigé :

« *Art. R. 863-4.* - Si le contrat prend fin au cours de la période définie au premier alinéa de l'article R. 863-3, l'organisme auprès duquel le contrat a été souscrit remet au bénéficiaire l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la période pendant laquelle il a exercé son droit à déduction. Le bénéficiaire remet ces attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat. »

III. - L'article R. 863-5 est ainsi modifié :

a) Le 2° est supprimé ;

b) Le quatrième alinéa est ainsi modifié :

Le « 3° » est remplacé par un « 2° »

Les mots : « à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à déduction. » sont remplacés par les mots : « les attestations mentionnées par l'article R. 863-4. »

IV. – Il est complété par neuf articles ainsi rédigés :

« *Art. R. 863-8.* – Pour la sélection des contrats prévue à l'article L. 863-6, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes candidats.

« Le ministre chargé de la sécurité sociale est responsable de la procédure de mise en concurrence. A ce titre, il veille à la mise en œuvre des principes de transparence, d'objectivité et de non-discrimination entre les organismes candidats.

« Il met en place, une commission chargée de la mise en œuvre et du contrôle de la procédure, dont la composition est fixée par arrêté.

« Ne peuvent pas être nommés comme membres de la commission des personnes ayant, au cours des trois dernières années, exercé une activité salariée ou des fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein d'un organisme complémentaire ou d'un groupement de ces organismes, et ayant entretenu une relation professionnelle à but lucratif avec ces organismes ou groupements.

« A l'issue de la procédure de mise en concurrence, aucun membre de la commission ne peut, pendant trois ans, exercer de fonctions délibérantes ou dirigeantes au sein des organismes dont l'offre aura été sélectionnée ou au sein du groupe dont ces organismes sont membres.

« Les membres de la commission sont soumis à une obligation de confidentialité et au secret des délibérations.

« *Art. R. 863-9.* – Un avis d'appel à la concurrence est publié au Journal officiel et au Journal officiel de l'Union Européenne.

« *Art. R. 863-10.* – La procédure repose sur les éléments suivants :

« 1° les caractéristiques principales de l'offre souhaitée sont définies dans l'avis d'appel à la concurrence auquel est joint le cahier des charges défini à l'article R. 863-11 ;

« 2° Sont recevables les candidatures déposées dans un délai défini dans l'avis d'appel à la concurrence, ne pouvant être inférieur à cinquante deux jours à compter de la date de publication de l'avis et respectant le format de candidature fixé dans le cahier des charges ;

« 3° Sont éligibles les candidatures des mutuelles ou unions relevant du code de la mutualité, des entreprises régies par le code des assurances ou des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, disposant d'un agrément en branche deux mentionné à l'article R. 211-2 du code de la mutualité, à l'article R. 321-1 du code des assurances et à l'article R. 931-2-1 du code de la sécurité sociale et respectant l'ensemble des critères et conformément aux règles fixées dans le cahier des charges. La candidature de plusieurs organismes assureurs sur une offre commune est éligible dans la mesure où sont respectées les règles d'éligibilité, les règles de la concurrence et la réglementation propre aux organismes d'assurance ;

« 4° les critères d'évaluation des offres qui permettent d'établir leur notation, reposent à la fois sur un critère de prix et des critères relatifs à la qualité de service définis dans l'avis d'appel à la concurrence, selon une pondération également définie dans l'avis susmentionné ;

« 5° La sélection sera opérée dans la limite d'un nombre d'offres et d'une note déterminée par rapport à l'offre la mieux notée, définis dans l'avis d'appel à la concurrence. Le nombre minimum d'offres retenues ne peut être inférieur à trois.

« Art. R. 863-11. – Le cahier des charges comporte les garanties demandées, notamment les conditions afférentes au bénéfice de la dispense d'avance de frais par les assurés, à l'encadrement des pratiques tarifaires et à l'interdiction de certaines clauses contractuelles relatives notamment à des conditions particulières de remboursement, de souscription ou de cotisation, ainsi que les services attendus. Il précise les obligations qui incomberont aux organismes dont l'offre aura été sélectionnée, notamment en termes d'information délivrée aux assurés. Il détermine les conditions de suivi et de réexamen périodique des contrats sélectionnés. Il rappelle les niveaux minima de prise en charge que les trois contrats composant l'offre, ci-après dénommés A, B et C, doivent garantir. Ces niveaux garantissent, dans le respect des articles R. 871-1 et R. 871-2, la couverture des frais engagés par l'assuré selon les modalités suivantes :

« 1° l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 10° et au 14° de l'article R. 322-1 ;

« 2° le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;

« 3° les frais exposés par l'assuré pour certains dispositifs médicaux à usage individuel soumis au remboursement et certains frais d'honoraires de praticiens, à hauteur des montants minima suivants, comprenant la participation des assurés définie au 1°, et dans les conditions ci-dessous :

« a) pour les dispositifs d'optique médical :

- par équipement à verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00, à 100 euros pour le contrat B et à 150 euros pour le contrat C ;

- par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et à verres multifocaux ou progressifs, à 200 euros pour le contrat B et à 350 euros pour le contrat C ;

- par équipement comportant un verre mentionné au deuxième alinéa et un verre mentionné au troisième alinéa du a), à 150 euros pour le contrat B et à 250 euros pour le contrat C ;

- pour les frais de lentilles, à 100 euros pour les contrats B et C ;

« b) pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes, respectivement pour les contrats A, B et C, à 125%, 225% et 300% du tarif de responsabilité pour les actes d'orthopédie dento-faciale et pour les prothèses dentaires ;

« c) pour les prothèses auditives, à hauteur de 450 euros par prothèse pour le contrat C.

« Art. R. 863-12. – « Seuls peuvent être ouverts, par la commission mentionnée à l'article R. 863-8, les plis qui ont été reçus au plus tard à la date d'expiration du délai de dépôt fixé conformément aux dispositions du 2° du R. 863-10.

« Les candidatures qui n'ont pas été écartées en application des dispositions du premier alinéa du présent article sont examinées, par la même commission, au regard des conditions d'éligibilité mentionnées au 3° de l'article R. 863-10.

« Les offres des différents candidats éligibles sont classées au regard du 4° de l'article

R. 863-10. Ce classement constitue l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article R. 863-8 au ministre en charge de la sécurité sociale.

« La liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et établie dans l'ordre des notes obtenues.

« Art. R. 863-13. – A chaque étape de la procédure de mise en concurrence définie aux deux premiers alinéas de l'article R. 863-12, la commission mentionnée à l'article R. 863-8 informe les organismes dont l'offre n'est pas recevable ou éligible par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Cette décision est motivée au regard des critères d'éligibilité et des critères de recevabilité.

« Les candidats dont l'offre n'a pas été sélectionnée sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12, peuvent demander, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, des compléments d'information sur les raisons pour lesquelles leur offre n'a pas été retenue. Le ministre chargé de la sécurité sociale, sur avis rendu par la commission mentionnée à l'article R. 863-8, dispose de deux mois à compter de la réception de la demande pour répondre.

« Art. R. 863-14. – La procédure de mise en concurrence prévue par l'article R. 863-8 est renouvelée tous les cinq ans.

« Art. R. 863-15. – S'il est constaté qu'un organisme ne respecte pas les engagements correspondant à l'offre sélectionnée, celle-ci peut être radiée de la liste mentionnée à l'article R. 863-12, après le recueil, par la commission mentionnée à l'article R. 863-8, dans un délai de deux mois à compter de la notification de ce constat, des observations écrites et, le cas échéant sur sa demande, orales de l'organisme.

« Dans ce cas, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de l'arrêté de radiation, les souscripteurs ou adhérents des conséquences de cette radiation au regard du bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2 et leur permet de changer de contrat dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de ladite information. A compter de la date de l'arrêté de radiation, les contrats correspondant à cette offre ne peuvent plus donner lieu à une souscription ou un renouvellement avec le bénéfice de l'aide mentionnée à l'article L. 863-2.

« Art. R. 863-16. – Lorsque le nombre d'offres figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 863-12 est réduit à moins de trois au cours de la période prévue à l'article R. 863-14, sous réserve que la durée restant à courir soit supérieure à douze mois, un nouveau délai de candidature de cinquante deux jours est ouvert à compter de la date de publication de l'arrêté modifiant la liste susmentionnée. Les offres sont sélectionnées dans les mêmes conditions que celles applicables à la sélection initiale et s'ajoutent à celles figurant sur la liste en vigueur, pour la période restant à courir avant expiration du délai prévu à l'article R. 863-14.

Article 2

Par dérogation à l'article R. 863-15 du code de la sécurité sociale, la première procédure de mise en concurrence mise en œuvre en application des dispositions du présent décret sera renouvelée à l'issue d'une période de trois ans.

Article 3

Le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'économie, du redressement productif et du numérique, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de

l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte parole du gouvernement, le secrétaire d'Etat au budget et la secrétaire d'Etat chargée du commerce, de l'artisanat, de la consommation et de l'économie sociale et solidaires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Marisol TOURAINE

Le ministre des finances et des comptes
publics,

Michel SAPIN

Le ministre de l'économie, du
redressement productif et du numérique,

Arnaud MONTEBOURG

Le ministre de l'agriculture, de
l'agroalimentaire et de la forêt, porte parole
du gouvernement

Stéphane LE FOLL

Le secrétaire d'Etat au budget,

Christian ECKERT

La secrétaire d'État chargée du commerce,
de l'artisanat, de la consommation et de
l'économie sociale et solidaires,

Carole DELGA

