



1 mutuelle, 2 informations = quelle application ?

Par **David60**, le **18/09/2015** à **18:20**

Bonjour,

Je me tourne vers vous pour une situation quelque peu aberrante concernant ma mutuelle santé.

J'ai renouvelé ma paire de lunettes, l'opticien s'est basé sur le fascicule de ma mutuelle et en fonction de mon contrat. Lors de ma visite finale pour récupérer mes nouvelles lunettes, l'opticien me fait part d'un taux de remboursement moindre que prévu initialement. J'avais heureusement sur moi mon dossier et mon contrat de ladite mutuelle. Le dossier comporte effectivement 2 fascicules récapitulant les remboursements selon le contrat choisi.

Etrangement, les 2 documents présentent des informations différentes (!) L'opticien a appelé ma mutuelle qui lui a dit d'appliquer le taux le plus faible (le contraire m'eut étonné).

Nous avons analysé les 2 fascicules avec l'opticien. Celui comportant le taux qui m'a été appliqué, est le fascicule estampillé en vigueur pour l'année 2015. Le second fascicule, aux taux plus avantageux, ne comporte aucune date sauf celle d'un décret d'application de loi du 18 novembre 2014. Fascicule qui est donc postérieur à cette date et présentant en toute logique des tarifs pour l'année 2015, même si ce n'est pas précisé.

Ma question est de savoir si, la mutuelle n'est pas tenue d'appliquer le taux de remboursement le plus avantageux pour l'usager, compte tenu des 2 informations différentes qui m'ont été transmises ? D'autant que l'absence de datation sur le second document (en dehors de celle du décret) est une erreur notoire.

Avant de me rendre chez l'organisme et pour éviter de me faire embobiner, y'a-t-il un article de loi qui statue ce genre de situation comme pour la grande distribution et leurs erreurs d'étiquetages?

Merci pour les informations que vous ne manquerez pas de m'apporter.

Par **miyako**, le **23/09/2015** à **10:37**

Bonjour

En savoir plus sur ce texte...

JORF n°0267 du 19 novembre 2014 page 19399

texte n° 22

DECRET

Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

NOR: AFSS1420950D

ELI: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/AFSS1420950D/jo/texte>

Alias: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/11/18/2014-1374/jo/texte>

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 : le texte entre en vigueur à compter du 1er avril 2015 à l'exception des contrats collectifs et

obligatoires pour lesquels la modification devra intervenir lors de la première modification de l'acte qui les institue et au

plus tard le 31 décembre 2017.

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 donc 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 pour l'ensemble des dépenses de santé, 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 125 % du tarif de la sécurité sociale dans un premier temps puis à 100 % de ce tarif à compter de

2017 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 ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

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, de la santé et des droits des femmes,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 863-1 et L. 871-1 ;
Vu la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifiée par la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, notamment son article 56 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 18 septembre 2014 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en date du 19 septembre 2014 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Au 1° de l'article R. 871-1 du code de la sécurité sociale, la référence à l'article L. 161-36-2 est remplacée par la référence à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

Article 2

L'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :
« 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° du même article ;

« 2° Si 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 de responsabilité 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 de responsabilité ;

« 3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture 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, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et 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 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« 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 hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries 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 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

« 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. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an ;

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

Article 3

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 dans laquelle s'inscrivent leur

production et leur distribution. Il remet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, au plus tard le 30 juin

de chaque année, un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant, le cas échéant, des préconisations sur

l'évolution de l'encadrement du secteur et des contrats d'assurance complémentaire.

L'observatoire comprend des représentants :

1. Des services des ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministère chargé de l'économie et de l'industrie ;
2. De l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
3. Des organismes d'assurance maladie complémentaire ;
4. Des distributeurs de dispositifs médicaux d'optique ;
5. Des fabricants de dispositifs médicaux d'optique ;
6. 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 4

Les dispositions du présent décret entrent en vigueur dans les conditions prévues aux troisième et quatrième 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 modifiée.

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 deuxième alinéa de l'article 3, le premier rapport de l'observatoire mentionné au premier alinéa du même article est remis au plus tard le 30 juin 2016.

Article 5

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

et le secrétaire d'Etat chargé du budget 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 18 novembre 2014.

Manuel Valls

Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Marisol Touraine

Le ministre des finances et des comptes publics,

Michel Sapin

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,

Christian Eckert

Je pense que vous aurez la réponse en lisant le décret .

C'est la conséquence de la mutuelle obligatoire

Amicalement vôtre

suji KENZO