

Dernière mise à jour le 13 août 2020

Mutuelle : un arrêté précise les informations que doivent contenir les contrats responsables

Un arrêté précise les informations que transmettront les organismes de mutuelle relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, maternité ou accident.

Sommaire

- Informations communiquées
- Rappel
- Contenu des informations à transmettre
- Rédaction des informations
- Entrée en vigueur
- Références

Informations communiquées

Rappel

Afin d'ouvrir droit au régime social de faveur, en application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, plusieurs conditions doivent être remplies, notamment celle du respect du cahier des charges des contrats responsables, qui comprend notamment une **condition d'information**.

Contenu des informations à transmettre

Pour l'application du 1^{er} alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance ou unions régies par le code de la sécurité sociale communiquent avant la souscription puis annuellement à chacun de leurs adhérents ou souscripteurs couverts par une garantie assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dans le cadre des **contrats responsables** :

1. Le **ratio**, exprimé en pourcentage, **entre le montant des prestations versées par l'organisme assureur pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés** par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance ;
2. Le **ratio**, exprimé en pourcentage, **entre le montant total des frais de gestion de l'organisme assureur au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes**, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

Rédaction des informations

Les informations précitées, sont libellées de manière lisible, claire et intelligible.

Elles sont complétées par une mention ainsi rédigée :

1. **Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par**

- une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.
2. Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Frais de gestion

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour :

- Concevoir les contrats ;
- Les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires) ;
- Les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) ;
- Et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Entrée en vigueur

Ces dispositions entreront en vigueur le **1^{er} septembre 2020**.

Signalons qu'en conséquence, l'arrêté du 17 avril 2012 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **est abrogé**.

Rappel du contenu de l'article L 871-1

Article L871-1

Modifié par LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 51 (V)

Modifié par LOI n°2018-1203 du 22 décembre 2018 - art. 52 (V)

Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural du 1^{er} quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis, du II et du 2^o du II bis de l'article L. 862-4 du présent code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 160-13 du présent code, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, et qu'elles respectent les règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des

assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 ainsi que de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L. 162-5.

Elles prévoient, en outre, la prise en charge totale ou partielle de tout ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, et du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

Elles fixent les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, en distinguant, le cas échéant, ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 de ceux des médecins non adhérents. Elles fixent également les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale. Ces conditions peuvent comprendre des plafonds de prise en charge distincts par catégorie de prestations notamment ainsi que, s'agissant des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et de certains dispositifs médicaux à usage individuel, des niveaux minimaux de prise en charge.

NOTA :

Conformément à l'article 51 III B de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018, les dispositions prises pour l'application de l'article L. 871-1 dans sa rédaction résultant de la présente loi s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020.

Les organisations liées par une convention de branche ou un accord professionnel permettant aux salariés de bénéficier de la couverture minimale prévue à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale engagent une négociation afin que la convention ou l'accord soient rendus conformes, avant le 1er janvier 2020, aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Les accords d'entreprise et les décisions unilatérales des employeurs permettant de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale sont adaptés dans les mêmes conditions, dans le respect, pour les décisions unilatérales, de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Références

[Arrêté du 6 mai 2020 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, JO du 5 juin 2020](#)