

Deux évolutions réglementaires viennent impacter les remboursements de Frais de Santé des salariés de votre entreprise. Nous vous invitons à communiquer ces informations auprès d'eux afin de leur permettre de bénéficier pleinement de leurs droits.

➤ **Dépassement d'honoraires des praticiens : vers plus de transparence**

A partir du 1er février 2009, en vertu de l'arrêté du 3 octobre 2008 pris en application de l'article 39 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2008, le professionnel de santé devra, s'il pratique un dépassement, délivrer à son patient une information écrite préalable sur le tarif des actes effectués, sur le montant et sur la nature du dépassement facturé (dépassement exceptionnel, dépassement de secteur 2, dépassement autorisé hors parcours de soins...).

Cette information, qui garantit aux assurés une plus grande transparence sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé libéraux, devra être délivrée dans les deux situations suivantes :

- lorsque le montant des honoraires demandés, dépassements inclus, dépasse 70 euros,
- ou lorsque le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure ; dans ce cas, l'information préalable est obligatoirement fournie, même si les honoraires demandés avec le dépassement d'honoraires sont inférieurs à 70€.

Dans tous les cas, l'information devra être délivrée par écrit.

L'observation de cette obligation pourra faire l'objet de la part des caisses locales d'assurance maladie d'une sanction financière égale au dépassement facturé, en cas de plainte des patients.

Ce dispositif concerne principalement les médecins libéraux de secteur 2 et les chirurgiens dentistes qui sont autorisés dans certains cas à pratiquer des honoraires libres.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent également afficher leurs honoraires dans leur cabinet (pour plus d'informations : www.ameli.fr). L'assuré dispose ainsi d'une visibilité accrue sur le montant à payer et la base de remboursement, lui permettant de mieux s'orienter dans le système de soins.

➤ **Hors parcours de soins, la consultation sera moins bien remboursée**

Par décision de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) en date du 22 janvier 2009 (J.O. du 30/01/09), le montant de la majoration du reste à charge prévue au premier alinéa de l'article R. 322-1-1 du Code de la Sécurité Sociale est fixé à 40 % du tarif servant de base au calcul des prestations en nature de l'Assurance Maladie, à compter du 1^{er} février 2009 (au lieu de 30% auparavant).

Dans les faits, si un salarié respecte le parcours de soins coordonné (consultation du médecin référent), il bénéficie d'un taux de remboursement plein de la Sécurité Sociale, soit 70% de la Base de Remboursement.

En revanche, s'il ne respecte pas le parcours de soins coordonné (consultation d'un Spécialiste* sans prescription préalable de son médecin référent), il bénéficie d'un taux de remboursement de la Sécurité Sociale de 30% de la Base de Remboursement (contre 40% antérieurement).

Il est important de rappeler que l'Assurance Complémentaire ne peut prendre en charge l'écart de taux, soit 40% désormais, afin de respecter les conditions du Contrat Responsable.

**E
X
E
M
P
L
E
S**

Consultation Généraliste	Tarif	Base du remb	Taux de remb	Reste à charge du salarié après remb SS	Reste à charge incompressible du salarié après remb Assurance Complémentaire
Parcours	22 €	22 €	70%	7,60 €	1 €
Hors Parcours	22 €	22 €	30%	16,40 €	9,80 €
Consultation Spécialiste	Tarif	Base du remb	Taux de remb	Reste à charge du salarié après remb SS	Reste à charge incompressible du salarié après remb Assurance Complémentaire
Parcours	25 €	25 €	70%	8,50 €	1 €
Hors Parcours	25 €	25 €	30%	18,50 €	11 €

* Attention certains Spécialistes peuvent être consultés directement sans passer par le médecin référent, tout en respectant le parcours de soins coordonné : Gynécologue, Ophtalmologue, Dentiste... (pour plus d'informations : www.ameli.fr).