

Le cahier des charges du contrat responsable en vigueur à la date du 1^{er} janvier 2026

CONTEXTE

Afin de bénéficier d'un **régime social et fiscal de faveur**, les contrats de remboursement des frais de santé, qu'ils soient collectifs ou individuels, doivent être responsables.

Parmi les **conditions** que doivent respecter les contrats de remboursement des frais de santé pour être responsables, figure le respect d'un cahier des charges précisément défini par les articles L871-1 et R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Il convient néanmoins de garder à l'esprit que le respect du cahier des charge du contrat responsable ne constitue pas la seule condition pour qu'un contrat soit responsable.

a. Les avantages sociaux et fiscaux du contrat responsable

Le contrat responsable bénéficie des avantages sociaux et fiscaux suivants :

- **Taxe de solidarité additionnelle** à taux réduit (réduction du taux de 7%).
- Pour les contrats collectifs, **exclusion de la contribution de l'employeur** au financement de la cotisation de l'**assiette des cotisations des cotisations de sécurité sociale** (sous réserve de respecter également les autres conditions prévues à l'article L242-1 et R242-1-1 et suivants du Code de la sécurité sociale).
- Pour les contrats collectifs, **déductibilité de la cotisation salariale de l'impôt sur le revenu** (sous réserve de respecter également les autres conditions prévues à l'article 83 du Code général des impôts).

b. Les conditions du contrat responsable

Les conditions à respecter pour qu'un contrat soit responsable sont les suivantes :

- Respect d'un cahier des charges
- Plusieurs interdictions de prise en charge : la participation forfaitaire et la franchise à la charge de l'assuré, minoration de la prise en charge des frais de transport, la majoration de la participation de l'assuré en l'absence de désignation d'un médecin traitant, les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.
- Communication des frais de gestion et du rapport prestations/cotisations
- Bénéfice du tiers payant sous conditions.

I. CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE

a. Prise en charge du ticket modérateur

Le contrat responsable prend en charge le ticket modérateur **pour l'ensemble des dépenses prises en charge par la sécurité sociale**, à l'exception des cures thermales, des médicaments à service médical modéré ou faible et de l'homéopathie.

Ainsi, le ticket modérateur doit être pris en charge pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins dentaires, y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale, qu'ils soient à prise en charge renforcée ou hors prise en charge renforcée.

La mise en place d'un délai de carence ne peut faire obstacle à la prise en charge du ticket modérateur.

b. Forfait journalier hospitalier

Le contrat responsable doit prendre en charge le forfait journalier hospitalier, y compris pour les hôpitaux psychiatriques, **sans limitation de durée**.

N'est pas concerné par cette obligation de prise en charge le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes.

c. Les dépassements d'honoraires (si le contrat le prévoit)

Lorsque les dépassements d'honoraires sont pris en charge par le contrat d'assurance, le contrat responsable prend en charge le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non-adhérents à l'OPTAM (Option de pratique tarifaire maîtrisée) ou à l'OPTAM-CO (Option de pratique tarifaire maîtrisée pour la chirurgie et la gynécologie obstétrique) à hauteur de **100% de la base de remboursement maximum en plus du ticket modérateur**.

Le remboursement des dépassements d'honoraires des **médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO** doit être au minimum **supérieur de 20% à celui prévu pour les médecins non adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO**. Il n'existe pas de plafond de prise en charge pour les dépassements d'honoraires des médecins adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le tarif d'autorité.

Un contrat responsable ne peut pas prévoir uniquement la prise en charge des médecins non-adhérents à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

d. Les frais d'optique

Le montant du remboursement des équipements optiques dépend de la classe à laquelle appartiennent les verres et la monture (prise en charge renforcée / hors prise en charge renforcée).

Les règles applicables en matière de renouvellement des équipements optiques sont les mêmes, quelle que soit la classe des verres et de la monture.

▪ Remboursement des équipements optiques à prise en charge renforcée (100% Santé)

Le contrat responsable prend en charge les équipements optiques à prise en charge renforcée en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente. Les montures et les verres à prise en charge renforcée sont définis dans la LPP (Liste des produits et prestations remboursable par l'Assurance maladie).

La prise en charge concerne également la prestation d'appairage pour les verres d'indices de réfraction différents et le supplément pour les verres avec filtres.

▪ Remboursement des équipements optiques hors prise en charge renforcée (hors 100% Santé)

Lorsque le contrat d'assurance prévoit une prise en charge supérieure au ticket modérateur pour les équipements hors prise en charge renforcée, des planchers et des plafonds de prise en charge sont applicables.

Pour les équipements mixtes (verres à prise en charge renforcée et monture hors prise en charge renforcée, ou inversement), on applique les planchers et les plafonds de prise en charge applicables aux équipements hors prise en charge renforcée.

Il est possible d'acheter de manière dissociée les verres et la monture. Dans cette hypothèse, le montant de la monture et des verres se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Les planchers et les plafonds de prise en charge incluent la prise en charge de la Sécurité sociale, le ticket modérateur et la monture (dans la limite de 100€). Ils n'incluent pas le tarif de responsabilité pour la prestation d'appairage pour les verres de classe A d'indice de réfraction différent, du supplément pour les verres avec filtre de classe A et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Catégories d'équipements	Verres éligibles	Planchers	Plafonds
Equipements à verres de catégorie A	Equipements à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries	50 €	420 €
	Equipements à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries		
	Equipements à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries		
Equipements à verres de catégorie B	Equipements comportant un verre de catégorie A et un verre de catégorie C	125 €	560 €
Equipements à verres de catégorie C	Equipements à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à +6,00 dioptries ;	200 €	700 €
	Equipements à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries		
	Equipements à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		
	Equipements à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries		
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries		
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries		
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries		
Equipements à verres de catégorie D	Equipements comportant un verre de catégorie A et un verre de catégorie F	125 €	610 €
Equipements à verres de catégorie E	Equipements comportant un verre de catégorie C et un verre de catégorie F	200 €	750 €
Equipements à verres de catégorie F	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	200 €	800 €
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries		
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie		
	Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries		
Dont monture 100€			

- **Renouvellement**

La périodicité de renouvellement des équipements optiques est fixée par référence à la LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie). Ces périodes ne peuvent ni être réduites ni allongées.

Ainsi, le contrat responsable prend en charge un équipement optique par période de deux ans. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes en cas d'évolution de la vue et à 6 mois pour les enfants de moins de six en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

En cas d'évolutions de la vue liées à certaines situations médicales particulières définies par la LPP, aucun délai de renouvellement n'est appliqué.

Par dérogation, les personnes présentant un défaut de vision de près et de loin pourront bénéficier du remboursement de deux équipements par période de deux ans.

L'appréciation des périodes de renouvellement se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement

e. **Audiologie**

Le montant du remboursement des aides auditives dépend de la classe à laquelle elles appartiennent (prise en charge renforcée / hors prise en charge renforcée).

Les règles applicables en matière de renouvellement des aides auditives sont les mêmes, quelle que soit la classe à laquelle elles appartiennent.

- **Aides auditives à prise en charge renforcée (100% Santé)**

Le contrat responsable doit prendre en charge les aides auditives à hauteur des frais engagés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.

- **Aides auditives hors prise en charge renforcée (hors 100% Santé)**

Le contrat responsable doit prendre en charge a minima le ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1700€ par aide auditive.

Le plafond de prise en charge inclut la prise en charge de la sécurité sociale et la prise en charge du ticket modérateur. Il n'inclut pas le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

- **Renouvellement**

La périodicité de renouvellement des aides auditives est fixée par référence à la LPP (Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance maladie). Ces périodes ne peuvent ni être réduites ni allongées.

Ainsi, le contrat responsable prend en charge une aide auditive par oreille par période de quatre ans.

C'est la date de la dernière facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie qui permet de définir la période de renouvellement.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

f. Les frais dentaires

Le montant du remboursement des frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale dépend la classe à laquelle ils appartiennent.

- **Soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale à prise en charge renforcée (100% Santé)**

Le contrat responsable doit prendre en charge les frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale exposés dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la Convention dentaire du 21 juillet 2023 et pour lesquels l'entente est directe et sans reste à charge.

- **Soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale hors prise en charge renforcée (hors 100% Santé)**

Le contrat responsable doit prendre en charge le ticket modérateur, mais aucun plafond de prise en charge n'est fixé.

g. Les prothèses capillaires

Le montant du remboursement des prothèses capillaires dépend la classe à laquelle elles appartiennent.

- **Les prothèses capillaires à prise en charge renforcée (100% Santé)**

Les prothèses capillaires à prise en charge renforcée sont celles de classe I et de classe II.

Le contrat responsable doit prendre en charge les dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des Prix limites de vente.

- **Les prothèses capillaires hors prise en charge renforcée (hors 100% Santé)**

Lorsque les prothèses capillaires donnent lieu à prise en charge par l'Assurance maladie (prothèses capillaires de classe III et IV), le contrat responsable doit prendre en charge le ticket modérateur, mais aucun plafond de prise en charge n'est fixé.

h. Véhicules pour personnes handicapées

Le contrat responsable doit prendre en charge les dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des prix limites de vente pour les véhicules destinés à des personnes en situation de handicap à prise en charge renforcée.

Prothèses capillaires et véhicules pour personnes handicapées

La prise en charge des prothèses capillaires et des véhicules pour personnes handicapées dans le cadre du contrat responsable est récente :

- 1^{er} décembre 2025 pour les véhicules pour personnes handicapées
- 1^{er} janvier 2026 pour les prothèses capillaires.

Dans le cadre du Bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS), l'administration a accordé **une tolérance pour la mise en conformité des contrats d'assurance et actes de mise en place** des régimes Frais de santé (accord collectif, DUE ou référendum), mais les assurés doivent bénéficier des nouvelles prestations depuis le 1^{er} décembre 2025 pour les véhicules destinés à des personnes en situation de handicap et depuis le 1^{er} janvier 2026 pour les prothèses capillaires.

▪ **Contrat d'assurance**

Dans les **contrats de remboursement des frais de santé conclus, renouvelés ou prenant effet d'ici le 1er juin 2026 compris**, l'absence de mention de ces nouvelles garanties n'est pas de nature, jusqu'au 31 décembre 2026, à priver ces contrats de leur caractère responsable.

Les **contrats conclus, renouvelés ou prenant effet après le 1er juin 2026** devront, quant à eux, mentionner immédiatement le remboursement complémentaire de ces garanties pour être considéré comme un contrat responsable.

▪ **Actes de mise en place des régimes collectifs et obligatoires de remboursement des frais de santé (accord collectif, DUE ou référendum)**

Lorsqu'ils mentionnent les garanties Santé, l'absence de mention de la prise en charge des véhicules pour personnes handicapées et des prothèses capillaires n'est pas de nature à remettre en cause le bénéfice de l'exclusion d'assiette **jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification desdits actes et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2026.**