

Panier de soins minimal fixé dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé :

Le « panier de soins minimal » constitue le socle légal minimal de garanties frais de santé que l'employeur doit mettre en place à destination de ses salariés, dans le cadre d'un régime collectif obligatoire.

Cette obligation est issue de la « généralisation de la complémentaire santé ».

Les obligations liées à la généralisation de la complémentaire santé

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a fixé l'obligation de mise en place, au 1^{er} janvier 2016, d'un régime complémentaire frais de santé pour toutes les entreprises du secteur privé.

Cette couverture frais de santé obligatoire doit répondre à plusieurs exigences légales :

- Etre mise en place par un acte juridique de droit social (convention/accord collectif ; référendum ; décision unilatérale de l'employeur (DUE)) ;
- Etre financée par l'employeur à hauteur de 50% minimum ;
- Prévoir le remboursement de certaines prestations à un niveau minimal fixé par décret, formant un « panier de soins minimal ».

Les garanties issues du panier de soins minimal

- Prise en charge du ticket modérateur

Le respect du cahier des charges des contrats responsables implique la prise en charge, par l'assureur complémentaire, du ticket modérateur sur les honoraires, examens, produits, prestations, frais de transports et médicaments à SMR (service médical rendu) majeur ou important, dès lors que ces prestations font l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie.

Exception : cette obligation ne s'applique pas aux médicaments à SMR (service médical rendu) faible ou modéré, aux cures thermales ainsi qu'aux soins effectués en-dehors du parcours de soins.

- Prise en charge du forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier doit être intégralement pris en charge par l'assureur complémentaire, sans limitation de durée, pour les séjours en établissements de santé.

Exception : Cette obligation de prise en charge ne s'applique pas aux séjours en MAS (maisons d'accueil spécialisées) ou en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes dépendantes).

- Minimum de prise en charge sur certains soins dentaires

Doivent être pris en charge par l'assureur complémentaire, a minima à hauteur de 125 % de la base de remboursement (remboursement de l'Assurance maladie compris) :

- Les soins dentaires prothétiques ;
- Les soins d'orthodontie.

- Limitation des remboursements optiques

L'assureur complémentaire doit prendre en charge le remboursement des équipements optique, en respectant les minima et les maxima prévus ci-dessous :

Equipement (2 verres + 1 monture)	Remboursement minimum
2 verres simples	100 €*
1 verre simple + 1 verre complexe ou hypercomplexe	150 €*
2 verres complexes ou hypercomplexes	200 €

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
Verres complexes ou hypercomplexes : verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

*Montants minimum de remboursement supérieurs à ceux prévus par le cahier des charges des contrats responsables.

Le remboursement de l'équipement optique est limité à un équipement par période de deux ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (1 an).

Textes légaux et réglementaires

- Généralisation de la complémentaire santé : art. L. 911-7 Code de la Sécurité sociale
- Panier de soins minimal : art. D. 911-1 Code de la Sécurité sociale