

## LE 100% SANTÉ (ou reste à charge zéro), C'EST QUOI ?

**Pour les assurés sociaux** bénéficiant d'une complémentaire santé responsable ou de la CMU-C, la garantie de se voir proposer un équipement optique, auditif ou dentaire sans reste à charge, libre à lui d'opter pour un autre équipement à tarif « maîtrisé » ou « libre », présentant des critères techniques et qualitatifs complémentaires.

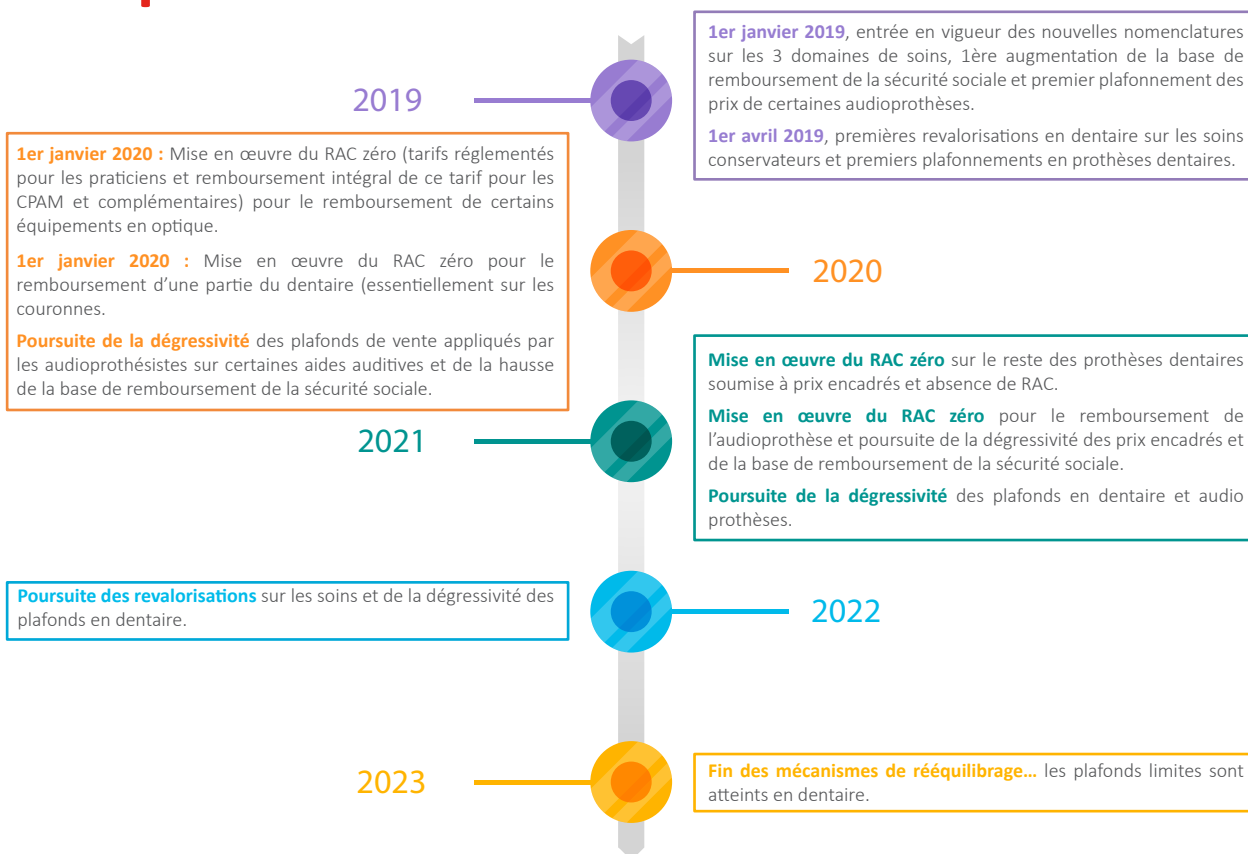
**Pour les employeurs** souscripteurs d'un contrat complémentaire à caractère obligatoire bénéficiant de l'exonération de charges sociales sur la quote-part de cotisation prise en charge par l'employeur, la mise en place des nouvelles garanties au sein de l'entreprise, avec le cas échéant une modification des actes de droit du travail corrélatifs.

**Pour les praticiens** en optique, dentaire et aides auditives, l'obligation de proposer par devis à chaque patient ou client au moins 2 niveaux d'équipements différents, comprenant à minima une proposition d'un équipement à tarif « encadré » ou « réglementé », répondant à des normes techniques et qualitatives minimales.

**Pour les caisses de régime de sécurité sociale et les organismes complémentaires**, l'obligation d'une couverture globale intégrale des équipements à tarif encadrés s'ils sont choisis par le patient ou client.

## c'est quand ?

# Le 100% Santé



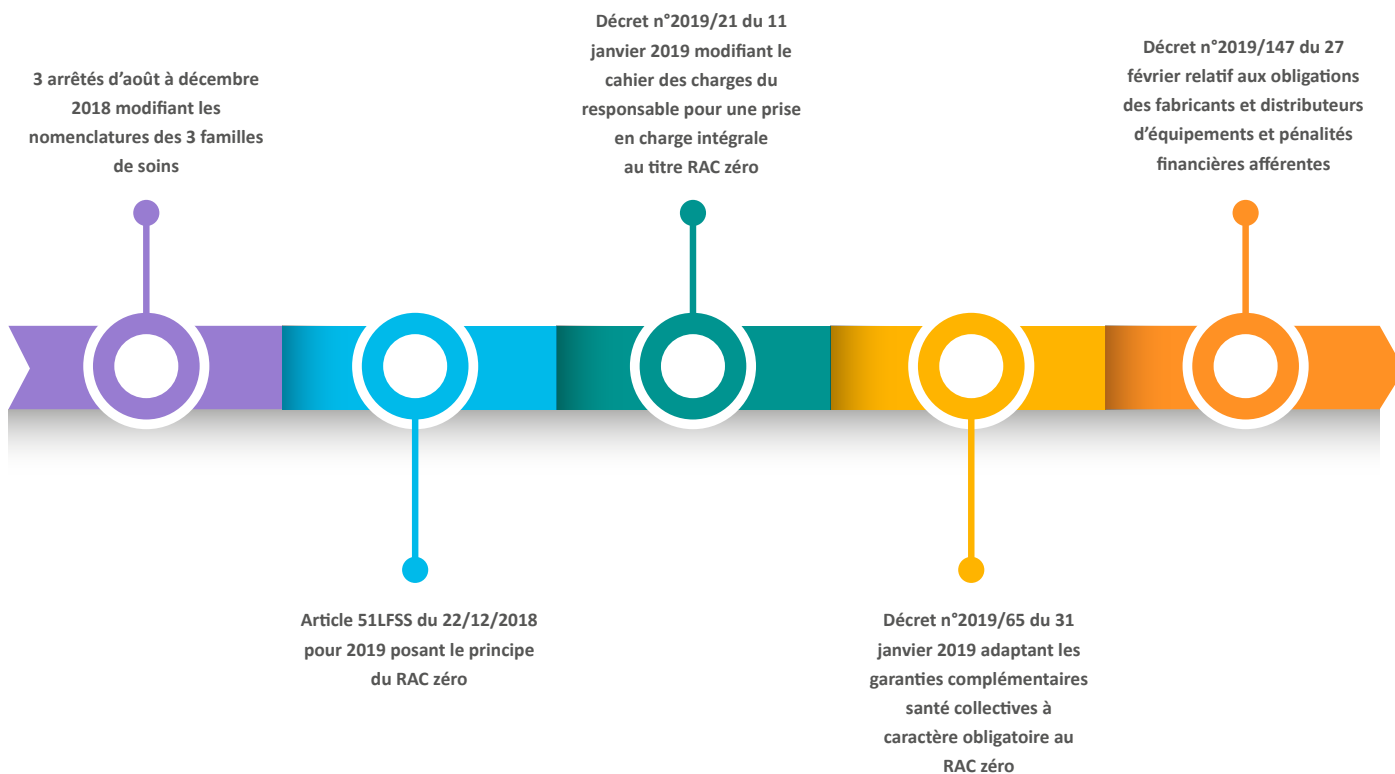
## SUR LE PLAN RÉGLEMENTAIRE CELA SE TRADUIT PAR :

- **La refonte des nomenclatures**  
pour les actes verres et montures, soins dentaires et aides auditives par insertion des prothèses soumises à prix de vente et exigences techniques encadrés.
- **La modification de certaines bases de remboursement**  
applicables pour une augmentation de la part de prise en charge par le régime obligatoire concernant les prothèses à prix de vente encadrés et sans reste à charge en optique et pour les aides auditives mais une baisse pour les prothèses de ces deux postes à tarifs libres.
- **La modification du cahier des charges du contrat responsable**  
pour s'assurer de la prise en charge par l'organisme complémentaire de la différence entre le tarif pratiqué et la prise en charge du régime obligatoire, concernant les prothèses à prix de vente encadrés et sans reste à charge.

*N.B. pour les prothèses dentaires, certaines d'entre-elles seront soumises à prix de vente encadrés, sans que la complémentaire santé soit obligée de couvrir jusqu'à hauteur de ce prix (panier à RAC modéré).*

## Les principaux textes

### Parus :



### Restant à paraître :

- Les derniers avis sur les nomenclatures et tarifs à appliquer à effet différé.
- Les modèles, de devis propres à chaque profession applicables dès 2020.

---

# QUELS SONT LES ENJEUX DE CETTE NOUVELLE RÉGLEMENTATION ?

## Les enjeux stratégiques :

Cette nouvelle réglementation impose aux mutuelles une révision complète de leurs garanties, de leurs tarifications et par là même de leurs stratégies de développement.

Cette évolution intervient dans un contexte social difficile avec une communication gouvernementale biaisée en termes d'accès aux soins sans reste à charge et un impact affiché nul sur les cotisations des complémentaires santé.

Bien loin de la réalité objective de l'impact de cette réglementation, nous devons mener les travaux de mise en conformité, en préservant la relation avec nos adhérents avec une pédagogie nécessaire à la bonne compréhension du dispositif afin de répondre

à leurs attentes en matière d'accès aux soins. Compte tenu du contexte et des enjeux financiers, nous devons probablement réviser notre stratégie de développement, notamment sur nos garanties d'entrée de gamme avec la diffusion possible de garanties non responsables pour répondre aux contraintes de pouvoir d'achat. Ce choix, s'il est fait par la gouvernance des mutuelles, devra veiller au devoir de conseil dans la cadre de la Directive Distribution Assurance.

Cette réforme en profondeur nécessitera également une adaptation de nos systèmes d'information et de nos procédures pour intégrer progressivement les évolutions réglementaires.

## Les enjeux opérationnels :

Réviser et adapter l'ensemble des garanties. Ce travail s'accompagnera d'un processus de rationalisation du nombre de garanties permettant une simplification de nos processus de gestion.

Les services techniques et actuariat travailleront à l'évaluation des impacts tarifaires.

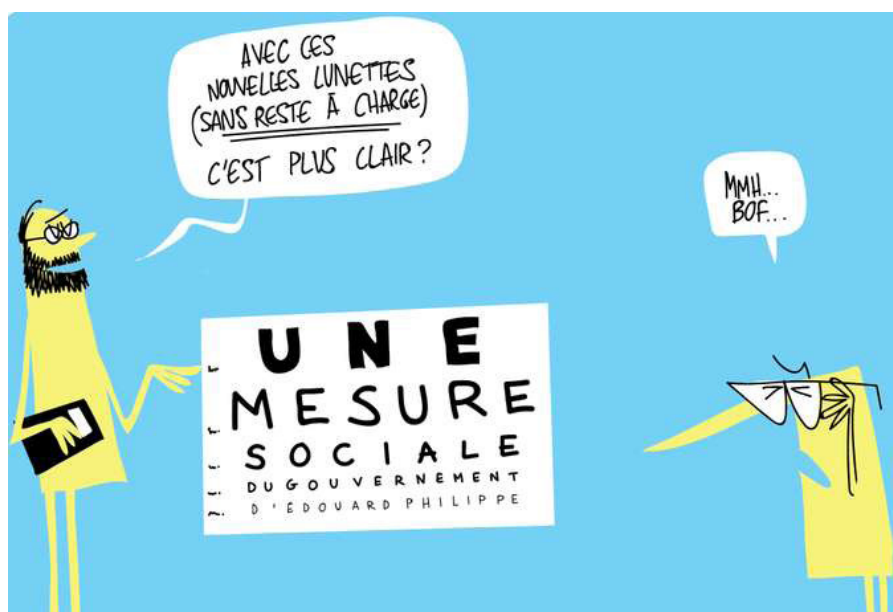
Sur le volet relation Adhérent, une révision de tous nos contrats sera nécessaire pour l'ensemble de nos adhérents individuels et en contrat collectif.

Il faudra corréliser le travail de mise en conformité

100% Santé avec la Directive Distribution Assurance sur les volets devoir de conseil et stratégie commerciale.

Adaptation forte des systèmes d'information pour le paramétrage évolutif des garanties en intégrant le volet éditique.

Enfin un programme de formation des équipes sera engagé pour la bonne compréhension du dispositif et l'acquisition des nouveaux process.

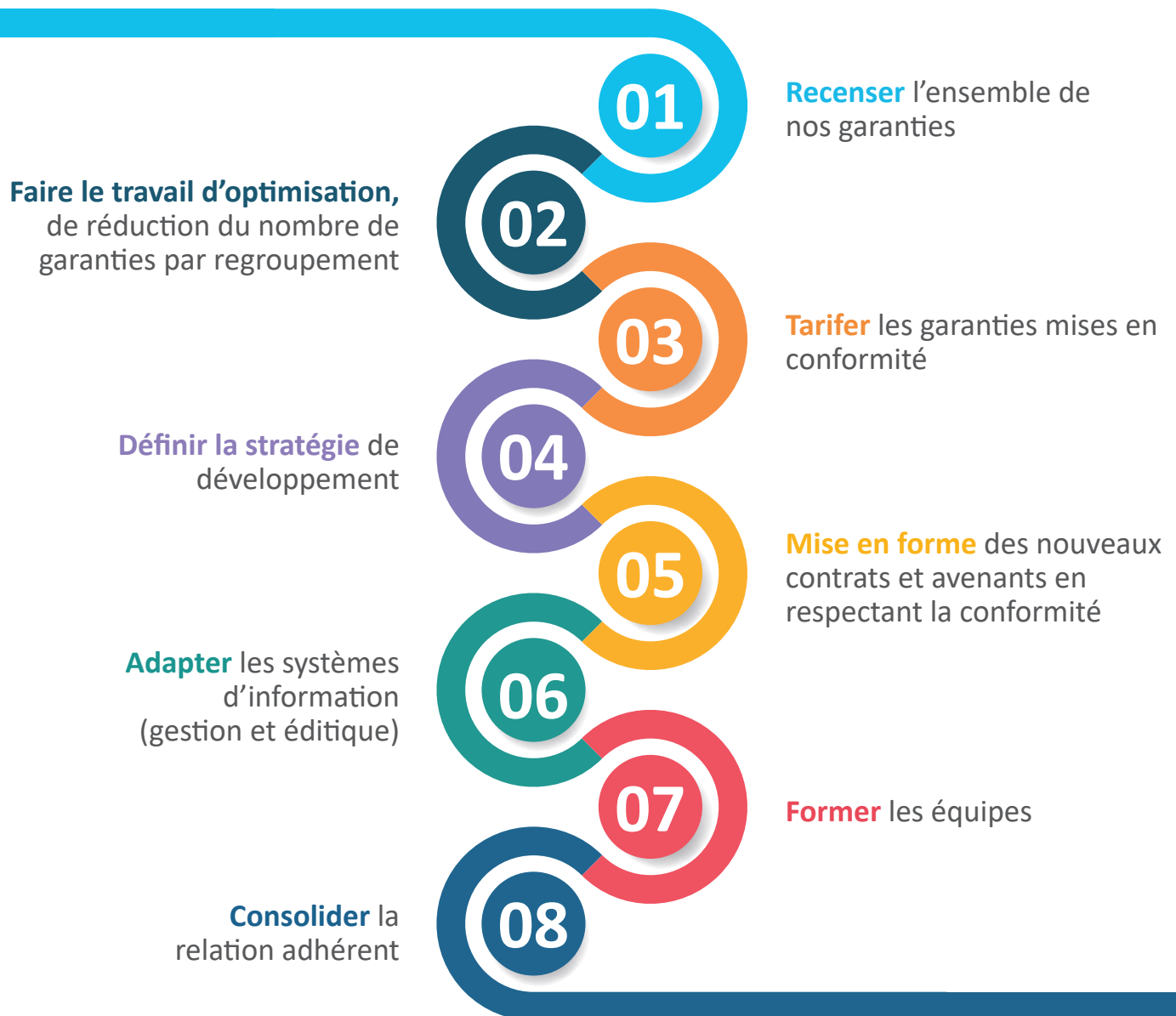


## LA MÉTHODE :

Un groupe de travail impliquant l'ensemble des services ENTIS a été constitué avec une feuille de route permettant une livraison des éléments conformes pour le mois de juin.

Dès lors, le travail de terrain et de relation avec les adhérents pourra être réalisé pour la reconduction des contrats en 2020.

*Les étapes du processus de mise en conformité sont les suivantes :*



## LE PÉRIMÈTRE :

Les mutuelles totalement intégrées dans les processus de gestion ENTIS sont couvertes dans le plan d'action élaboré.

Suivant les services souscrits par les mutuelles adhérentes à Entis et les besoins exprimés, des accompagnements spécifiques seront possibles.

## CONTACT :

**Yannick BEAUMONT**

Responsable des Partenariats

E-Mail : [y.beaumont@mutuelles-entis.fr](mailto:y.beaumont@mutuelles-entis.fr)