



**AG2R LA MONDIALE**

**FICHE  
PRATIQUE**

# LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

## L'ESSENTIEL

Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est un contrat signé par les professionnels de santé qui le souhaitent auprès de l'Assurance Maladie. Avec la mise en place des contrats santé responsables, le CAS permet aux patients de choisir un médecin signataire afin de pouvoir bénéficier d'un meilleur remboursement.

La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés s'accompagne d'un dispositif législatif visant à leur garantir des prestations santé conformes au minimum défini par le panier de soins. Elles doivent également respecter des plafonds de garantis, afin que le contrat soit responsable.

La réforme de la santé vise également à réguler les pratiques des patients en valorisant le suivi du parcours de soins coordonnés et celles des professionnels de santé en mettant en place le Contrat d'Accès aux Soins.

### SOMMAIRE - AVRIL 2016

---

02 EN QUOI CONSISTE LE  
CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ?

02 LES IMPACTS POUR  
L'ENTREPRISE

03 LES IMPACTS POUR  
LES SALARIÉS

03 QUELS SONT LES MÉDECINS  
SIGNATAIRES DU CAS ?

03 QUELS SONT LES  
ACTES CONCERNÉS ?

04 LEXIQUE

---

# EN QUOI CONSISTE LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ?

**En signant le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), le médecin permet à ses patients de bénéficier d'un meilleur remboursement de la Sécurité sociale.**

## LA CRÉATION DU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

C'est un dispositif qui a pour objectif **d'améliorer l'accès aux soins et mettre un frein à la progression des dépassements d'honoraires**. Ainsi, la Sécurité sociale propose aux médecins autorisés à pratiquer des honoraires libres (nombreux spécialistes) de signer un contrat dans lequel ils s'engagent pendant 3 ans renouvelables à limiter les dépassements d'honoraires.

## QUEL EST L'AVANTAGE POUR EUX ?

Une partie de leurs cotisations maladie et retraite sont payées par l'Assurance Maladie. Ce système repose

sur le volontariat. Ainsi, les médecins qui choisissent de ne pas adhérer au CAS peuvent continuer de piloter leurs dépassements comme auparavant.

## PLAFONNEMENT DES REMBOURSEMENTS IMPOSÉ AUX COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Les remboursements des consultations de médecins non-adhérents au CAS devront être minorés de 20 % par rapport aux adhérents CAS et ne pas dépasser dans tous les cas 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

## LES IMPACTS POUR L'ENTREPRISE

Dans le cadre du contrat responsable, le contrat Frais de Santé de l'entreprise est avenant à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2016 pour tenir compte de ces nouvelles dispositions réglementaires qui s'imposent à elle.

L'employeur va remettre à ses salariés une notice d'information détaillant les nouvelles garanties du contrat.

## LES IMPACTS POUR LES SALARIÉS

Le salarié garde sa liberté de choix de son médecin mais il devra alors accepter d'être moins bien remboursé s'il choisit un médecin non CAS.

### COMMENT SEREZ-VOUS REMBOURSÉ ?

**Exemple d'un remboursement pour une consultation d'un médecin spécialiste secteur 2**

**Coût de la consultation : 70 €**

	Base de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale*	Garantie de la complémentaire santé	Remboursement complémentaire santé	Reste à charge**
Médecin ayant adhéré au CAS	28 €	18,60 €	400 % BR	50,40 €	1 €
Médecin n'ayant pas adhéré au CAS	23 €	15,10 €	200 % BR	30,90 €	24 €

\* Participation forfaitaire déduite. - \*\* Y compris 1 € de participation forfaitaire.

Le médecin s'engage alors à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant la durée du contrat,
- respecter le taux de dépassement moyen,
- réaliser une part d'activité à tarif opposable, c'est-à-dire sans dépassement à celle pratiquée avant son adhésion,
- respecter un taux de dépassement au minimum égal à 100% du tarif opposable de la Sécurité sociale.

### À SAVOIR

**Pour les patients bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), les consultations et les actes médicaux effectués par un médecin du secteur 2 sont garantis sans dépassements d'honoraires.**

## COMMENT CONNAITRE LES MÉDECINS SIGNATAIRES DU CAS ?

- le demander au médecin lors de la prise de rendez-vous.
- vous connecter sur le site **www.ameli-direct.fr** de l'Assurance maladie. Vous pouvez alors faire une recherche par nom, par spécialité ou par acte médical. Vous aurez accès à une liste de médecins. Vous n'avez plus qu'à sélectionner ceux comportant la mention « Honoraires avec dépassements maîtrisés » (contrat d'accès aux soins).

Les médecins ont l'obligation dans tous les cas d'afficher de manière visible dans la salle d'attente les tarifs de leurs honoraires.

### LE CAS EN CHIFFRES

**Au 30 juin 2014, il y avait près de 11 000 praticiens signataires du contrat d'accès aux soins, selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Parmi eux, on dénombreait 8 200 spécialistes, 1 800 généralistes et 900 médecins à « exercice particulier » (homéopathes, acupuncteurs, nutritionnistes...).**

---

## QUELS SONT LES ACTES CONCERNÉS ?

Les actes de chirurgie (pose de prothèse de genou, chirurgie de la main, de la prostate...) sont particulièrement concernés.

D'autres spécialités également :

- la cardiologie (hors cardiologie interventionnelle) ;
- la dermatologie ;
- l'endocrinologie ;
- la gynécologie et obstétrique (accouchement notamment) ;
- l'hématologie ;
- la neurologie ;
- l'oto-rhino-laryngologie ;
- la pédiatrie ;
- la pneumologie ;
- la psychiatrie ;
- la médecine physique et de réadaptation,
- la rhumatologie ;
- la médecine générale.

# LEXIQUE

**Ticket Modérateur (TM) :** C'est la somme des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des bases de remboursement (BR) et avant le remboursement de la complémentaire santé. Le montant du ticket modérateur varie selon les actes médicaux et les médicaments prescrits par le professionnel de santé.

**Base de Remboursement (BR) :** La base de remboursement de la Sécurité sociale est le montant à partir duquel l'Assurance Maladie va calculer les remboursements des frais de santé pris en charge par la Sécurité sociale. Cette base de remboursement correspond à un montant en euros (déterminé grâce à un barème pour chaque acte médical) sur lequel est appliqué un taux (en %) qui est fixé et varie en fonction du type de soins. De cette opération, on obtient ainsi la somme remboursée par la Sécurité sociale.

**Contrat d'Accès aux Soins (CAS) :** Il s'agit d'un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs, proposé à l'adhésion individuelle des médecins de secteur 2, et à certains médecins de secteur 1, notamment les anciens chefs de clinique, avec un droit permanent au dépassement. En échange de l'engagement à ne pas augmenter leurs tarifs et à maintenir leur part d'activité en tarif « Sécurité sociale » pendant les 3 ans du CAS. L'assurance maladie s'engage à aligner le niveau de remboursement des médecins adhérents au CAS sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1), à les faire bénéficier des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins en secteur 1, et à valoriser l'activité réalisée aux tarifs opposables en prenant en charge les cotisations sociales sur les honoraires correspondants. Les complémentaires Santé sont incitées à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérent au contrat d'accès aux soins, lorsque le contrat complémentaire prévoit une prise en charge des dépassements.

**Service Médical Rendu (SMR) :** Le service médical rendu est un critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments ou dispositifs médicaux en fonction de leur utilité d'un point de vue thérapeutique ou diagnostique. Le SMR prend en compte plusieurs aspects : d'une part la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué ; d'autre part des données propres au médicament lui-même dans une indication donnée (ex : efficacité et effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique (notamment au regard des autres thérapies disponibles) et existence d'alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique).

En fonction de l'appréciation de ces critères, plusieurs niveaux de SMR ont été définis, les trois premiers seulement donnent lieu à un avis favorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables :

- SMR majeur ou important : Remboursement SS à 65 % ;
- SMR modéré : Remboursement SS à 30 % ;
- SMR faible : Remboursement SS à 15 % ;
- Insuffisant : Avis défavorable à l'inscription sur la liste des médicaments remboursables.

**Soins de ville (ou soins ambulatoires) :** Comprennent les soins effectués en cabinet de ville, en dispensaire, centres de soins ou lors de consultations externes d'établissements hospitaliers publics ou privés. Ils se composent des soins dispensés au titre de l'activité libérale par les médecins, les dentistes et les auxiliaires médicaux (les infirmiers, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes), des actes d'analyse effectués en laboratoire et des soins dispensés en cures thermales.

**Forfait journalier hospitalier :** Représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

**Les frais de séjour (frais d'hospitalisation) :** Sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts d'un séjour en cas d'hospitalisation (hébergement, repas, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses, plateau technique, personnel soignant, etc.).

En fonction du statut de l'établissement (établissement conventionné ou non conventionné), ces frais de séjour peuvent exclure les honoraires médicaux, chirurgicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge les frais suivants :

- Les frais liés à votre hospitalisation à 80 % du tarif conventionnel (base de remboursement de la Sécurité sociale), sauf cas particuliers ex : actes coûteux pris en charge à 100%. Les frais liés à votre hospitalisation correspondent aux frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux ;
- Les soins réalisés avant ou après votre hospitalisation. Le taux de prise en charge varie selon les soins (vous serez, par exemple, remboursé à 70 % lors d'une consultation chez un anesthésiste, avant une opération, et à 60 % si vous avez besoin de séances de rééducation après une intervention chirurgicale).

Les dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux (dans le cadre d'une hospitalisation) sont donc à la charge de l'assuré.