

**Projet de décret relatif aux garanties minimales et aux prix maximaux des contrats  
d'assurance complémentaire santé destinés aux personnes âgées d'au moins  
soixante-cinq ans**

**Article 1<sup>er</sup>**

Il est créé un chapitre IV au titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale (partie réglementaire – décrets simples) ainsi rédigé :

« Art. D. 864-1. – La demande de labellisation des contrats visée à l'article R. 864-5 doit comporter l'ensemble des pièces suivantes :

« 1° le document « Présentation de la demande de labellisation des contrats complémentaires santé des personnes âgées d'au moins soixante-cinq ans », figurant en annexe 1 du présent décret, intégralement complété ;

« 2° la grille « Tarifs mensuels déclinés par âge », figurant en annexe 2 du présent décret, intégralement complétée ;

« 3° la grille « Garanties », figurant en annexe 3 du présent décret, intégralement complétée.

« 4° le document formalisant le contenu des engagements contractuels entre le souscripteur du contrat et l'organisme assureur ;

Les annexes 1 à 3 sont disponibles par téléchargement sur le site internet de l'autorité compétente. Lors de l'envoi de la demande de labellisation des contrats, les annexes 2 et 3 doivent être adressées, selon les modalités précisées au 1° de l'article R. 864-5, au directeur de l'autorité compétente sous forme de tableur.

« Art. D. 864-2. – Les niveaux de garanties minimales visées à l'article R. 864-1 pour chacun des trois contrats dénommés 1, 2 et 3 couvrent, dans le respect des dispositions des articles R. 871-1 et R. 871-2, les frais engagés par l'assuré selon les modalités suivantes :

« 1° Prise en charge intégrale de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 10° et 14° du même article ;

« 2° Prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4, sans limitation de durée ;

« 3° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour les dépassements tarifaires des médecins, à hauteur des *minima* suivants :

a) 70% et 120% du tarif de responsabilité respectivement pour les contrats 2 et 3, lorsque le médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ;

b) 50 % et 100 % du tarif de responsabilité respectivement pour les contrats 2 et 3, lorsque le médecin n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale susvisée ;

« 4° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour les honoraires des chirurgiens-dentistes relatifs aux actes d'orthopédie dento-faciale et aux prothèses dentaires facturés au-delà du tarif de responsabilité à hauteur de 100%, 200% et 300% du tarif de responsabilité respectivement pour les contrats 1, 2 et 3 ;

« 5° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour certains dispositifs médicaux à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des *minima* suivants, comprenant la participation des assurés définie au 1° :

a) Pour les dispositifs d'optique médicale :

- par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries : 150 €, 200 € et 300 € respectivement pour les contrats 1, 2 et 3 ;

- par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs : 350 €, 450 € et 550 € respectivement pour les contrats 1, 2 et 3 ;

- par équipement comportant un verre mentionné au deuxième alinéa du a et un verre mentionné au troisième alinéa du a : 250 €, 325 € et 425 € respectivement pour les contrats 1, 2 et 3 ;

b) Pour les prothèses auditives : 450 €, 600 € et 750 € par prothèse respectivement pour les contrats 1, 2 et 3 ;

« 5° Prise en charge des frais exposés par l'assuré pour une chambre particulière dans un établissement de santé, pour le contrat 3, à hauteur du montant minimal de 60 € par jour et dans la limite de quatre-vingt-dix jours par an.

« Art. D. 864-3. – Les prix mensuels, hors taxes, visés à l'article L. 864-2 pour chacun des trois contrats susmentionnés ne peuvent dépasser les seuils suivants fixés en fonction de l'âge des assurés :

- entre 65 ans et 69 ans : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 55 €, 66 € et 82 € ;

- entre 70 ans et 74 ans : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 61 €, 72 € et 93 € ;

- entre 75 ans et 79 ans : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 67 €, 78 € et 103 € ;

- entre 80 ans et 84 ans : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 74 €, 85 € et 113 € ;

- entre 85 ans et 89 ans : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 83 €, 93 € et 121 € ;

- 90 ans et plus : respectivement pour les contrats 1, 2 et 3, à 90 €, 97 € et 143 €.

« Art. D. 864-4. – Les données mentionnées à l'article R. 864-10 sont transmises annuellement, au plus tard le 31 mars de l'année N+1 pour l'année civile N, au directeur l'autorité compétente par les organismes dont les contrats sont labellisés par voie électronique sous forme de tableur. Ces données sont envoyées à l'adresse électronique mise à disposition sur le site internet de l'autorité compétente. L'annexe 4 du présent décret intitulée « Données statistiques » est disponible par téléchargement sur le site internet de l'autorité compétente. »

PROJET DE TEXTE