

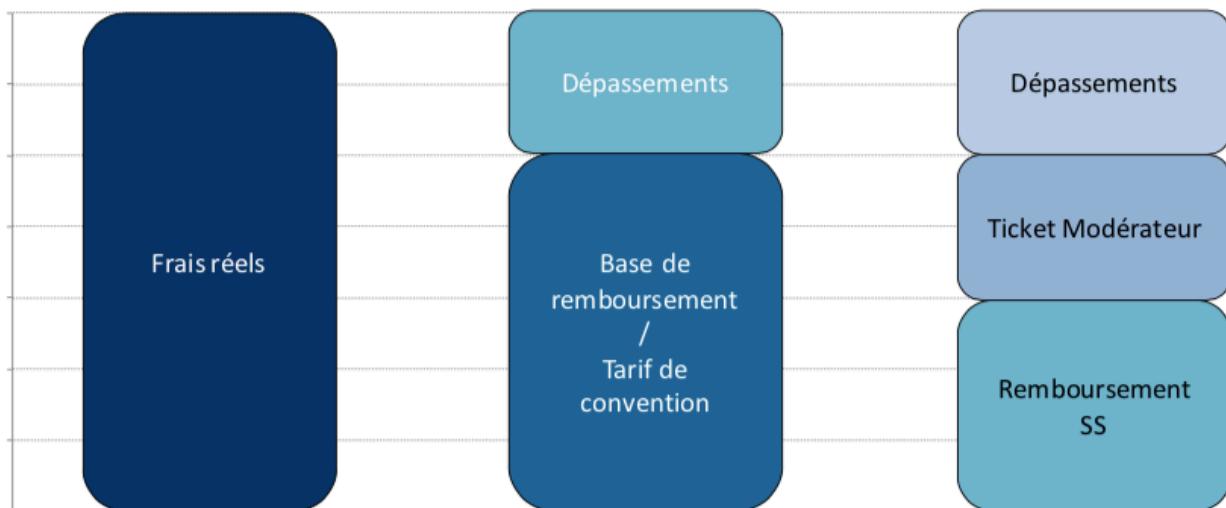
Examen
1h

Annales : correction en cours

2^e session

- **Qu'est ce qu'on appelle un ticket modérateur ?**

Différence entre base de remboursement sécu et ce que rembourse la sécu



- **En optique, dans un contrat responsable, quelle est la prise en charge maximum pour les montures depuis 01/01/2020, hors panier 100% santé ?**
100 euros 100%

Le contrat responsable est un contrat relatif à la complémentaire de frais de santé qui bénéficie d'aides fiscales et sociales à condition de respecter un cahier des charges précis. Ce cahier des charges a été redéfini par le Décret du 18 novembre 2014. Il a également évolué au 01/01/2020 avec la mise en œuvre du « 100% Santé »

Niveaux de garanties : nouveau contrat responsable > Optique
Montures (intégré dans le forfait équipement) :

- Pas de minimum
- Maximum 100 euros (150€ avant 2020)
- **Que signifie OPTAM ?**
Option Pratique Tarifaire Maitrisée

Niveaux de garanties : zoom sur le contrat responsable > Dépassements d'honoraires
Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements tarifaires des médecins : obligation de différencier la prise en charge selon que le médecin est adhérent, ou non, à l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM).

Pour les non adhérents à l'OPTAM, prise en charge limitée au minimum entre :

- 100% de la Base de remboursement (soit 200% y compris Sécurité Sociale) dès 2017
- Prise en charge des dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM minorée de 20% de la Base de Remboursement

- Si un contrat responsable prévoit un remboursement à hauteur de 210% BR y compris Sécurité Sociale pour les consultations de médecins adhérents à l'OPTAM, quel est le niveau maximum de remboursement qu'il peut prévoir pour les consultations de médecins non adhérents à l'OPTAM ?
Max = 200% avec un écart minimum de 20% de la BA par rapport à un médecin adhérent. Cependant pas possible de descendre en dessous de 100%. Ici, le maximum est donc min(200%; 210% - 20%) = 190%.
- Quel est le montant de la participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments ?
50 centimes pour la boîte de médicaments, 1€ médecin, 2€ transports sanitaires, plafond de 50€ annuel

Loi Douste-Blazy et décret du 29 septembre 2005

Depuis le 01/01/2005, une participation forfaitaire est laissée à la charge des assurés par le régime général :

- 1€ pour tout acte ou consultation/visite réalisé par un médecin, pour tout examen de radiologie, pour tout acte de biologie médicale
 Plafond journalier de 4 € lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même professionnel dans une même journée
- 0,50 € par boîte de médicaments
- 0,50 € par acte paramédical (actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues)
 Plafond journalier : 2€
- 2 € par transport sanitaire
 Plafond journalier : 4€

Plafond annuel 50 € par année civile par bénéficiaire

- Combien y-a-t-il de panier de soins dans le dispositif 100% Santé pour l'optique ? Donner leurs noms ?
 2 en optiques :
 - classe A : panier 100% santé i.e. intégralement remboursé par la sécu et les assureurs
 - classe B : panier à tarifer
 3 en dentaires :
 - panier '100% santé'
 - panier 'reste à charge modéré'
 - panier 'tarif libre'
 2 en prothèses auditives :
 - classe 1 : '100% santé'
 - classe 2 : 'tarif libre'

Réforme 100% santé

Optique : 2 panier

- Panier 100% Santé
- Panier Tarifs libres

Dentaire : 3 paniers

- Panier 100% Santé
- Panier « reste à charge maîtrisé »
- Panier Tarifs libres

Audioprothèses : 2 panier

- Panier 100% Santé
- Panier Tarifs libres

- **Quel est le montant du Ticket modérateur pour 2 verres simple (faible correction) sachant : que ces verres ont été facturé 190€, que le taux de Remboursement Sécurité sociale est de 60% et que la base de remboursement d'un verre est de 14,25€ ?**

Difference entre la base de remboursement et le remboursement de la Sécurité Sociale

$$11,40\text{€} = 2 * 14,25 - 2 * 60\% * 14,25$$

<i>Frais réel</i> 190€	<i>Dépassement</i> <i>Base de remboursement</i> 14,25*2	<i>Dépassement</i> <i>Ticket modérateur</i> 11,40€ <i>Remboursement Sécurité sociale</i> 2*60%*14,25	<i>Reste à charge</i>
---------------------------	---	--	-----------------------

- **La prime commerciale TTC mensuelle d'un contrat collectif responsable couvrant des garanties Frais de santé est égale à 180€. Les frais de gestion de l'assureur sont fixés à 12%. Quelle est la prime pure sur ce contrat ?**

$$\text{Prime pure} = (\text{Prime commerciale} / (1 + \text{Taxes})) * (1 - \text{Frais de gestion})$$

$$\text{Prime pure} = (180 / (1 + 13,27\%)) * (1 - 12\%) = 139,84\text{€}$$

Tarif chargé TTC = Tarif HT / (1 - Chargement)*(1 + Taxes)

- **Pour un salarié ayant enchaîné 2 CDD de durée respectives 6 mois et 8 mois, quelle sera la durée maximum de la portabilité des droits des régimes de Prévoyance et Frais de santé ?**

Portabilité = maintient gratuit des droits pendant le chômage

Durée maximum de portabilité = 1 an

Durée de la portabilité = min (1 an, fin du contrat, fin du chômage)

ANI du 11 janvier 2008 - Portabilité des droits

Durée du maintien des droits :

La durée du maintien des garanties complémentaires pendant la période de chômage est égale à « la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur ». Cette durée est appréciée en mois (arrondie au nombre supérieur), sans pouvoir excéder douze mois.

- **Dans le rapport Loi Evin d'un contrat collectif, les frais comptabilisés au débit correspondent-il aux frais réellement engagés par l'assureur du contrat ?**

???

Non car caractère prudent.

Obligations légales > Le rapport Loi EVIN

« Lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret. »

Le rapport Loi Evin doit être remis au « chef d'entreprise 2 mois, au plus, après l'approbation des comptes et, au plus tard, le 31 août suivant la clôture de l'exercice considéré » et doit contenir :

- le montant des cotisations ou primes brutes de réassurance
- le montant des prestations payées, brutes de réassurance
- le montant des provisions techniques brutes de réassurance le 1er janvier et le 31 décembre de l'exercice considéré
- la quote-part : des produits financiers nets, des commissions, des autres charges, des participations aux résultats et du résultat de la réassurance
- le nombre de salariés garantis

Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent. »

- ???

31 aout

1^{er} session

- **Décrivez les grands principes de fonctionnement de la réforme 100% Santé sur le Poste dentaire**
3 en dentaires :
 - panier '100% santé'
 - panier 'reste à charge modéré'
 - panier 'tarif libre'
- **Indiquez dans quelle nomenclature sont détaillés les prix des équipements en optique (lunette)**
Liste des Produits et Prestations (LPP)

Niveaux de garanties du régime obligatoire Santé > Base de remboursement

- NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels
 - Définit les honoraires du praticien du secteur libéral dans le cadre du paiement de l'acte
 - Chaque acte est affecté d'une lettre clé et d'un coefficient
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- TAA
- LPP : Liste des Produits et Prestations
 Fournitures et appareillages médicaux fixés par arrêtés ministériels (pansements, matériel optique, prothèses auditives,...)
- NBAM : Nomenclature des actes de biologie médicale
- Base des médicaments
 Différentes classifications :
 - Par DCI (dénomination commune internationale) ;
 - Par principe actif (par exemple, hypertenseurs, vasodilatateurs, etc.)

Identification : par code CIP (club inter-pharmaceutique) ou code UCD (unité commune de dispensation) utilisé pour la délivrance dans les établissements de santé

- **Quelles sont les principales conditions que doit respecter un régime d'entreprise pour bénéficier des avantages sociaux sur les cotisations de l'employeur ?**

Les cotisations entreprise en Prévoyance sont nettes de charges et nettes d'impôts

Les cotisations entreprise en Santé sont nettes de charge sous certaines conditions.

Le contrat doit être

- *Obligatoire : pas le choix d'adhérer*
- *Collectif : s'applique à une catégorie objective de salariés*
- *La participation de l'employeur est uniforme pour toutes les personnes d'une même catégorie objective*
- *(Responsable)*

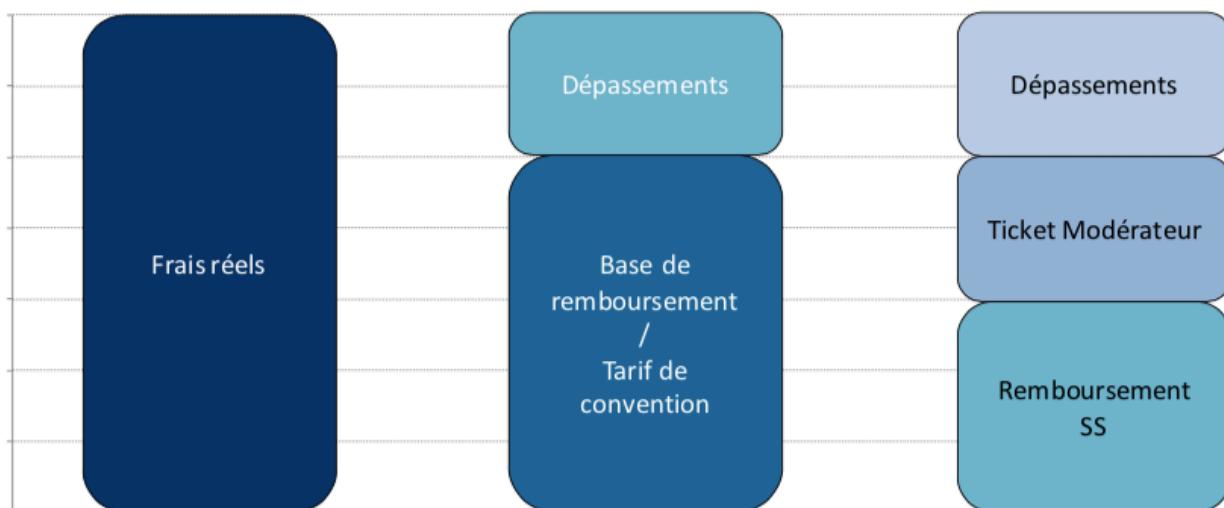
Loi Fillon de 2003 – Exonération de charges sociales

« Sont exclues de l'assiette des cotisations (...) les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis (...) du présent code ou (...) code de la mutualité, (...) code des

assurances (...) lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs (...) :

2° Dans des limites fixées par décret.. »

- **Veuillez reproduire le schéma de décomposition d'une dépense santé en faisant apparaître les différentes dénominations (Frais réels, Base de remboursement, ...)**



- **Quels sont les taux de taxes applicables aux contrats Santé ?**

Taxes pour les contrats santé

- 13,27% responsable
- 20,27% non responsable

QUESTION 6

Les principales garanties d'un régime Frais de santé sont résumées dans le tableau suivant :

Poste	Garanties y compris Sécurité Sociale
Soins courants	
Consultations / Visite :	
- Médecin OPTAM	210% BR
- Médecin non OPTAM	200% BR
Analyses, Radiologie, Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes de spécialistes, Actes de petite chirurgie	100% BR
Pharmacie	
A 65% et à 30%	100% BR
A 15%	Néant
Frais dentaires	
Soins dentaires	100% BR
Prothèses dentaires et Orthodontie	100% FR, dans la limite de 450% BR y compris sécurité sociale
Frais d'optique	
Monture	100 €
Verres	425% BR, plancher de 85 € / verre
Frais d'hospitalisation	
Hospitalisation médicale et chirurgicale	450% BR
Forfait hospitalier	100% FR
Chambre particulière	70€ / jour
Frais de transport	100% BR
Appareillage	
Orthopédie et prothèses médicales (petit et grand appareillage)	300% BR
Autre	300% BR
Divers	
Participation forfaitaire sur les actes "coûteux"	100% FR

- Un assuré couvert par le régime Frais de santé décrit ci-dessus a payé 900€ pour le traitement semestriel d'orthodontie de son enfant.

Données : Base de remboursement Sécurité sociale par lettre clé T0 = 2,15€, codage d'un semestre d'orthodontie = T090 et taux de remboursement Sécurité Sociale = 100%

- Le montant remboursé par la Sécurité sociale

$$BR = 2,15 * 90 = 193,50 \text{ €}$$

$$RSS = 100\% * BR = 193,5 \text{ €}$$

- Le montant remboursé par la complémentaire santé

Garantie y compris SS = 100%FR, dans la limite de 450%BR y compris sécurité sociale

$$FR = 900 \text{ €}$$

$$RCS = \min(100\%FR ; 450\% * BR) - RSS$$

$$= \min(100\% * 900 ; 450\% * 193,5) - 193,50 = 677,25 \text{ €}$$

- Le reste à charge pour l'assuré

$$RC = FR - RSS - RCS = 900 - 193,5 - 677,25 = 29,25 \text{ €}$$

- Dans le régime Frais de santé décrit ci-dessus, citez les postes pour lesquels la prise en charge correspond uniquement au ticket modérateur.
Il s'agit des postes qui remboursent 100% de la BR.

- Constitution d'une provision d'égalisation, indiquez :

- Sur quels contrats elle peut être constituée ?
- Quels sont les objectifs de cette provision ?

Quels sont les principaux mécanismes/constraintes d'alimentation et d'utilisation de cette provision ?

La participation aux excédents > Provisions pour égalisation

- But de la provision : « faire face aux fluctuations de sinistralité »
- Domaine d'application : « assurance de groupe contre les risques décès, incapacité ou invalidité »
- Périmètre: « La provision est calculée pour chaque contrat d'assurance couvrant les risques en cause ou pour chaque ensemble de contrats de même nature si leurs résultats sont mutualisés. »
- Dotation annuelle : « limitée à 75 p. 100 du bénéfice technique (...) net de cessions en réassurance. »
- Plafond : « Le montant total atteint par la provision ne peut, pour chaque exercice, excéder, par rapport au montant des primes ou cotisations afférentes aux contrats concernés, nettes d'annulations et de cessions en réassurance, acquises au cours de l'exercice : 23 p. 100 pour un effectif d'au moins 500 000 assurés, 33 p. 100 pour un effectif de 100 000 assurés, 87 p. 100 pour un effectif de 20 000 assurés et 100 p. 100 pour un effectif de 10 000 assurés au plus. (...) »
- Utilisation de la provision : « Chaque provision est affectée à la compensation des résultats techniques déficitaires de l'exercice dans l'ordre d'ancienneté des dotations annuelles. Les dotations annuelles qui n'ont pu être utilisées conformément à cet objet, dans un délai de dix ans, sont rapportées au bénéfice imposable de la onzième année suivant celle de leur comptabilisation.

Ci-dessous le compte de résultats d'un régime de Prévoyance collectif ne couvrant que l'arrêt de travail.

ARRET DE TRAVAIL	Années de survenance					Sur 5 ans
	2014	2015	2016	2017	2018	
Cotisations brutes HT	98 000 €	100 800 €	112 900 €	121 500 €	128 900 €	562 100 €
Chargements	7 840 €	8 064 €	9 032 €	9 720 €	10 312 €	44 968 €
Cotisations nettes	90 160 €	92 736 €	103 868 €	111 780 €	118 588 €	517 132 €
Prestations	286 400 €	27 800 €	29 400 €	53 000 €	86 600 €	483 200 €
Provisions	40 200 €	0 €	0 €	75 000 €	522 600 €	637 800 €
Total charges de sinistres	326 600 €	27 800 €	29 400 €	128 000 €	609 200 €	1 121 000 €
Résultat Net	-236 440 €	64 936 €	74 468 €	-16 220 €	-490 612 €	-603 868 €

Calculez le S/P global sur 5 ans (cumul des comptes des 5 années)

$$S/P = 483\,200 / 562\,100 = 92\%$$

Quelles observations pouvez-vous faire sur l'équilibre tarifaire de ce contrat ?

Instable car cotisations plutôt constantes mais prestations avec de grandes variations

Les garanties décès prévues dans un contrat sont les suivantes :

Risque	Garanties en % du salaire Tranches 1 et 2
Capital décès	
Célibataire, Veuf, Divorcé sans enfant	150%
Marié sans enfant	250%
Tout assuré avec 1 enfant à charge	350%
Supplément par enfant à charge supplémentaire	50%

La population des salariés est la suivante :

Matricule	Sexe	Date de naissance	Situation Famille	Nombre d'enfants	Salaire 2022
1	H	28/03/1977	Marié	3	350 000 €
2	H	22/04/1988	Célibataire	1	80 000 €

Autres données :

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale 2022 : 3 428 euros

SMIC mensuel : 1 645,58 euros

- En cas de décès du salarié Matricule n°1, quel serait le montant du capital décès versé à ses ayants-droits ?
- Par simplification, on calcule les âges par différence de millésime (année de calcul – année de naissance).
A partir des tables de mortalité en annexe :
 - Calculer la prime pure du contrat (taux de cotisation en % du salaire)
 - Quel est (approximativement) l'âge actuariel pour cette population ?
- Présentez les obligations qui s'imposent aux employeurs en matière de maintien de salaire :
 - De quels textes législatifs sont-elles issues ?
 - Quelles sont les principales obligations ?
- Citer les trois types d'actes fondateurs d'un régime d'entreprise
Décision unilatérale de l'employeur
Convention collective / Accord collectif
Référendum

Annexe : tables de mortalité

TF 00-02

Age x	I _x
0	100000
1	99616
2	99583
3	99562
4	99545
5	99531
6	99519
7	99508
8	99498
9	99488
10	99478
11	99467
12	99456
13	99444
14	99431
15	99415
16	99395
17	99371
18	99342
19	99309
20	99274
21	99239
22	99205
23	99171
24	99137
25	99103
26	99068
27	99033
28	98997
29	98960
30	98921
31	98879
32	98833
33	98782
34	98725
35	98662
36	98593
37	98518
38	98435
39	98343
40	98242
41	98130
42	98007
43	97872
44	97724
45	97563
46	97387
47	97197
48	96993
49	96776
50	96546
51	96304
52	96049
53	95778
54	95489
55	95180
56	94851
57	94501
58	94131
59	93741
60	93329

TH 00-02

Age x	I _x
0	100000
1	99511
2	99473
3	99446
4	99424
5	99406
6	99390
7	99376
8	99363
9	99350
10	99338
11	99325
12	99312
13	99296
14	99276
15	99250
16	99213
17	99163
18	99097
19	99015
20	98921
21	98820
22	98716
23	98612
24	98509
25	98406
26	98303
27	98198
28	98091
29	97982
30	97870
31	97756
32	97639
33	97517
34	97388
35	97249
36	97100
37	96939
38	96765
39	96576
40	96369
41	96141
42	95887
43	95606
44	95295
45	94952
46	94575
47	94164
48	93720
49	93244
50	92736
51	92196
52	91621
53	91009
54	90358
55	89665
56	88929
57	88151
58	87329
59	86460
60	85538

Age x	TGH - 1977	TGH - 1988
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	100 000
9	0	99 987
10	0	99 975
11	0	99 963
12	0	99 951
13	0	99 938
14	0	99 924
15	0	99 910
16	0	99 893
17	0	99 874
18	0	99 852
19	100 000	99 827
20	99 965	99 800
21	99 928	99 772
22	99 893	99 744
23	99 858	99 717
24	99 824	99 691
25	99 790	99 665
26	99 757	99 639
27	99 723	99 613
28	99 691	99 588
29	99 658	99 563
30	99 625	99 537
31	99 592	99 512
32	99 559	99 486
33	99 525	99 459
34	99 490	99 433
35	99 455	99 405
36	99 418	99 377
37	99 380	99 347
38	99 340	99 316
39	99 298	99 284
40	99 253	99 249
41	99 205	99 212
42	99 153	99 171
43	99 097	99 128
44	99 034	99 079
45	98 967	99 026
46	98 895	98 971
47	98 816	98 909
48	98 729	98 841
49	98 636	98 770
50	98 540	98 695
51	98 442	98 619
52	98 333	98 534
53	98 216	98 443
54	98 086	98 342
55	97 937	98 226
56	97 766	98 092
57	97 582	97 948
58	97 384	97 792
59	97 174	97 628
60	96 969	97 467