



Mutuelles : consultations « hors réseau » et remboursement minoré

Le fait que le praticien consulté ne soit pas adhérent du réseau de soins mis en place par une mutuelle ne permet pas à cette dernière de minorer le niveau de remboursement des prestations versées à l'assuré.

Un arrêt de la 2e chambre civile de la Cour de cassation en date du 18 mars rappelle en effet que les mutuelles et leurs unions ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Remboursements différenciés hors réseau mutualiste

L'affaire concerne un assuré de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), qui s'adresse, pour la réalisation de soins dentaires, à un praticien n'ayant pas adhéré au protocole d'accord conclu entre la mutuelle et la Confédération nationale des syndicats dentaires.

Ayant bénéficié d'un remboursement de sa mutuelle inférieur à celui applicable aux soins délivrés par les praticiens adhérents, l'assuré saisit la juridiction de proximité du 15e arrondissement de Paris d'une demande de remboursement du différentiel, évalué à 976 €.

Il est débouté par jugement du 19 février 2008. Le juge de proximité retient que la mise en œuvre de ces deux systèmes de remboursement - un système de remboursement plus élevé lorsque le dentiste a adhéré au protocole et un système de moindre remboursement dans le cas contraire - n'est nullement discriminatoire, dès lors que chacun des deux systèmes peut être librement choisi par le patient et qu'il y a égalité entre tous les adhérents à la mutuelle qui choisissent de s'adresser soit à un dentiste conventionné, soit à un dentiste non conventionné.

Critères légaux de fixation des niveaux de prestations

Le jugement est censuré par la 2e chambre civile de la Cour de cassation, qui applique à la lettre le principe posé à l'article L. 112-1 du Code de la mutualité, en vertu duquel les mutuelles et leurs unions ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'elles servent qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Et d'en conclure que l'application d'un protocole d'accord fixant des tarifs de remboursement distincts pour un même acte, et dont il résulte une différence dans le niveau des prestations, qui n'est fonction ni des cotisations payées ni de la situation de famille des adhérents, est parfaitement contraire à la loi.

Solution circonscrite aux mutuelles et leurs unions

Cette solution intervient alors que l'Autorité de la concurrence a rendu, il y a quelques mois, un avis positif sur le développement des réseaux de soins agréés par les complémentaires santé, en ce qu'ils conduisent les praticiens à s'engager sur la qualité des services rendus aux assurés, à mettre en place le tiers payant et à respecter une certaine modération tarifaire (Avis du 9 septembre 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés).

Le principe retenu par la Cour de cassation bouleversera à n'en pas douter les pratiques tarifaires des mutuelles dont les partenariats avec les professionnels de santé sont de plus en plus nombreux, notamment par l'intermédiaire de sociétés tierces agissant en qualité de plateformes (Santéclair, Itélis, etc.).

En revanche, ne sont pas concernés par cette interdiction de moduler les niveaux de remboursement en fonction de l'appartenance du praticien au réseau les organismes assureurs qui ne sont pas soumis au Code de la mutualité, à savoir :

- ▶ les sociétés d'assurances relevant du Code des assurances ;
- ▶ ▶ les institutions de prévoyance (IP) relevant du Code de la sécurité sociale.
- ▶ C'est pourquoi, dans cette affaire, l'avocat de la MGEN avait présenté une question prioritaire de constitutionnalité dans le but de faire déclarer l'article L. 112-1 du Code de la mutualité contraire au principe d'égalité devant la loi et à l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, « en ce que ce texte interdit aux mutuelles d'instaurer des différences dans le niveau des prestations en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un praticien adhérent à un protocole de fournitures de soins ou membre d'un réseau de soins, dès lors que d'autres organismes complémentaires d'assurance-maladie ne sont pas soumis à une telle prohibition ».
- ▶ Mais, la Cour de cassation n'a pas estimé nécessaire d'ordonner la réouverture des débats pour qu'il soit procédé à l'examen de cette question.

MALADIE

Les mutuelles ne peuvent pratiquer des tarifs de remboursement différents, pour un même acte, en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un praticien adhérent du réseau de soins qu'elles ont mis en place