

## TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte de la commission
<p><b>Code de la mutualité</b></p> <p>Art. L. 112-1. – Les mutuelles et les unions qui mènent des activités de prévention ou d'action sociale ou qui gèrent des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants.</p> <p>.....</p> <p>Les mutuelles et les unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.</p>	<p><b>Proposition de loi visant à permettre aux mutuelles de mettre en place des réseaux de soins</b></p> <p><b>Article unique</b></p> <p>L'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les mutuelles ou unions peuvent toutefois instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu un contrat comportant des obligations en matière</p>	<p><b>Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé</b></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p>Le dernier alinéa de l'article L. 112-1 du code de la mutualité est complété par les mots : « ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale ».</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>Proposition de loi relative au fonctionnement des réseaux de soins créés par les mutuelles et aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels de santé</i></p> <p><b>Article 1<sup>er</sup></b></p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur —	Texte de la proposition de loi —	Texte adopté par l'Assemblée nationale —	Texte de la commission —
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE VIII</p> <p>Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés – Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aide aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aides d'accueil des gens du voyage – Protection complémentaire en matière de santé</p> <p>TITRE VI</p> <p>Protection complémentaire en matière de santé et crédit d'impôt</p> <p>CHAPITRE III</p> <p>Dispositions relatives au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels</p>	<p>d'offre de soins. »</p>	<p><b>Article 2 (nouveau)</b></p> <p>I. – Après le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p><i>CHAPITRE III BIS</i> <b>« Conventions conclues entre les organismes de protection sociale complémentaire et les professionnels, les services et les établissements de santé</b></p> <p>« Art. L. 863-8. – I. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle, union ou fédération relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régies par le code des assurances ou une institution de prévoyance régies par le présent code et, d'autre part, des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé comportant des engagements</p>	<p><b>Article 2</b></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p><i>Division et intitulé sans modification</i></p> <p>« Art. L. 863-8. – I. – Les mutuelles, unions ou fédérations relevant du code de la mutualité, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le présent code peuvent, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, conclure avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé, des conventions comportant des engagements relatifs, pour</p>

Dispositions en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte de la commission

relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service de santé, aux services rendus, aux prestations, ainsi qu'aux tarifs ou aux prix, respectent les principes suivants :

« 1° Les conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé ;

« 2° L'adhésion aux conventions des professionnels, établissements et services de santé s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion à la convention ne peut comporter de clause d'exclusivité.

« II. – Les conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régie par le code des assurances ou une institution de prévoyance régie par le présent code et les médecins ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et prestations médicaux mentionnés aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.

*l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.*

*« Ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé.*

*« Elles ne peuvent avoir pour effet d'introduire des différences dans les modalités de délivrance des soins par le professionnel, établissement ou service.*

*« L'adhésion des professionnels, établissements ou services à ces conventions s'effectue sur la base de critères objectifs, transparents et non discriminatoires. L'adhésion ne peut comporter de clause d'exclusivité.*

*« Tout professionnel, établissement ou service répondant aux critères mentionnés à l'alinéa précédent peut adhérer à la convention. Cependant, les conventions concernant la profession d'opticien-lunetier peuvent prévoir un nombre limité d'adhésions.*

*« Pour les professionnels de santé autres que ceux appartenant à des professions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 du présent code, ces conventions ne peuvent comporter de stipulations tarifaires relatives aux actes et*

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte de la commission
—	—	—	<i>prestations mentionnées aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du présent code.</i>
		<p>« III. – L'organisme assureur garantit une information complète auprès de ses assurés ou adhérents sur l'existence du conventionnement, ses caractéristiques et son impact sur leurs droits. »</p>	<p>« Le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux par les organismes mentionnés au premier alinéa ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention avec ces organismes.</p>
		<p>II. – Le I s'applique aux conventions conclues ou renouvelées à compter de la date de promulgation de la présente loi.</p>	<p>« II. – L'organisme ...</p>
			<p>... droits. »</p>
			<p>II. – Non modifié</p>
		<p><b>Article 3 (nouveau)</b></p>	<p><b>Article 3</b></p>
		<p>À compter du 30 juin 2013 et pour une période de trois ans, le Gouvernement, sur la base de données transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaire, remet chaque année un rapport au Parlement qui porte un bilan des conventions souscrites, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, entre, d'une part, une mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, une entreprise d'assurances régies par le code des assurances ou une institution de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale et, d'autre part, les professionnels, établissements et services de santé, notamment sur les garanties et prestations</p>	<p><i>Chaque année pour une période de trois ans, le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 septembre, un rapport dressant un bilan et une évaluation des conventions mentionnées à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. Il porte notamment sur les garanties et prestations que ces conventions comportent, leurs conséquences pour les patients, en particulier en termes d'accès aux soins et de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix pratiqués par les professionnels, établissements et services concernés.</i></p>

**Dispositions en vigueur**

—

**Texte de la proposition de loi**

—

**Texte adopté par l'Assemblée nationale**

—

**Texte de la commission**

—

qu'elles comportent et leur bénéfice pour les patients, notamment en termes de reste à charge, et leur impact sur les tarifs et prix négociés avec les professionnels, établissements et services de santé.