



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIÉS

MIEUX COMPRENDRE
POUR MIEUX NÉGOCIER !



SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE - SOINS & ACCOMPAGNEMENT - LOGEMENT

GRUPE
vyv

POUR UNE SANTÉ
ACCESSIBLE À TOUS

SOMMAIRE

LA PROTECTION SOCIALE..... 4

- Le système de protection sociale6
 - Le régime de base6
 - Les autres régimes8
 - Le régime complémentaire11
- Les obligations des employeurs.....15
 - La généralisation des contrats collectifs obligatoires.....15
 - Le panier de soins minimum.....18
 - Le contrat responsable et solidaire20
 - La convention collective nationale22

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ 26

- Les différents acteurs.....28
- Les prestations.....29
- La lisibilité des tableaux de garanties.....31
- Les prestations en espèces34
- Les prestations en nature34
- OPTAM/OPTAM-CO34
- Le reste à charge zéro ou « 100 % Santé »36

- La prévention40
 - Qu'est-ce que c'est ?40
 - Les acteurs de la prévention santé40
 - 3 niveaux de prévention santé41

- L'action sociale42

- L'assistance42

LA NÉGOCIATION DE A À Z..... 44

- La définition des catégories objectives.....46
- Les différentes formes de cotisations48
- Les participations financières.....49
- Les dispenses d'affiliation52
- La portabilité.....55
- La loi Évin57
- La résiliation infra-annuelle.....58
- Le cahier des charges.....60
- L'acte juridique63
- L'information des salariés.....65
- Le pilotage des contrats.....66

LEXIQUE 68

LA PROTECTION SOCIALE



Le système de protection sociale

Le régime de base

En France, en matière de santé, chacun doit être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie. **C'est ce que l'on appelle le régime de base.**

Le régime de base principal correspond au régime général de la Sécurité sociale. Il concerne les salariés et retraités du secteur privé, les fonctionnaires et toutes les personnes qui ne sont rattachées à aucun autre régime. Depuis 2018, les étudiants, puis les indépendants (ex-RSI) sont rattachés au régime général. C'est le régime le plus courant puisqu'il couvre près de 88 % de la population.

Il est géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) qui pilote les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) auxquelles sont rattachés les assurés en fonction de leur lieu d'habitation.

Dans le langage courant, on a tous tendance à faire une erreur en parlant de « Sécurité sociale », ou de « Sécu » pour évoquer l'Assurance maladie. Alors, quelle est la différence ?



Les autres régimes

- **Le régime agricole**

Le régime agricole concerne les exploitants agricoles ou salariés agricoles. Il compte plus de 3 millions de bénéficiaires.

- **Les régimes spéciaux**

Historiquement, certaines entreprises ou branches professionnelles comme la SNCF, la banque de France, les clercs de notaires ou la RATP disposent de régimes spéciaux.

Ces régimes sont regroupés sous l'Union nationale des régimes spéciaux (UNRS). Il existe une centaine de régimes spéciaux qui couvrent presque 5 millions de personnes.

Certains régimes assurent la totalité de la protection sociale des membres alors que d'autres n'offrent qu'une protection partielle, leurs assurés sont alors couverts par ailleurs pour les autres risques.

- **Les régimes délégués**

Il s'agit d'une délégation de service publique de la CNAM confiée à un tiers pour assurer le régime obligatoire de Sécurité sociale comme par exemple la mutuelle MGEN pour les personnels de l'Éducation nationale.

Sécurité sociale

Régime
agricole

Régime général

Régimes
spéciaux

CAF

Branche
famille

**l'Assurance
retraite**

Branche
retraite

Urssaf

Branche
recouvrement

CNSA

Branche
autonomie

**l'Assurance
maladie**

Branche
maladie | Branche
AT/MP*

* branche accidents du travail - maladies professionnelles



• Remboursement des dépenses de santé

Dans le régime obligatoire de base, l'Assurance maladie définit la base de remboursement (BR), qui permet de calculer **le remboursement des soins de santé**.

En fonction des soins pratiqués ou des médicaments prescrits, l'Assurance maladie prend en charge un pourcentage **variable de la BR**.

La différence entre cette base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance maladie obligatoire est le **ticket modérateur (TM)**. Celui-ci est donc ce qu'il reste à la charge de l'assuré.

Exemple pour une consultation chez le médecin généraliste (hors dépassement d'honoraires et avec application de la participation forfaitaire de 2 €) :

Coût total 30 € : remboursement régime de base 21 € (70 % du coût)
- 2 € de participation soit 9 € de ticket modérateur (les 2 € de participation forfaitaire restant invariablement à la charge de l'assuré*).

* hors situations très spécifiques.



Le régime complémentaire

Afin d'éviter un maximum de reste à charge, les organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance) proposent à leurs adhérents de prendre à leur charge le ticket modérateur en échange d'une adhésion et du versement d'une cotisation à une complémentaire santé.

La complémentaire santé intervient donc en complément de l'Assurance maladie, **en couvrant totalement ou partiellement les dépenses de santé restées à la charge de l'assuré** (ticket modérateur, dépassements d'honoraires, frais en dentaire et en optique, etc.).

Une complémentaire santé peut également permettre la prise en charge de prestations non remboursées par l'Assurance maladie, comme par exemple l'ostéopathie, ou encore intervenir en compensation des frais de santé en proposant de l'assistance, de la prévention, et de l'action sociale.

• La Complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S)

La Complémentaire santé solidaire remplace la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). **Elle est soumise à plafond de ressources et est gratuite ou à cotisation modérée** en fonction des revenus perçus.

• Comment fonctionne la Complémentaire santé solidaire ?

La Complémentaire santé solidaire permet une **prise en charge à 100 %** (sans reste à charge) des **dépenses de soins et d'hospitalisation**, en évitant l'avance des frais.

• Comment est gérée la Complémentaire santé solidaire ?

En fonction du choix du bénéficiaire, la Complémentaire santé solidaire est gérée par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (CPAM ou MSA) ou un organisme complémentaire habilité (mutuelles de santé, mutuelles d'assurance, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance). La liste des organismes habilités est disponible sur le site internet Ameli.fr.

• Qui peut bénéficier de la Complémentaire santé solidaire ?

Tous les membres d'un foyer : l'assuré, son conjoint(e) ou concubin(e) ou partenaire dans le cadre d'un pacte civil de solidarité (Pacs) et ses ayants droit à charge de moins de 25 ans.

Seules les personnes qui résident en France (métropolitaine, dans les DROM ou à Mayotte) de manière ininterrompue (plus de 3 mois) et régulière et qui disposent de revenus inférieurs à un certain plafond peuvent bénéficier de la Complémentaire santé solidaire.

Ce plafond varie en fonction de la composition du foyer du demandeur.

Pour bénéficier de la Complémentaire santé solidaire, l'assuré doit en faire la demande auprès de sa caisse d'assurance maladie. La CSS est valable 1 an à compter de la date figurant sur l'attestation de droits et est renouvelable sur demande chaque année.

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire peuvent demander à **être dispensés d'adhésion à la complémentaire santé collective et obligatoire dans leur entreprise** (ou celle de leur conjoint).

• Quelles sont les prestations prises en charge par la Complémentaire santé solidaire ?

La Complémentaire santé solidaire permet une prise en charge à 100 % pour :

- les consultations médicales,
- les médicaments,
- les analyses et examens médicaux (prise de sang, radiographie, échographie, scanner, IRM...),
- les soins et prothèses dentaires (couronne, bridge...) éligibles au « 100 % Santé »,
- les lunettes et lentilles de correction éligibles au « 100 % Santé »,
- les audioprothèses éligibles au « 100 % Santé ».

Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire sont également **exonérés de la participation forfaitaire, de la franchise médicale et du forfait journalier hospitalier**. Excepté en cas de demande particulière de l'assuré, le professionnel de santé consulté n'a pas le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires (exemple : pose d'une couronne dentaire en matériaux précieux).



La pyramide des régimes de base et complémentaires

Le système de santé dispose de **3 niveaux de remboursement**. Le régime **obligatoire de base** comme vu précédemment, la **complémentaire** (et ses régimes conventionnels et accords collectifs) et la **surcomplémentaire**.

La surcomplémentaire santé

Une **surcomplémentaire santé** est un contrat santé qui vient compléter les deux premiers niveaux de remboursement, celui de la Sécurité sociale et celui de la complémentaire santé.

Le contrat de **surcomplémentaire santé** intervient principalement sur des postes tels que :

- les frais d'optique,
- les frais dentaires,
- les dépassements d'honoraires.



Les obligations des employeurs

La généralisation des contrats collectifs obligatoires

Un contrat collectif ou contrat groupe est un contrat de complémentaire santé signé entre un organisme assureur et une branche professionnelle ou une entreprise au bénéfice des salariés.

Les contrats collectifs relèvent de la responsabilité de l'employeur qui doit respecter ses obligations légales et conventionnelles.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs de droit privé ont l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à l'ensemble de leurs salariés.

Cette obligation s'applique quelle que soit l'ancienneté du salarié dans l'entreprise. Elle est inscrite dans la loi dite de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

L'employeur doit financer au minimum 50 % des cotisations, voire davantage s'il le décide ou qu'une convention collective lui impose.

La mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise est également l'occasion pour l'employeur de négocier avec les institutions représentatives du personnel. En effet, les salariés participent également à la couverture mise en place.

- **Le contrat collectif obligatoire en santé ou prévoyance est défini selon les critères suivants :**

- il est applicable à une **catégorie objective de salariés**, définie de manière générale et impersonnelle,
- il assure les risques couverts par les **régimes de base de Sécurité sociale**,
- ses cotisations sont fixées à un **taux uniforme**,
- une fraction de la cotisation est à la **charge de l'employeur**.

- **Qui est concerné ?**

- **L'ensemble des salariés**,
- une ou plusieurs catégories de salariés définie(s) à partir de critères objectifs.

- **Les avantages du contrat collectif pour le salarié**

- Une partie de la cotisation à la complémentaire santé est **payée par l'employeur**,
- la complémentaire santé d'entreprise peut prévoir la possibilité de **couvrir les ayants droit du salarié** (conjoint et enfants).

- **Les avantages du contrat collectif pour l'entreprise**

- Les cotisations patronales **ne sont pas soumises aux cotisations de Sécurité sociale** (dans la limite de 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS). Le total ne doit pas dépasser 12 % du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 11 salariés ne sont pas assujetties au forfait social. Celles qui ont 11 salariés ou plus bénéficient d'un taux de taxation de 8 %.



Le panier de soins minimum

La complémentaire santé collective doit prévoir des garanties minimales correspondant à ce que l'on nomme le panier de soins minimum. Elles sont codifiées aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la sécurité sociale.

• Pour le ticket modérateur

Le remboursement intégral des soins et médicaments en dehors :

- des médicaments dont le service médical rendu est considéré comme faible ou modéré,
- de l'homéopathie,
- des cures thermales.

• Pour l'hospitalisation

La prise en charge intégrale du forfait journalier sans limitation de durée est obligatoire.

• Pour l'optique

Le contrat doit couvrir un forfait minimum selon le niveau de correction nécessaire :

- 100 € pour les verres simples et la monture,
- 200 € pour les verres complexes et la monture.

Le forfait est valable pour une période de deux ans. En cas d'évolution constatée de la vue et pour les enfants, il peut néanmoins s'appliquer chaque année.

• Pour le dentaire

Le panier de soins prévoit une prise en charge d'au moins 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale en plus de la prise en charge du ticket modérateur (soit généralement indiqué à 125 % dans le tableau de garanties).

Cela concerne :

- les prothèses dentaires,
- les soins d'orthopédie dentofaciale.

Exclusions :

la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins, les participations forfaitaires et les franchises.

Remarque : la réforme 100 % santé de 2019 est venue améliorer le panier de soins, avec pour objectif de supprimer totalement le reste à charge pour certains actes et prestations (dentaire, audio, optique). Cette mesure est entièrement entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022.



Le contrat responsable et solidaire

• Contrat responsable et solidaire

La loi N°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a mis en vigueur des **contrats solidaires et responsables** dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie dès 2005.

Le contrat doit respecter **des niveaux de prise en charge définis**. Ainsi, certains remboursements sont obligatoires, d'autres interdits ou plafonnés.

Par ailleurs, des **garanties minimales** ont été instaurées dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé. Le contrat responsable détermine donc des minimums de garanties et des plafonds de couvertures applicables à certains postes de soins ou dépassements d'honoraires.

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les contrats responsables prévoient l'acceptation par les complémentaires de la pratique du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les équipements et les soins du panier 100 % santé (optique, dentaire et audiologie).

Le contrat responsable est taxé à hauteur de 13,27 % (contre 20,27 % pour les contrats non responsables). Il permet aux contributions de l'employeur d'être exonérées de cotisations sociales.

Un contrat est dit « solidaire » **lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale à la souscription et que le tarif des cotisations n'évolue pas en fonction de l'état de santé de la personne**.

Les contrats responsables respectent les mesures liées au parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant (exemple : non prise en charge des malus de remboursement en cas de non-respect du passage par le médecin traitant).

• Contrat non responsable

Si la majorité des contrats de complémentaire santé en France sont dits responsables (90 %), il existe néanmoins des contrats non responsables.

Les contrats non responsables peuvent prendre en charge, le cas échéant, **les dépassements d'honoraires des médecins sans plafond de remboursement imposé**, ainsi que la **participation forfaitaire, les franchises médicales et les majorations du ticket modérateur liées au non-respect du parcours de soins**.

L'inconvénient principal du contrat non responsable est qu'il ne permet pas de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux liés au respect des conditions définies par le décret du 18 novembre 2014.



La convention collective nationale

Une convention collective est un accord écrit négocié entre les organisations syndicales représentatives et des organisations patronales représentatives.

L'accord peut avoir un **champ d'application territorial** avec une portée locale, départementale, régionale ou nationale.

Il peut s'adresser à une catégorie de salariés (cadres, agents de maîtrise ou salariés).

Porter sur le nombre de jours de congés accordés, les indemnités en cas de départ du salarié...

Les modalités de versement des indemnités complémentaires, dit « maintien de salaire », en cas d'arrêt maladie...

La question de la pénibilité, du régime de prévoyance ou encore de la mutuelle peuvent également faire l'objet d'un accord de branche.

• De la désignation vers la recommandation

Avant 2016, les branches pouvaient désigner un organisme assureur en charge de couvrir tous les salariés des entreprises de la branche. Cela permettait d'assurer une meilleure mutualisation entre les petites et les grandes entreprises. Mais les clauses de désignation ont été déclarées inconstitutionnelles. Elles ont alors fait place aux **clauses de recommandation**.

Les clauses de recommandation permettent aux partenaires sociaux qui négocient dans les branches de recommander un ou plusieurs organismes assureurs aux entreprises de la branche. Toutefois, ces entreprises ne sont pas tenues d'adhérer aux organismes recommandés dans l'accord et restent libres de souscrire à la complémentaire santé de leur choix. La mise en place des clauses de recommandation obéit à une procédure de mise en concurrence transparente, impartiale et garantissant une égalité de traitement entre les organismes candidats.

• Le haut degré de solidarité (ou degré élevé de solidarité)

Il fait référence à l'instauration d'un fonds dédié à un ensemble de prestations d'action sociale, de prévention ou d'aides solidaires dans le cadre d'un accord professionnel ou interprofessionnel. L'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale précise que ces accords peuvent prévoir l'institution de garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre des prestations à caractère non directement contributif.

Les accords de branche prévoyant une recommandation doivent obligatoirement intégrer des garanties collectives présentant un degré élevé de solidarité sous peine d'irrégularité. Par ailleurs, pour être éligible l'accord doit prévoir le financement du degré élevé de solidarité à hauteur de 2 % de la prime ou de la cotisation.

La gestion du haut degré de solidarité (HDS) dépendra en partie du choix fait par les employeurs d'adhérer ou non aux organismes d'assurances recommandés par leur branche.

- Les entreprises ayant choisi de ne pas souscrire auprès d'un organisme recommandé doivent alors demander à leur organisme assureur non recommandé d'intégrer l'existence du HDS qui leur est propre.
- Les entreprises ayant souscrit à l'un des organismes d'assurance recommandés, bénéficieront du fonds de solidarité géré par ces derniers.



LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ



Les différents acteurs

• L'assureur

Caractéristiques : **société capitaliste à but commercial** dont la santé ne concerne qu'une petite partie de l'activité (multirisques). Elle est régie par le Code des assurances et est **financée par des capitaux et fonds privés d'actionnaires qui participent à sa gestion**.

Conditions d'adhésion à une couverture santé : l'assureur exerce une sélection par le risque.

L'état de santé du patient **influence les conditions d'adhésion**.

• La mutuelle

Caractéristiques : **société d'assurance à but non lucratif** dont 80 % de l'activité concerne la santé (monorisque). C'est un groupement de personnes à vocation sociale solidaire, régie par le Code de la mutualité.

Elle est financée par les cotisations de ses adhérents qui participent à sa gestion.

Conditions d'adhésion à une couverture santé : la mutuelle ne fait pas de sélection par le risque.

L'état de santé d'un mutualiste **ne peut interférer sur ses conditions d'adhésion**.

• L'institution de prévoyance

Caractéristiques : **entreprise d'assurance à but non lucratif**. C'est un organisme de droit privé à gouvernance paritaire qui **distribue et gère des contrats collectifs d'assurance** de personnes pour une entreprise ou une branche professionnelle.

Elle gère essentiellement les **contrats santé et prévoyance en entreprise**. La gouvernance et la gestion sont paritaires. Les institutions de prévoyance (IP ou IPRC) sont régies par le Code de la sécurité sociale.

Les prestations

Comment lire un tableau de prestations ?

Le tableau de garanties (ou de prestations) a souvent des allures de casse-tête. Or, il est nécessaire de bien comprendre ce tableau car il fixe le niveau de remboursement des prestations médicales.

Un tableau de garanties s'organise par poste de soins dont les principaux sont :

• **l'hospitalisation** : les frais de séjour, le forfait journalier hospitalier, les frais de chirurgie et d'anesthésie, les frais de transport, les frais d'une chambre particulière...

- **Le dentaire** : les soins dentaires (détartrage, traitement d'une carie...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, et certains actes médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale comme les implants...
- **L'optique** : les dépenses en équipements (monture et verres), les lentilles de contact, ainsi que la chirurgie réfractive.
- **Les soins courants** : les consultations chez un médecin généraliste ou un spécialiste, les examens de laboratoire, les auxiliaires médicaux, les actes techniques médicaux, l'imagerie médicale, les frais de pharmacie...
- Parfois, d'autres postes existent, regroupant **des prestations diverses** (prothèses et appareillages, cures thermales, etc.). Chaque mutuelle organise ces postes supplémentaires différemment.

Les garanties d'une mutuelle santé sont exprimées soit en pourcentage, soit en euros.

Dans le cas d'un remboursement exprimé en pourcentage, c'est la **base donnée par la Sécurité sociale qui fixe le remboursement** et non le prix pratiqué par le professionnel de santé : la base de remboursement (BR), appelée également tarif de convention (TC).

Un tableau de garanties sur lequel est écrit un **remboursement à 100 % signifie que le remboursement Sécurité sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement**.

Néanmoins, si le praticien a des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et il y aura donc **un reste à charge pour l'assuré**.

Par exemple :

Un tableau de garanties annonçant un remboursement à 200 % signifie que le remboursement Sécurité sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la BR.

Consultation médecin spécialiste en gynécologie (secteur 2 - non adhérent à l'OPTAM) : prix moyen pratiqué 65 € - 14,10 € (remboursement de l'Assurance maladie y compris participation forfaitaire de 2 €) - 29,90 € (remboursement la mutuelle) = 21 € de reste à charge.

La lisibilité des tableaux de garanties

Le 14 février 2019, les principales organisations professionnelles d'organismes complémentaires d'assurance maladie se sont engagées devant la Ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, à un accord sur la lisibilité des garanties.

Cet engagement vise à **normaliser les tableaux de prestations santé** afin d'en améliorer la compréhension et d'en faciliter la comparaison.



Cinq grands postes de remboursement sont obligatoires.

Les soins courants, comprenant des sous-rubriques imposées

- Les honoraires médicaux, les honoraires paramédicaux, les analyses et examens de laboratoire, les médicaments, le matériel médical et des sous-rubriques libres.

L'hospitalisation, comprenant des sous-rubriques imposées

- Le forfait journalier hospitalier.
- Les honoraires et des sous-rubriques libres (chambre particulière, frais d'accompagnement...).

Le dentaire, comprenant des sous-rubriques imposées

- Les soins et prothèses 100 % Santé.
- Les soins, les prothèses et des sous-rubriques libres (parodontie, implantologie...).

L'optique, comprenant des sous-rubriques imposées

- Équipement optique de classe A.
- Équipement optique de classe B, et des sous-rubriques libres (chirurgie réfractive...).

L'aide auditive, comprenant des sous-rubriques imposées

- Aide auditive de classe I.
- Aide auditive de classe II, et des sous-rubriques libres (accessoires, entretien...).

Cinq grands postes de remboursement sont laissés au choix des organismes.

Par exemple : les cures thermales, la prévention, etc.

Type de remboursement	Qu'est-ce que c'est ?
Remboursement aux frais réels (FR)	L'organisme rembourse la totalité des frais engagés dans la limite des conditions du contrat. Hospitalisation - Chambre particulière - Dépense engagée : 50 € Montant remboursé par la Sécurité sociale : 0 € Montant remboursé par la mutuelle santé : 50 € Montant à la charge de l'assuré : 0 €
Remboursement sur la base du tarif conventionné de la Sécurité sociale (TC)	L'organisme rembourse le ticket modérateur (la partie restant à charge après déduction du remboursement de la Sécurité sociale) en se basant sur le tarif de convention de la Sécurité sociale. Soins courants - Médecin spécialiste adhérent à l'OPTAM - Dépense engagée : 52 €. Tarif de convention de la consultation : 31,50 €. Montant remboursé par l'Assurance maladie (70 % de 31,50 €) : 22,05 € - 2 € de participation forfaitaire = 20,05 €. Montant remboursé par la mutuelle : 9,45 € (31,50 € - 22,05 €). Montant à la charge de l'assuré : 22,50 €.
Remboursement au forfait	L'organisme vous rembourse selon un forfait fixé en euros pour certaines dépenses (type optique ou médecines douces).

Les prestations en espèces

Les prestations en espèces sont des **allocations versées sous la forme d'une indemnité journalière, d'une pension ou d'une rente**, en compensation d'un risque engendrant une baisse de revenus : incapacité, invalidité...

Elles concernent la prévoyance et ne sont pas gérées au titre de la complémentaire santé obligatoire.

Les prestations en nature

Les prestations en nature correspondent aux remboursements des frais de santé engagés par l'assuré en cas de maladie, d'accident, d'hospitalisation...

Par exemple, pour l'achat d'une boîte de médicaments de 10 €, remboursable à 65 % par l'Assurance maladie, cette dernière rembourse 5,50 € (6,50 € - 1 € de franchise).

OPTAM/OPTAM-CO

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qu'est-ce que c'est ?

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et par l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens.

L'**OPTAM est un contrat passé entre l'Assurance maladie et les médecins**. Ces derniers s'engagent à **stabiliser leurs tarifs et à limiter leurs dépassements d'honoraires** pour une durée de trois ans.

Est-ce que l'OPTAM et l'OPTAM-CO modifient les garanties ?

Les organismes complémentaires ont l'obligation de plafonner à 100 % du tarif Sécurité sociale les dépassements d'honoraires des médecins qui ne sont pas adhérents aux OPTAM.

L'Assurance maladie pratique, pour certaines consultations ou certains actes médicaux, des écarts de remboursement selon que l'assuré consulte un médecin conventionné qui ne pratique pas les dépassements d'honoraires (dit de secteur 1) ou un médecin qui en pratique (dit de secteur 2).

	NON-OPTAM	OPTAM
Médecin spécialiste de Secteur 2		
Tarif de consultation		
Base de remboursement		

Le reste à charge zéro ou " 100 % santé "

La réforme « 100 % Santé », vise à permettre à tous les Français d'avoir accès à des soins de qualité pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les complémentaires santé. Il n'y a donc pas de reste à charge pour les patients.

Attention, cela s'applique uniquement à certains paniers de soins en optique, dentaire et audiologie.



RESTE À CHARGE ZÉRO

OPTIQUE



Montures

17 modèles de montures adultes de qualité au prix de vente **limité à 30 €**

Remboursement tous les 2 ans à partir de 16 ans

10 modèles de montures enfants (de moins de 16 ans) de qualité au prix de vente **limité à 30 €**

Remboursement tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans

Verres

Verres amincis, traitement antireflet et antirayures pour tous troubles visuels

RESTE À CHARGE ZÉRO

DENTAIRE



Couronne céramique zircone	●	●	●	●	○
Couronne céramique hors zircone	●	●	●	○	○
Couronne céramométallique	●	●	●	○	○
Couronne métallique	●	●	●	●	●
Bridge céramo-métallique en remplacement d'une incisive	●	○	○	○	○
Bridge métallique	●	●	●	●	●
Prothèse amovible en résine	●	●	●	●	●
Réparation sur prothèse amovible en résine	●	●	●	●	●

● Panier « 100 % Santé »
○ Hors panier « 100 % Santé »

RESTE À CHARGE ZÉRO

AUDIOLOGIE



Aide auditive

30 jours d'essai avant achat

12 canaux de réglages minimum

3 options minimum garanties : systèmes anti-acouphènes, réducteur de bruit du vent, connectivité sans fil...

4 ans de garantie pour défaut de fabrication ou panne

Renouvellement tous les 4 ans

La prévention

Qu'est-ce que c'est ?

La prévention selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948 :
« la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

La prévention santé constitue **l'ensemble des actions préventives**, organisées dans le but d'éviter ou de réduire l'apparition, le développement et la gravité des accidents, maladies et handicaps divers, pouvant affecter la population.

Les acteurs de la prévention santé

- Le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités,
- les collectivités locales,
- les institutions,
- les établissements publics,
- l'Agence nationale de santé publique,
- les professionnels de santé,
- les organismes complémentaires,
- la population...

3 niveaux de prévention santé

1 La prévention santé primaire

Elle a pour vocation d'**empêcher la survenue d'une maladie ou d'un accident**, notamment en diminuant les facteurs de risques. La prévention primaire consiste en des mesures de **prévention individuelles** (alimentation, hygiène, etc.) **ou collectives** (campagnes de vaccination...).

2 La prévention santé secondaire

Elle concerne tous les actes de **dépistage, diagnostic et traitement précoce des maladies** (travail de l'infirmière scolaire, du médecin du travail, etc.).

3 La prévention santé tertiaire

Elle vise à **réduire la progression et les séquelles d'une pathologie connue**, notamment par le biais d'actions de rééducation ou de réinsertion sociale.



L'action sociale

Dans les contrats collectifs, au-delà des garanties de santé, un fonds social peut être mis en place pour pallier les **difficultés des salariés**. Des aides exceptionnelles peuvent être accordées pour aider ponctuellement les salariés à faire face à **des dépenses imprévues et importantes**. Les dossiers sont analysés en fonction de la difficulté rencontrée, du montant des ressources du foyer et de la situation des personnes.

L'action sociale n'est pas obligatoire dans les contrats collectifs mais les mutuelles sont souvent bien organisées sur le sujet et placent ce thème au cœur de leurs actions mutualistes.

L'assistance

L'assistance est une garantie complémentaire aux garanties frais de santé. Elle intervient **en cas de maladie ou d'accident** pour organiser des **prestations d'aide à domicile, le transport des salariés en cas de décès d'un proche, mettre en place des services d'écoute psychologique**.

L'assistance n'est pas obligatoire mais fortement recommandée pour permettre une protection sociale élargie.



LA NÉGOCIATION DE A À Z



La définition des catégories objectives

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les deux textes auxquels se réfèrent les critères 1 (cadres/non cadres) et 2 (seuil des tranches de rémunération) pour définir les catégories objectives sont devenus caducs (CCN du 14 mars 1947 et ANI du 9 décembre 1961).

Deux accords nationaux interprofessionnels signés le 17 novembre 2017 ont remplacé ces textes. Ils actent la fusion des régimes de retraite complémentaire Agirc et Arrco :

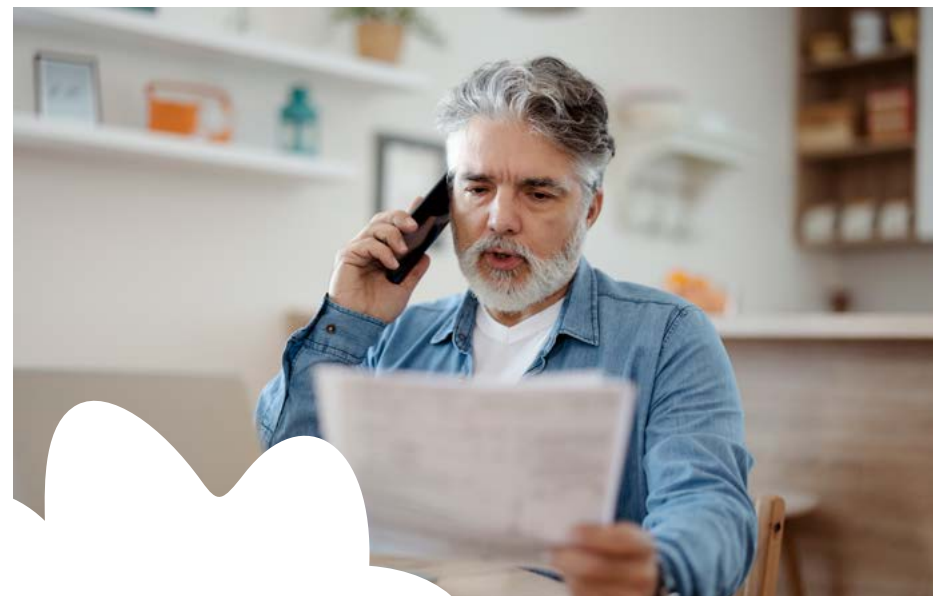
- **accord national interprofessionnel instituant le régime Agirc-Arrco de retraite complémentaire,**
- **accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres.**

Ainsi, le décret du 30 juillet 2021 a redéfini les critères 1 et 2 afin de tenir compte de ces évolutions conventionnelles (notamment la suppression des références aux articles 4, 4 bis et 36 annexe I de la CCN du 14 mars 1947).

Depuis le 1^{er} janvier 2022, la définition des catégories objectives est fixée :

- **Selon le statut, cadre ou non cadre.** La définition par défaut est celle fixée aux articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017. Il est possible d'étendre la catégorie des cadres à des salariés non cadres à condition que la définition des salariés concernés soit fixée dans une convention ou accord de branche professionnel ou interprofessionnel agréé par la commission paritaire rattachée à l'APEC. Dans ce cas, les entreprises sont libres d'inclure ou non les salariés concernés dans la catégorie des cadres pour le bénéfice des garanties de protection sociale complémentaire. Cette faculté doit être expressément mentionnée dans la convention ou l'accord agréé par la commission rattachée à l'APEC. En l'absence de cette mention, les entreprises sont tenues d'inclure les salariés ainsi définis.

- **Selon un seuil de rémunération** égal au plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) ou à 2, 3, 4 ou 8 fois ce plafond, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède 8 PASS.
- **Selon les classifications des conventions de branche et accords professionnels et interprofessionnels.**
- **Selon le niveau de responsabilités, du type de fonctions, du degré d'autonomie ou de l'ancienneté dans le travail** correspondant aux catégories ci-dessus.
- **Selon l'appartenance à un régime** légalement ou réglementairement obligatoire à certaines catégories de salariés définies par la convention collective, un accord de branche ou un ANI ou à des catégories construites par les usages constants généraux et fixes en vigueur dans la profession.



Les différentes formes de cotisations

Plusieurs formules de cotisations possibles :

• La cotisation « famille unique »

La cotisation « famille unique » correspond, comme son nom l'indique, à une tarification unique, peu importe la situation familiale du salarié : célibataire, marié, avec ou sans enfant. Cette dernière permet à la fois de financer sa propre couverture et, éventuellement, celle de ses ayants droit.

• La cotisation « isolé/famille »

La cotisation « isolé/famille » permet au salarié de choisir de **cotiser seul ou avec ses ayants droit**.

- En isolé : le salarié cotise pour lui seul.
- En famille : le salarié cotise pour lui et ses ayants droit (conjoint, pacsé ou concubin et ses enfants).

• La cotisation « adulte/enfant »

La cotisation « adulte/enfant » va permettre de **moduler le coût de la mutuelle selon la composition familiale**. L'adulte et l'enfant auront chacun leur tarification.

• La cotisation « isolé/duo/famille »

La cotisation « isolé/duo/famille » va permettre de moduler le coût de la mutuelle selon la composition familiale.

- En isolé : le salarié cotise pour lui seul.
- En duo : le salarié cotise pour lui et son conjoint, concubin, pacsé ou 1 enfant à charge, notamment dans le cadre de situation monoparentale.
- En famille : le salarié cotise pour lui et ses ayants droit (conjoint, pacsé ou concubin et ses enfants).

Selon les structures de cotisations choisies par l'employeur, l'affiliation du salarié est dite obligatoire et celle des ayants droit peut être obligatoire ou facultative.

S'il s'agit d'une affiliation obligatoire, l'employeur a alors l'obligation de participer au financement des cotisations et pourra bénéficier des avantages sociaux et fiscaux cités ci-dessus pour l'ensemble de sa participation.

Si l'affiliation est facultative, l'employeur a le choix : soit le surplus de cotisations est à la charge intégrale du salarié, soit l'employeur en finance une partie ou la totalité. Dans ce dernier cas, l'employeur ne bénéficie d'aucun avantage social et fiscal au titre de cette participation.

Les participations financières

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la loi dite de sécurisation de l'emploi **impose aux employeurs de participer au financement d'une partie des cotisations**. Cette participation financière de l'employeur est encadrée par différentes dispositions car elle donne droit à des **avantages sociaux et fiscaux**.

Une certaine liberté est accordée à l'employeur dans la détermination du taux de participation au financement de la mutuelle d'entreprise obligatoire. Toutefois, il doit respecter **le taux minimal de 50 %**. Cela veut donc dire qu'il doit financer **au moins la moitié du montant des cotisations** due au titre de la complémentaire santé.

Cette participation minimale peut être **réévaluée si un accord de branche fixe un taux de participation supérieur**.

Dans tous les cas, la participation financière de l'employeur peut être supérieure au minimum prévu dans les textes.

Elle peut même aller jusqu'à une prise en charge totale. La part payée par l'employeur au titre des cotisations d'assurance santé est considérée comme un **avantage en nature, à ce titre, elle est incluse dans le revenu imposable des salariés**.

Il existe 3 dérogations au principe d'uniformité du montant de la contribution qui permettent à l'employeur de moduler son niveau de participation selon les salariés.

- 1** Les salariés à temps partiel et les apprentis peuvent en principe bénéficier d'une dispense d'adhésion à la mutuelle obligatoire d'entreprise lorsque le montant de la cotisation à leur charge dépasse 10 % de leur rémunération brute. Ainsi, l'employeur peut prendre en charge l'intégralité du montant de leurs cotisations afin qu'ils puissent bénéficier du régime d'entreprise.
- 2** Il est également possible pour l'employeur d'adapter le montant de sa participation à la composition du foyer du salarié.
- 3** Pour les salariés «multi-employeurs», la participation patronale peut faire l'objet d'un partage par quotes-parts entre eux, selon des conditions qu'ils déterminent conjointement (justification par tout moyen de la situation « multi-employeurs » des salariés et de la répartition de la contribution patronale entre les employeurs concernés).

La participation financière du CSE : rappel des principes (Circulaire de l'Urssaf Caisse nationale (Ex-ACOSS) n° 20140000002 du 04/02/2014)

- Le CSE **ne peut en aucun cas prendre en charge tout ou partie de la cotisation due par l'employeur** au titre d'un régime collectif de protection sociale complémentaire.
- À contrario, dans le cadre de sa compétence en matière d'activités sociales et culturelles, **une participation du CSE au financement de la cotisation salariale est possible.**

La participation du CSE est susceptible de bénéficier de l'exemption d'assiette lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre de **prestations de « secours »** (prise en charge ponctuelle et exceptionnelle au profit des salariés en difficultés financières).

Par ailleurs, la participation financière du CSE qui bénéficie à l'ensemble des salariés de l'entreprise (ou à l'ensemble des salariés d'une catégorie « objective »), est **assimilée à une contribution de l'employeur.**



Bon à savoir

Les conditions d'exonération des charges sociales

La participation financière de l'employeur au paiement des cotisations de la complémentaire santé collective lui ouvre **droit à une exonération des cotisations de Sécurité sociale**, plafonnée à 6 % du PASS (plafond annuel de la Sécurité sociale) et à 1,5 % de la rémunération annuelle brute. Le total des contributions exonérées ne peut dépasser 12 % du PASS.

Elle est également considérée comme une charge et **peut donc être déduite du bénéfice imposable.**

Pour bénéficier de ces avantages fiscaux, l'employeur doit toutefois **respecter un certain nombre de conditions, et notamment :**

- le choix d'un contrat d'assurance santé dit **solidaire et responsable**,
- **une participation minimale de 50 % pour le paiement des cotisations** qui ne doit pas venir en remplacement d'une partie de la rémunération du salarié,
- l'**adhésion obligatoire de tous les salariés**, en dehors de ceux qui peuvent bénéficier d'un des cas de dispenses prévus,
- la participation financière de l'employeur doit être à un **taux identique soit pour tous les salariés, soit pour les salariés de même niveau** (cadres et non cadres ou catégories objectives),

• **la mise en place de la complémentaire santé collective obligatoire** suite à un accord collectif, une consultation des employés ou une décision unilatérale de l'employeur (conditions prévues dans l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale).

En revanche, les sommes versées par l'employeur au titre de la complémentaire santé collective restent assujetties à la CSG (contribution sociale généralisée) et à la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Par ailleurs, si l'entreprise compte plus de 11 salariés, elle est également soumise au forfait social au taux de 8 %.

Les dispenses d'affiliation

Les cas de dispenses dits de plein droit

Cas n°1

Lorsqu'un régime complémentaire en santé a été mis en place suite à une DUE (décision unilatérale de l'employeur), et que le salarié est présent dans l'entreprise. C'est la **dispense dite loi Évin**. La DUE (article 11) doit être constatée par un écrit remis à chaque salarié, sur la base d'un niveau minimal de garanties (le panier de soins) et financé pour moitié par l'employeur. Il s'agit d'une **dispense d'affiliation permanente**.

Cas n°2

Lorsque le salarié est **en CDD ou contrat de mission de moins de trois mois**, engageant normalement une adhésion obligatoire, alors qu'il est **déjà couvert par une mutuelle individuelle respectant les critères d'un contrat responsable**. Il s'agit d'une **dispense d'affiliation** sur justificatif d'une couverture respectant les conditions des contrats responsables.

Cas n°3

Lorsque le salarié bénéficie déjà de prestations en tant qu'assuré **au titre d'un autre emploi y compris en tant qu'ayant droit** (pour ce dernier cas que la couverture soit obligatoire ou facultative), sous l'un des régimes suivants :

- couverture collective obligatoire ;
- complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » destinés aux travailleurs indépendants ;
- organismes de protection sociale complémentaire des fonctionnaires ;
- régime local d'Alsace-Moselle.

Le salarié peut donc être dispensé d'adhérer au contrat collectif de son entreprise s'il justifie de cette autre couverture. La dispense prend fin lorsque le salarié n'est plus bénéficiaire de l'une de ces couvertures.

Cas n°4

Lorsque le salarié est **couvert par une assurance individuelle**, mais seulement jusqu'à la date d'échéance annuelle de son contrat. **À la date anniversaire de son contrat individuel**, le salarié devra **obligatoirement souscrire à la couverture d'entreprise** instaurée par son employeur. Il s'agit d'une **dispense d'affiliation temporaire** jusqu'à expiration du contrat individuel.

Cas n°5

Lorsque le salarié bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS), il peut être dispensé d'affiliation tant qu'il y a droit. Il s'agit d'une **dispense d'affiliation temporaire** jusqu'à expiration des droits à la CSS.

Les cas de dispenses inscrits dans l'acte fondateur

- **Pour les salariés embauchés avant la mise en place du régime par DUE** : en cas de financement intégral de l'employeur et pour les salariés entrant dans le champ d'application de l'article 11 de la loi Évin.
- **Pour les salariés d'une entreprise transférée non couverts à titre obligatoire avant le transfert** : à condition d'être présent dans l'entreprise transférée au moment de cette mise en place et que le régime soit obligatoire dans l'entreprise d'accueil encadré par DUE.
- **Pour les salariés à temps partiel et apprentis** : si le montant de la cotisation salariale au régime frais de santé d'entreprise est supérieur à 10 % de leur rémunération brute.
- **Pour les salariés et apprentis en contrat inférieur à 12 mois** : sans condition de couverture individuelle.
- **Pour les salariés et apprentis en contrat supérieur ou égal à 12 mois** : demande écrite et justification d'une couverture individuelle par un contrat santé.
- **Pour les salariés bénéficiaires, y compris en tant qu'ayants droit d'un des dispositifs suivants** : couverture collective obligatoire ; organismes de protection sociale complémentaire des fonctionnaires ; contrats d'assurance de groupe « Madelin » ; régime local d'Alsace-Moselle ; régime complémentaire (CAMIEG) ; régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ; caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRPSNCF). Dans les conditions suivantes sur justification annuelle :
 - couverture à titre obligatoire dans le cadre d'un autre emploi,
 - couverture obligatoire ou facultative en tant qu'ayants droit.

L'acte juridique de mise en place du régime peut limiter cette faculté de dispense aux seuls ayants droit couverts à titre obligatoire par leur régime d'accueil.

La portabilité

Qu'est-ce-que la portabilité ?

Lorsque vous êtes salarié, vous êtes couvert en santé et/ou en prévoyance dès votre embauche et même après votre départ de l'entreprise dès lors que vous avez été licencié (sauf pour faute lourde) ou que vous êtes en fin de CDD. **La durée de la portabilité est d'un an maximum** à condition d'avoir des droits ouverts à l'Assurance chômage auprès de France Travail.

Dans le cadre d'un licenciement (excepté pour faute lourde), pour toute fin de CDD et dans certains cas de démission légitime (ex : suivi du conjoint muté pour raisons professionnelles dans une autre région), le salarié peut **faire le choix de maintenir son niveau de couverture en santé** pour une période définie sur le nombre de mois d'ancienneté dans la structure et pour une durée maximale de 12 mois.

Exemple : un salarié qui a passé 6 mois dans une structure et qui adhérerait au contrat obligatoire de l'entreprise peut bénéficier de 6 mois de portabilité.

S'il était resté 5 ans dans l'entreprise, le droit à la portabilité serait de 12 mois.

Pour cela, il doit transmettre les justificatifs d'ouverture de droit à la portabilité en santé et prévoyance, dans un délai déterminé, en fonction des règles de gestion de l'organisme assureur. Ainsi, il pourra indiquer s'il souhaite en bénéficier et le cas échéant, en faire bénéficier sa famille ou son conjoint.

Ce dispositif est entièrement gratuit pour le salarié. La portabilité repose sur un financement par mutualisation dans lequel le coût est reparti entre l'employeur et les salariés toujours en activité.

Dès qu'il retrouve un emploi, il perd ses droits à la portabilité.

Il existe deux cas de figure dans lesquels la couverture santé d'entreprise peut être maintenue :

1 La suspension rémunérée : l'exemple de l'arrêt de travail pour maladie ou accident dans le cadre de certaines suspensions du contrat de travail, le **maintien de salaire est prévu par l'entreprise** ou un **complément de salaire est versé par un ou des organismes tiers** (Sécurité sociale et organismes de prévoyance complémentaires).

C'est le cas de l'arrêt de travail pour maladie ou accident. Dans ce cas, le salarié continue à bénéficier de sa complémentaire santé dans les mêmes conditions (garanties et financement de l'employeur).

2 La suspension non rémunérée : l'exemple du congé sabbatique ou congé pour convenance personnelle. Lorsque la suspension du contrat de travail ne donne lieu à aucune rémunération, **aucune obligation de maintien des garanties** ne pèse sur l'employeur **sauf cas expressément mentionné dans un accord collectif**. Les organismes complémentaires peuvent proposer aux salariés un maintien de la couverture santé en contrepartie du paiement intégrale de la cotisation (part patronale et salariale).

La suspension ou l'arrêt du contrat de travail imposent des obligations aux employeurs s'agissant du maintien des garanties santé mises en place dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire.

On distingue néanmoins plusieurs cas de suspension ou de rupture du contrat de travail, pour lesquels les règles de portabilité ou la loi Évin proposent différentes applications.

La loi Évin

Qu'est-ce que la loi Évin ?

La loi Évin est accessible **aux salariés qui quittent l'entreprise pour une raison indépendante de leur volonté** : incapacité de travail, invalidité, départ en retraite ou licenciement y compris pour faute lourde.

Les anciens salariés concernés doivent faire la demande auprès de l'organisme complémentaire gestionnaire du régime, soit dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, soit dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité, en fonction de leur situation.

L'organisme assureur adresse à l'ancien salarié une proposition de maintien de la couverture qui n'est pas limitée dans le temps.

En cas de départ à la retraite ou de décès : que dit la loi Évin ?

Le salarié qui fait valoir son droit à la retraite peut **continuer de bénéficier de sa complémentaire santé à un même niveau de garanties** s'il en fait la demande 6 mois, au plus tard, après son départ de l'entreprise.

S'il choisit de bénéficier de la loi Évin (article 4), il devra **s'acquitter de l'intégralité de la cotisation** et non uniquement de la part salariale qu'il payait durant sa période d'activité.

Exemple : pour une cotisation de 80 € pour laquelle l'employeur finançait le régime à 50 %, la part salariale était de 40 €.

Dans le dispositif ÉVIN, le salarié conserve les mêmes garanties mais la première année, il devient redevable de l'intégralité de la cotisation soit 80 €.

La deuxième année, l'organisme qui gère la complémentaire santé pourra augmenter sa cotisation de 25 %, de 50 % la troisième année et les tarifs sont libres à partir de la quatrième année. L'organisme n'est pas dans l'obligation d'augmenter la cotisation mais s'il le fait, cette progressivité doit être respectée.

Exemple : si ce même salarié prend sa retraite en août 2025, il paiera 80 € par mois la première année, puis la cotisation pourrait passer à 100 € en 2026, à 120 € en 2027 puis être délafonnée en 2028.

En cas de décès du salarié, l'article 4 de la loi Évin **permet aussi aux ayants droit de continuer de bénéficier des garanties du salarié** s'ils étaient eux-mêmes couverts par le contrat du salarié avant son décès. Les ayants droit doivent alors en faire la demande auprès de l'organisme complémentaire dans les 6 mois suivant le décès. Le maintien des garanties prévu par l'organisme complémentaire doit être a minima de 12 mois.

La couverture doit être **financée par les bénéficiaires**.

La résiliation infra-annuelle

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité. Elle crée une nouvelle modalité de résiliation de l'adhésion détachée de l'échéance annuelle.

Les contrats concernés

Le droit de résiliation concerne tous les contrats ou règlements d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs

activités professionnelles et relevant des branches ou des catégories de contrats définies par décret en Conseil d'État. **La loi s'applique à la fois aux contrats individuels et aux contrats collectifs** en santé.

Les contrats collectifs à adhésion obligatoire

Seuls les souscripteurs de ces types de contrats, c'est-à-dire les employeurs, pourront faire jouer la résiliation infra-annuelle.

Cette faculté n'est pas ouverte aux salariés couverts par ces contrats.

Les délais

La première année, il est possible de résilier uniquement à l'échéance du contrat.

À l'issue d'une année de souscription/adhésion, il sera possible de résilier à tout moment le contrat d'assurance santé.



Zoom

Dans le cadre des contrats obligatoires, c'est le contractant (l'employeur) qui a le pouvoir de résilier le contrat. Il faut donc que l'accord prévoit que les représentants du personnel doivent en être informés 3 mois en amont, qu'ils soient associés à la décision et qu'ils participent de nouveau à la sélection d'un nouvel organisme complémentaire.

Les effets et le formalisme

La résiliation ou la dénonciation prend effet 1 mois après la réception de la demande par l'organisme assureur, sans frais ni pénalités.

La législation a également assoupli le formalisme de résiliation. La lettre recommandée avec accusé de réception n'est plus de rigueur, un simple envoi par lettre ou tout autre support durable suffisent.

Le cahier des charges

Chaque individu a des besoins spécifiques en matière de santé. Ce qui conviendra à une personne ne correspondra pas forcément aux attentes d'une autre. Choisir la complémentaire santé collective correspond donc à un compromis entre les tarifs, les garanties proposées, les champs d'application et les structures de cotisations possibles.

Lors d'une négociation liée à la protection sociale, plusieurs éléments doivent être analysés pour pouvoir comparer les offres des différents organismes complémentaires.

De quelles garanties doivent bénéficier les salariés de mon entreprise ? Faut-il simplement appliquer la loi et les obligations conventionnelles ?

Tableaux de prestations

Dans le cadre d'une négociation santé, le contenu des garanties est primordial. Il est important de bien négocier les montants pris en charge par la complémentaire et surtout de vérifier s'ils incluent la part du régime obligatoire.

Les garanties doivent être suffisamment couvrantes pour minimiser le reste à charge des adhérents. Elles peuvent également prévoir des « plus » comme les médecines douces. Attention toutefois, ces garanties supplémentaires ont un coût et peuvent venir peser sur l'évolution des cotisations. Il faut donc négocier raisonnablement ce type de prestations.

Il convient aussi de vérifier que les prestations d'assistance sont en inclusion dans les garanties pour éviter certaines exclusions (maladies chroniques par exemple).

Il peut également, et c'est souhaitable, être demandé de prévoir l'accès à

un système d'action sociale pour venir en aide aux salariés en difficultés passagères.

La répartition du financement employeur-salariés

L'ANI du 11 janvier 2013 prévoit une répartition à 50/50 ; la loi de sécurisation de l'emploi assure un financement minimum de 50 % pour l'employeur alors que dans les accords de branche, cette répartition varie fortement.

Prévention et action sociale

Sur ces deux sujets, il est important que les actions puissent être construites en commun accord avec l'organisme retenu afin de cibler des actions qui répondent aux besoins des salariés que vous représentez.

Pilotage et suivi des résultats

En santé comme en prévoyance, les régimes doivent être pilotés. Il faut donc des outils qui permettent une restitution a minima annuelle des résultats (ratios prestations/cotisations, analyse de la consommation de soins, absentéisme, etc.).

Services associés

- Les équipes RH ont besoin de pouvoir suivre le contrat tant en termes d'effectifs, que de règlement des cotisations. Pour cela la plupart des opérateurs proposent une interface RH permettant aux équipes d'affilier des salariés, de modifier les RIB, de suivre le contrat par établissement...
- Pour les salariés, les extranets sont aussi importants car ils permettent de consulter leurs remboursements, d'ajouter des ayants droit, de rechercher un professionnel de santé conventionné, etc.

Application mobile

L'application mobile est en capacité d'offrir les mêmes services que l'extranet directement sur le téléphone mais aussi de charger des documents (note d'honoraires, attestation, etc.).

Réseaux de conventionnement

La taille du réseau de conventionnement en optique, audio et dentaire est primordiale. Le nombre de professionnels de santé conventionnés doit être vérifié (taille du réseau, présence territoriale, tarifs négociés, etc.).

Offres additionnelles

Les opérateurs santé et prévoyance ont parfois une gamme d'offres additionnelles en inclusion ou en tarification complémentaire. Il est important de s'assurer de ce qui est prévu en inclusion et ce qui relève d'une souscription complémentaire pour bien comparer les offres.

Assistance

L'assistance est une garantie complète qui doit absolument couvrir des prestations complémentaires au contrat principal (aide-ménagère, garde d'enfants et garde d'animaux, rapatriement, organisation sortie d'hospitalisation, etc.). Les offres sont différentes d'un opérateur à l'autre et il convient de bien analyser l'offre.

Mise en place et déploiement

L'opérateur qui candidate doit pouvoir présenter un rétroplanning de mise en place précisant les éléments suivants :

- fourniture de la communication à l'employeur et aux adhérents (guide RH, guide salariés, points de contacts),
- livraison des interfaces extranets RH et salariés,

- fourniture de la fiche DSN si l'employeur a choisi ce mode de règlement,
- date de livraison des cartes de tiers payant,
- réunion de lancement sur site.

Ces différents points peuvent faire l'objet d'une négociation au niveau de l'entreprise plutôt que par les autres voies possibles (référéndum ou décision unilatérale de l'employeur) si l'on veut s'assurer en priorité que les besoins et attentes des salariés sont connus.

On peut dans les deux cas se faire accompagner par un conseiller en assurance qui apportera son expertise technique et sa bonne connaissance du marché.

L'acte juridique

Depuis le 1^{er} janvier 2016, **l'entreprise a pour obligation de couvrir ses salariés en frais de santé**. Les contrats de frais de santé et de prévoyance doivent respecter un formalisme écrit.

Quel que soit le mode de mise en place, l'acte juridique doit prévoir, en cas de résiliation du contrat d'assurance, **les conditions de maintien des prestations**.

Mettre en place un contrat de prévoyance et/ou de complémentaire santé dans l'entreprise doit satisfaire à des obligations et respecter les modalités définies par l'article L.911-1 du Code de la sécurité sociale.

Comment mettre en place un contrat collectif ?

- 1** Par la **signature d'un accord collectif entre l'employeur et les organisations syndicales représentatives du personnel**. Avec ce mode de mise en place, le collaborateur ne peut ni refuser l'adhésion à un régime mis en place par accord collectif, ni refuser le paiement d'une partie des cotisations engagées (sauf cas de dispenses réglementaires en complémentaire santé).
- 2** Par la **ratification d'un projet de garanties collectives par la majorité des intéressés (référendum)**. Ce mode de mise en place ne peut être utilisé que sous certaines conditions spécifiques. Ces conditions réunies, les salariés votent par OUI ou NON sur le projet écrit très précis qui leur est soumis. Attention, de manière générale, tous les salariés remplissant les conditions pour être électeur doivent participer à la consultation et non uniquement ceux concernés par les mesures prévues par l'accord.
- 3** Si aucune négociation n'a abouti, **par une décision unilatérale de l'employeur**, constatée dans un écrit remis par celui-ci à l'ensemble des salariés concernés.
La décision doit être formulée par écrit et doit comprendre toutes les informations utiles au salarié, tout comme un accord collectif ou un accord acté par référendum. Attention, l'article 11 de la loi Évin (Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989) dispose qu'un salarié ne peut être contraint de cotiser contre son gré dès lors qu'il est présent à l'effectif au moment de la mise en place du dispositif. Il s'agit d'un cas de dispense d'ordre public.

Ces trois modalités de mise en place, appelées également « **actes fondateurs** » ou « actes de formalisation du régime » **sont par nature collectifs**. Ils ne figurent donc pas sur le contrat de travail du collaborateur et font partie du statut collectif des salariés.

La mise en place d'un contrat collectif apporte, sous conditions, des avantages fiscaux et sociaux, tant pour l'entreprise que pour le salarié.

L'information des salariés

L'employeur a pour obligation de remettre **une notice d'information** à tous les bénéficiaires de ce contrat (article 12 de la loi Évin du 31 décembre 1989).

Cette notice doit être fournie par l'organisme assureur et présenter clairement les garanties, leurs modalités d'application, les exclusions et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Chaque modification de garantie doit être portée à la connaissance des salariés.

- **Remise contre décharge de la notice d'information au salarié** dès son embauche, cette notice d'information détaillant les garanties de prévoyance souscrites par l'entreprise est établie par l'assureur.
- **Remise de la notice d'information au salarié** à chaque nouvelle mise à jour adressée par l'assureur et au moins 3 mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le défaut d'information peut amener le salarié à exiger de son employeur, la réparation d'un préjudice résultant d'une garantie dont il pensait pouvoir bénéficier.

En cela, la preuve de la remise de la notice d'information au salarié incombe à l'employeur.

Pilotage des contrats

Les porteurs de risques (mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance) ont l'obligation de **présenter les résultats techniques** qui permettent à l'employeur et aux partenaires sociaux, d'analyser le comportement de la consommation et le rapport prestations/cotisations (P/C) ou sinistres/primes chez les assureurs.

Cette notion est très importante car un ratio P/C trop dégradé entraîne assez souvent un souhait de retour à l'équilibre pour l'assureur et **une indexation des cotisations** pour atteindre celui-ci ou une baisse des garanties. Le questionnement est tout aussi légitime dans le cas contraire.

Que ce soit au niveau de la branche ou de l'entreprise, l'analyse des comptes de résultats est importante dans le cadre du lancement d'un nouvel appel d'offres mais aussi chaque année dans le suivi du contrat.



LEXIQUE



Adhérent

Entreprise, établissement ou personne ayant souscrit une adhésion auprès d'un organisme complémentaire.

Base de remboursement

La base de remboursement de la Sécurité sociale (BR ou BRSS) est le tarif servant de référence à l'Assurance maladie pour définir le montant de remboursement pour chaque acte médical.

Bénéficiaire

Personne qui a droit à des prestations sociales, soit :

- à titre personnel lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors d'assuré.
- En tant qu'ayant droit (lien avec le salarié : enfant ou conjoint).

La complémentaire santé solidaire (CSS) donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite. Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à charge et sans avance de frais.

Cotisation

Contrepartie financière des garanties apportées par l'organisme assureur, qui lui est versée régulièrement. La cotisation est soit forfaitaire, soit déterminée en appliquant un taux à une assiette de cotisation.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement.

La plafond de la Sécurité sociale (PASS) ou plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Montant de salaire défini comme assiette limite des cotisations d'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, et comme salaire maximum pour le calcul des prestations (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité).

Recommandation de branche

Les partenaires sociaux d'une branche professionnelle peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs aux entreprises de leur branche.

Cette recommandation n'est pas obligatoire et les entreprises de la branche ont le choix d'adhérer ou non à l'un des organismes recommandés.

Les recommandations sont le fruit d'un processus de négociation précis au niveau de la branche et défini par la loi.

Réseaux de soins

Développés par les complémentaires santé, les réseaux de soins permettent de bénéficier de tarifs négociés et de diminuer le reste à charge par exemple en optique, audio, dentaire, etc.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par l'Assurance maladie.

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par la complémentaire santé.

Tiers-payant

Dispositif permettant à l'assuré d'être dispensé de tout ou partie des frais médicaux pris en charge par l'Assurance maladie ou par la complémentaire santé.

C'est le système qui permet à l'assuré de ne pas faire l'avance de frais de santé. L'Assurance maladie et/ou la complémentaire santé se chargent de verser directement au professionnel de santé le montant des remboursements prévus.



POUR UNE
SANTÉ
ACCESSIBLE
À **TOUS**

www.groupe-vyv.fr



GROUPE
vyv



Groupe VYV, union mutualiste de groupes soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 959500 E010X1L144F62. Siège social : 62-68, rue Jérôme-Duc - 75013 Paris. © GEFIM/maie - 06/25.

