



LIVRE BLANC → GUIDE PRATIQUE : COMMENT METTRE EN PLACE MA MUTUELLE D'ENTREPRISE ?

*Tout ce qu'il faut savoir pour bien comprendre
et mettre en place vos nouvelles obligations dans
le cadre de la généralisation de la complémentaire
santé à tous les salariés*



SOMMAIRE

1	Vos nouvelles obligations	P.5
1.1	Le panier de soins ANI	P.5
1.2	Un financement minimum à 50%	P.6
1.3	Le caractère collectif et obligatoire	P.6
1.4	Le caractère solidaire et responsable	P.8
2	Quelles garanties pour votre contrat ?	P.11
3	Quels avantages fiscaux et sociaux ?	P.15
4	En pratique : que faire pour votre entreprise ?	P.17
4.1	Vous avez déjà un contrat collectif au sein de votre entreprise : comment l'adapter ?	P.17
4.2	Vous n'avez pas encore de contrat collectif au sein de votre entreprise : comment le mettre en place ?	P.18
5	Portabilité des droits : attention aux salariés qui quittent l'entreprise	P.21



L'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi reprend et précise le principe de généralisation de la complémentaire santé institué par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013.

L'objectif :

assurer à tous les salariés une couverture collective obligatoire de frais de santé.

Au 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, devront ainsi mettre en place un contrat collectif obligatoire pour leurs salariés respectant à minima le panier de soins ANI.

Ce guide pratique vous donne les clés pour mettre en œuvre vos nouvelles obligations, dans le respect des contraintes de votre entreprise et des attentes de vos collaborateurs.



Au 1^{er} janvier 2016, vous devrez obligatoirement proposer une couverture santé collective à l'ensemble de vos salariés. Le contrat collectif mis en place doit répondre à plusieurs obligations.

1.1 LE PANIER DE SOINS ANI

Le décret du 8 septembre 2014 institue des prises en charge minimales obligatoires pour les contrats mis en place à partir du 1^{er} janvier 2016. La couverture minimale proposée doit ainsi comprendre :

- la prise en charge intégrale du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire ;
- la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ni exclusion ;
- des remboursements pour les soins dentaires prothétiques et d'orthodontie, ainsi que pour l'optique.

Attention !

Si la convention collective, à laquelle vous appartenez, impose une couverture plus favorable que le panier de soins ANI, vous êtes tenus de vous y conformer.

1.2 UN FINANCEMENT MINIMUM À 50%

Le financement de la couverture minimale (panier de soins ANI) doit être partagé par moitié entre le salarié et l'employeur.

Vous avez donc pour obligation de prendre en charge **au minimum 50%** de la cotisation.

↳ Bon à savoir :

La mutuelle d'entreprise est un levier de motivation pour les salariés. Dans le cadre de votre politique salariale, vous pouvez ainsi décider de prendre en charge plus de 50% du montant de la cotisation. Vous pouvez également choisir d'étendre les garanties aux ayants droit, c'est-à-dire aux membres de la famille.

1.3 LE CARACTÈRE COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

Le caractère collectif

Le contrat frais de santé mis en place doit nécessairement **couvrir l'ensemble des salariés**.

Vous pouvez cependant décider de différencier le contenu de la garantie et son financement (couvertures proposées, participation de l'employeur...) en fonction de certaines catégories de salariés.

Pour cela, il convient de définir des **catégories objectives** selon les critères fixés par les décrets du 9 janvier 2012 et du 8 juillet 2014 :

- L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres résultant de l'utilisation des définitions issues des dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;
- Un seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaires de retraite AGIRC/ARRCO, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche AGIRC.

Le caractère obligatoire

L'adhésion au contrat collectif mis en place doit être obligatoire pour tous les salariés. Néanmoins, la loi prévoit expressément la possibilité pour l'acte fondateur (Accord collectif, Référendum, Déclaration unilatérale de l'employeur) de mentionner **des cas de dispense**.

..... PEUVENT ÊTRE DISPENSÉS :

- Les salariés **déjà couverts à titre obligatoire par la garantie de leur conjoint**. La dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire ;
- Les salariés **bénéficiaires de l'ACS** (Aide à l'acquisition de la Complémentaire Santé) **ou de la CMU-C** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire). La dispense tombe au moment où le salarié cesse effectivement d'être bénéficiaire de l'ACS ou de la CMU-C. L'entreprise doit donc procéder à son affiliation au régime en cours d'année ;
- Les salariés **couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure**. Cette dispense n'est valable que jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite. Le salarié devra ensuite obligatoirement adhérer au contrat santé de l'entreprise ;
- Les salariés bénéficiant par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixé par l'arrêté du 26 mars 2012.

Le dispositif peut prévoir, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense suivants :

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois sous réserve de justifier d'une couverture individuelle souscrite ailleurs pour le même type de garanties ;

- Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite ailleurs ;
- Les salariés à temps partiel et apprentis si la cotisation est supérieure à 10% de leur rémunération brute.

EN PRATIQUE

La mise en œuvre d'un cas de dispense doit avoir lieu sur demande expresse formulée par le salarié, précision faite que ce dernier doit avoir été préalablement informé par son employeur des conséquences de son choix.

En tout état de cause, ces dispenses doivent être :

- justifiées chaque année par tout document utile ;
- expressément prévues par l'accord ayant institué le régime frais de santé (Accord collectif, Référendum ou DUE).

↳ Bon à savoir :

Si vous envisagez de mettre en place une garantie santé collective dans votre entreprise via une « Décision unilatérale de l'employeur » (DUE), l'article 11 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 prévoit que le salarié présent au moment de la mise en place du régime frais de santé peut demander à être dispensé d'adhésion au régime, sans justificatif et sans que vous puissiez vous y opposer.

1.4 LE CARACTÈRE SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Pour bénéficier du régime fiscal et social de faveur, le régime santé mis en place doit être solidaire et responsable.

Solidaire : l'organisme complémentaire a l'interdiction de demander aux bénéficiaires du contrat de remplir un questionnaire médical.

Responsable : le contrat doit respecter un certain nombre d'obligations et d'interdictions de prises en charge. Ces dernières ont été redéfinies par le décret du 18 novembre 2014.

Obligations de prise en charge

- l'intégralité du ticket modérateur⁽¹⁾ sur les consultations du médecin traitant ;
- 30% de la base de remboursement⁽²⁾ de l'Assurance maladie obligatoire pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant ;
- 30% des médicaments remboursés à 65% par l'Assurance maladie obligatoire (ex : vignettes blanches) ;
- 35% du tarif servant de base aux remboursements de l'Assurance maladie obligatoire pour les analyses et actes de laboratoires ;
- le ticket modérateur⁽¹⁾ sur les 7 prestations de prévention figurant sur une liste établie par le ministère de la santé.

⁽¹⁾ part restant normalement à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance maladie. Il est calculé sur la base de remboursement.

⁽²⁾ base de calcul servant de référence au remboursement de l'Assurance maladie.



Interdictions de prise en charge

- la participation forfaitaire de 1 € déduite par le Régime obligatoire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation ;
- la majoration du ticket modérateur, en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou lorsque la consultation s'effectue en dehors du parcours de soins coordonnés (PSC) ;
- les dépassements d'honoraires hors PSC ;
- les franchises médicales (le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes et prestations concernés).

Le parcours de soins coordonnés (PSC)

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.



QUELLES GARANTIES POUR VOTRE CONTRAT ?

2



Votre contrat doit au minimum prévoir les remboursements définis par le panier de soins ANI, et ce, au 1^{er} janvier 2016.

Vous pouvez décider de mettre en place un régime santé collectif supérieur.

Dans ce cas, vous devez veiller à ce que celui-ci ne dépasse pas les limites de garanties du contrat responsable, sous peine de sanctions fiscales et sociales.

Tableau de garanties ANI / Contrat responsable

Le tableau ci-dessous vous présente de façon synthétique les remboursements minimum et maximum que votre contrat doit prendre en charge pour respecter vos nouvelles obligations issues des deux réformes “Contrat responsable” et “Panier de soins ANI”.

	Prise en charge MINIMALE obligatoire	Prise en charge MAXIMALE autorisée
Médecins et honoraires médicaux (y compris praticiens hospitaliers)		
Honoraires & actes des médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	Ticket modérateur	/
Honoraires & actes des médecins non adhérents au CAS	Ticket modérateur	- 125% de la base de remboursement (2015-2016) puis 100% en 2017 - Prise en charge inférieure à 20% de la prise en charge dans le cadre du CAS
Auxiliaires médicaux, biologie, transport médical	Ticket modérateur	/
Hospitalisation		
Forfait journalier (hors établissement médico-sociaux)	Illimité	/
Frais de séjour	Ticket modérateur	/
Pharmacie		
Remboursée à 65%	Ticket modérateur	/
Remboursée à 30% et 15%	Pas d'obligation de prise en charge	/
Dentaire		
Soins	Ticket modérateur	/
Prothèses dentaires	125% du tarif de convention	/
Orthodontie	125% du tarif de convention	/

La prise en charge optique peut être de 2 types :

- Soit le contrat ne prend en charge que le ticket modérateur
- Soit le contrat va au-delà et doit respecter des remboursements minimum et maximum

Optique		
	Prise en charge MINIMALE obligatoire*	Prise en charge MAXIMALE autorisée
	Plancher	Plafond
Équipement simple	100 €	470 €
Équipement complexe	200 €	750 €
Équipement très complexe	200 €	850 €
Équipement mixte (verre simple + verre complexe)	150 €	610 €
Équipement mixte (verre simple + verre très complexe)	150 €	660 €
Équipement mixte (verre complexe + verre très complexe)	200 €	800 €

Ces limites s'appliquent pour une période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La prise en charge des montures est quant à elle plafonnée à 150 euros.

* La prise en charge minimale limitée au ticket modérateur par le "Nouveau contrat responsable", n'est pas compatible avec la prise en charge minimale imposée par le "Panier de soins ANI".



Mise en conformité des contrats responsables : calendrier d'application

Selon la date de mise en place de votre acte fondateur, la date de mise en conformité de votre régime collectif avec les nouvelles dispositions des contrats responsables varie.

Cas de figure		Date de mise en conformité
Contrats en cours au 1 ^{er} avril 2015	Acte fondateur (Accord collectif, Référendum ou DUE) antérieur au 19 novembre 2014	Lors de la prochaine modification de l'acte fondateur et au plus tard le 1 ^{er} janvier 2018
	Acte fondateur postérieur au 19 novembre 2014	Au prochain renouvellement (le plus souvent le 1 ^{er} janvier 2016)
Nouveau contrat postérieur au 1 ^{er} avril 2015		Application immédiate

↳ Bon à savoir :

Certains actes de santé courants (médecine douce, lentilles notamment...) n'entrent pas dans le périmètre obligatoire du panier de soins ni du contrat responsable. Cependant, rien ne vous interdit de les intégrer à vos garanties.

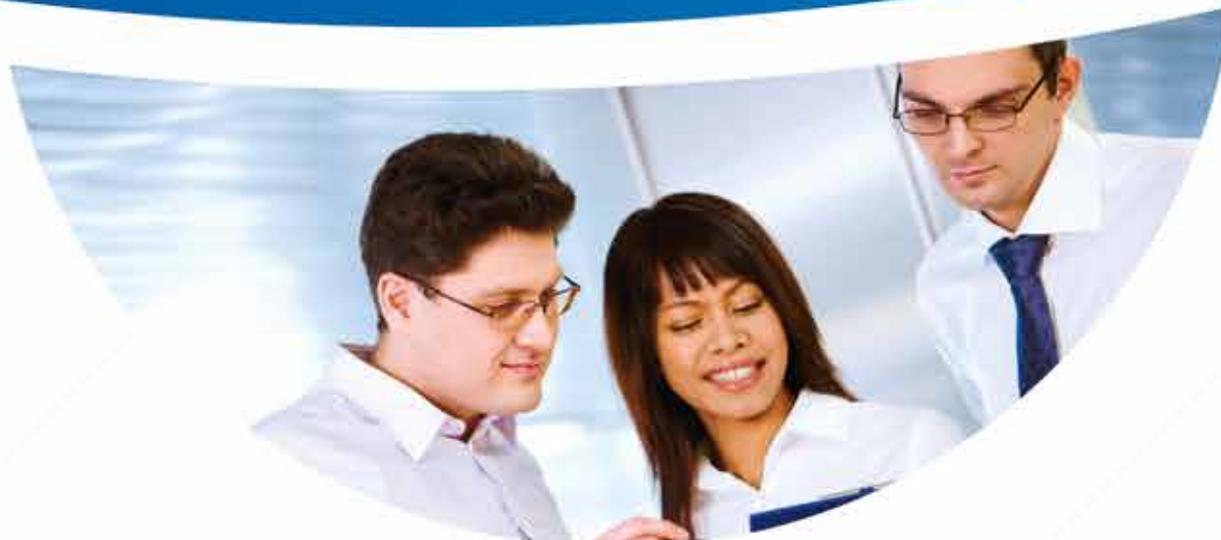
Si le salarié souhaite être couvert au-delà des garanties proposées par le contrat collectif mis en place dans l'entreprise, il pourra souscrire à titre individuel à une sur-complémentaire santé pour renforcer sa protection.



QUELS AVANTAGES FISCAUX ET SOCIAUX ?

3

Si votre contrat répond aux nouvelles obligations définies par le législateur, il bénéficie d'un régime fiscal et social de faveur.



	Régime fiscal	Régime social
Pour l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> • Cotisations déductibles de l'impôt sur les sociétés. • Contrat soumis à la TSA (Taxe de solidarité additionnelle) à hauteur de 13.27% (contre 20.27% si non responsable). • Pour les entreprises de plus de 9 salariés : cotisations soumises au forfait social de 8%. • Pour les entreprises de moins de 10 salariés : pas de forfait social. 	<p>Exonérée de cotisations sociales dans la limite de 6% du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et 1.5% de la rémunération annuelle brute du salarié.</p> <p>Le total de l'exonération est plafonné à 12% du PASS.</p>
Pour le salarié	<p>Les cotisations salariales aux régimes de prévoyance et de santé ne sont pas prises en compte dans l'assiette des sommes à déclarer au titre de l'IR (Impôt sur le revenu) du salarié dans la limite de 5% du PASS et de 2% de sa rémunération annuelle brute.</p> <p>Le total ne peut dépasser 24% du PASS (env. 2 500 € pour un salarié à 30 K€).</p> <p><i>NB : Depuis janvier 2013, les cotisations patronales aux régimes de santé sont réintégréées dans le net imposable du salarié.</i></p>	<p>Pour les cotisations patronales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exonérées de charges sociales dans la limite de 6% du PASS et 1.5% de la rémunération annuelle brute du salarié. Le total de l'exonération est plafonné à 12% du PASS. • Soumises à la CSG/CRDS. <p>Pour les cotisations salariales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soumises intégralement à charges sociales et à la CSG/CRDS.



Exemple de calcul de la participation employeur :

Entreprise de 25 salariés
Cotisation de 30 euros/mois financée à 50% par l'employeur

Cotisation patronale	15 €
Charges sociales (cotisation Sécurité sociale)	0 €
Niveau fiscal	
- Forfait social de 8%	+ 1.2 €
- Déduction de l'IS (Taux IS : 33.33%)	- 5 €
Coût pour l'employeur	11.2 €





4.1 VOUS AVEZ DÉJÀ UN CONTRAT COLLECTIF AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE :

COMMENT L'ADAPTER ?

Vous avez vérifié que votre contrat respecte le panier de soins ANI et que vous financez au minimum 50% de la cotisation de votre salarié.

Quelles sont les prochaines étapes ?

- ① Un accord collectif a été conclu au sein de votre branche et votre contrat de complémentaire santé répond aux dispositions de cet accord
 - Vous n'avez pas besoin de modifier votre contrat frais de santé. Si vous souhaitez tout de même apporter des modifications, vous devez modifier l'acte fondateur de votre contrat (Accord collectif, Référendum ou DUE) mais vous perdrez le bénéfice de la période transitoire attachée aux règles des contrats responsables.
- ② Un accord collectif a été conclu au sein de votre branche et votre contrat de complémentaire santé ne répond pas à ses dispositions
 - Vous devez mettre en place une couverture respectant les dispositions de l'accord de branche à la date prévue par ce dernier et au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Pour cela, vous devez modifier l'acte fondateur (Accord collectif, Référendum ou DUE) de votre contrat et adapter les garanties santé conformément aux obligations conventionnelles.
- ③ Aucun accord collectif de branche n'a été conclu
 - Vous n'avez pas besoin de modifier votre contrat frais de santé. Si vous souhaitez tout de même apporter des modifications, vous devez modifier l'acte fondateur de votre contrat (Accord collectif, Référendum ou DUE) mais vous perdrez le bénéfice de la période transitoire attachée aux règles des contrats responsables.

↳ Bon à savoir :

Si aucun accord d'entreprise ne parvient à être conclu ou si le référendum n'aboutit pas, vous avez toujours la possibilité de mettre en place une couverture santé collective par le biais d'une DUE.



4.2 VOUS N'AVEZ PAS ENCORE DE CONTRAT COLLECTIF AU SEIN DE VOTRE ENTREPRISE : COMMENT LE METTRE EN PLACE ?

① Un accord collectif a été conclu au sein de votre branche

..... Vous devez mettre en place une couverture respectant les dispositions de l'accord de branche à la date prévue par ce dernier et au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Si les garanties prévues dans cet accord vous semblent insuffisantes, vous pouvez les compléter en vous assurant de respecter les critères des nouveaux contrats responsables. Pour cela, vous devez mettre en place un régime obligatoire par le biais d'un acte fondateur (Accord collectif, Référendum ou DUE) (cf encadré ci-contre).

② Aucun accord collectif de branche n'a été conclu

..... Vous devez mettre en place une complémentaire santé collective et obligatoire pour tous vos salariés respectant le panier de soins minimum et le financement à hauteur de 50% de la cotisation du salarié. Pour cela, vous devez avoir recours à l'un des trois actes fondateurs (Accord collectif, Référendum ou DUE) (cf encadré ci-contre).

QUEL ACTE FONDATEUR POUR METTRE EN PLACE VOTRE CONTRAT ?



L'accord d'entreprise

Cette méthode est possible, si vous disposez d'au moins un délégué syndical au sein de votre entreprise. Vous engagerez alors des négociations avec les organisations syndicales représentatives qui aboutiront à un accord d'entreprise.

Attention à ne pas oublier d'informer et consulter préalablement votre CE pour avis.



Le référendum

Pour cela, vous devez soumettre un projet de contrat santé collectif à l'ensemble de vos salariés, qui sera validé, si le vote recueille la majorité des électeurs inscrits.

Attention à ne pas oublier d'informer et consulter préalablement votre CE pour avis.



La Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)

Il s'agit de la méthode la plus simple et la plus adaptée pour les TPE/PME. Vous prenez seul les décisions tout en respectant certaines obligations : informer et consulter préalablement vos représentants du personnel si vous en avez, remettre votre DUE écrite à chacun de vos salariés et les faire signer.





Le dispositif dit de « portabilité » introduit le maintien des couvertures « frais de santé et prévoyance » en cas de cessation du contrat de travail.*

Cette mesure instaure de nouveaux droits pour les salariés quittant l'entreprise, mais également de nouvelles obligations pour les employeurs.

QUELLES CONDITIONS ?

Depuis le 1^{er} juin 2014, toutes les entreprises sont ainsi tenues d'assurer le maintien des garanties « remboursements de frais de santé » à leurs ex-salariés.

Depuis le 1^{er} juin 2015, elles sont tenues d'assurer le maintien des garanties « prévoyance » (décès, incapacité de travail et invalidité). Le maintien des garanties est soumis à plusieurs conditions :

- La cessation du contrat de travail du salarié (sauf licenciement pour faute lourde) doit ouvrir droit à une **prise en charge par le régime d'Assurance chômage** ;
- Les droits à la complémentaire santé doivent être ouverts chez **l'employeur avant la cessation du contrat de travail** ;
- Les salariés et ayants droit doivent **bénéficier du régime portabilité à la date de la cessation du contrat de travail** ;
- **Le maintien des garanties est gratuit** pour l'ancien salarié et ses ayants droit ;
- Le maintien est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de 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, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

* Le dispositif de portabilité a été mis en place par l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 puis modifié par l'ANI du 11 janvier 2013 pour enfin être intégré au code de la Sécurité sociale par la Loi du 14 juin 2013 de sécurisation de l'emploi.

QUI FINANCE ?

Le maintien des garanties est désormais gratuit pour les bénéficiaires. Il peut être financé via un système de mutualisation, c'est à dire par l'employeur et les salariés actifs. Il n'est plus possible de financer le dispositif par un mécanisme de co-financement « ancien salarié / employeur » et de faire acquitter une part de cotisation au bénéficiaire de la portabilité, comme l'autorisait l'ANI de 2008.

En conséquence, les entreprises ayant opté à l'origine pour un système de co-financement doivent désormais supporter une hausse des cotisations du contrat d'entreprise pour financer la portabilité.

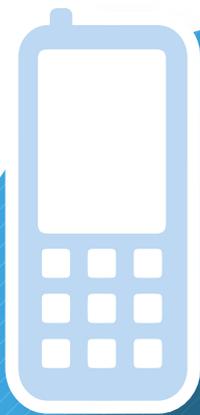
EN PRATIQUE

Obligations de l'employeur :

- Signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis au salarié ;
- Informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Obligations du salarié :

Tout au long de la période de « portabilité », l'ancien salarié doit justifier auprès de son organisme assureur qu'il remplit les conditions pour bénéficier du maintien des garanties au jour de la cessation du contrat de travail.



→ CONTACTEZ
NOUS

AU

03 44 06 91 00