



---

# LIVRE BLANC DE L'ANI

---

Guide  
de la généralisation de  
**la complémentaire santé  
en entreprise.**



Le 11 janvier 2013, les organisations patronales et trois organisations syndicales ont signé l'accord national interprofessionnel (l'ANI) ou accord sur la compétitivité et la sécurisation de l'emploi.

Cet accord comporte deux volets : le premier est dédié au parcours professionnel et le second à la flexibilité.

L'un des points modificatifs du premier volet a été de proposer de rendre obligatoire la mise en œuvre par l'employeur d'une couverture complémentaire santé de l'ensemble de ses salariés, et ce, avec un niveau minimal de garanties et d'étendre la période de portabilité des droits à la couverture complémentaire santé avec son maintien à titre gratuit.

Le 14 juin 2013, le Parlement a adopté la loi transposant l'accord sur la sécurisation de l'emploi, conclu le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux et a ainsi entériné la couverture complémentaire obligatoire pour tous les salariés avec un niveau minimal de garanties au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Cette loi étant d'ordre public, l'employeur ne pourra y déroger par convention. Elle impose donc la mise en place d'une couverture frais de santé, et ce, quelle que soit la taille de l'entreprise.

Parallèlement, les pouvoirs publics<sup>1</sup> ont proposé, en juillet 2013, de faire évoluer les contrats solidaires et responsables afin d'en faire de véritables instruments de régulation du système de santé. Cette suggestion a été reprise dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014<sup>2</sup> qui a posé le principe d'un renforcement des conditions du contrat responsable.

Enfin, les décrets du 8 septembre<sup>3</sup> et du 18 novembre 2014<sup>4</sup> sont venus préciser l'ensemble de ces dispositions, réorganisant ainsi le panorama général de la complémentaire santé obligatoire en entreprise.

Face aux bouleversements générés par l'ANI corré à l'adoption de nouvelles dispositions en matière de complémentaire santé obligatoire, ce document s'adresse à l'ensemble des professionnels désireux de mettre en place dans leur entreprise une complémentaire santé. Il a également pour vocation de délivrer des informations pratiques à tous ceux qui possèdent déjà un contrat frais de santé au sein de leur organisation et qui souhaitent mettre à jour leur convention au regard de la nouvelle réglementation.

---

<sup>1</sup> / S'inspirant du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie du 18 juillet 2013 (HCAAM)

<sup>2</sup> / Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

<sup>3</sup> / Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

<sup>4</sup> / Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

# SOMMAIRE

<b>1. LA MISE EN PLACE DE L'ANI</b>	<b>P. 6</b>
<b>1.1. Calendrier de mise en place de l'ANI.</b>	p. 6
<b>1.1.1. Première étape : des négociations ouvertes au niveau des branches.</b>	p. 6
<b>1.1.2. Seconde étape : une négociation ouverte au sein de l'entreprise.</b>	p. 7
<b>1.1.3. Troisième étape : décision unilatérale de l'employeur.</b>	p. 7
<b>1.2. Modalités de mise en place de l'ANI au sein de l'entreprise.</b>	p. 7
<b>2. ACCORDS DE BRANCHE ET CLAUSES DE RECOMMANDATION</b>	<b>P. 9</b>
<b>3. LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE D'UN CONTRAT ANI AU SEIN DE L'ENTREPRISE : LA MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COLLECTIF ET OBLIGATOIRE</b>	<b>P. 10</b>
<b>3.1. Le caractère collectif du régime.</b>	p. 10
<b>3.1.1. Critère n°1 : l'appartenance aux catégories cadres et non cadres.</b>	p. 11
<b>3.1.2. Critère n°2 : un seuil de rémunération.</b>	p. 11
<b>3.1.3. Critère n°3 : la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail.</b>	p. 11
<b>3.1.4. Critère n°4 : les sous-catégories fixées par les conventions collectives définies par référence au niveau de responsabilité, au type de fonctions, au degré d'autonomie dans le travail et à l'ancienneté.</b>	p. 11
<b>3.1.5. Critère n°5 : l'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.</b>	p. 12
<b>3.2. Le caractère obligatoire du régime.</b>	p. 12
<b>4. LE PANIER DE SOINS ANI ET SA MODULATION AVEC LE CONTRAT RESPONSABLE</b>	<b>P. 15</b>
<b>4.1. Le contenu des garanties ANI.</b>	p. 15
<b>4.2. Le contrat responsable.</b>	p. 16
<b>4.2.1. Qu'est-ce qu'un contrat responsable et solidaire ?</b>	p. 16
<b>4.2.2. Les exigences imposées par le contrat responsable avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.</b>	p. 16
<b>4.2.3. Le renforcement des conditions du contrat responsable depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 et ses décrets d'application.</b>	p. 17

<b>4.3. Combinaison panier de soins ANI et contrat responsable.</b> .....	p. 21
<b>4.4. Calendrier de mise en œuvre des nouvelles garanties “ANI” et “contrat responsable”.</b> .....	p. 22
<i>La mise en place de l’ANI et du nouveau cahier des charges du contrat responsable est soumise à deux calendriers différents. Il conviendra en fonction de la situation propre à chaque entreprise, d’optimiser cet agenda.</i>	
<b>4.4.1. Date de mise en place du “socle ANI”.</b> .....	p. 22
<b>4.4.2. L’agenda du “contrat responsable”.</b> .....	p. 22

## **5. LA PORTABILITÉ DES DROITS** P. 25

<b>5.1. Renforcement de la portabilité des droits du salarié.</b> .....	p. 25
<b>5.2. Mise en cohérence du dispositif de maintien de droits volontaires.</b> .....	p. 27

## **6. LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MINIMALE ANI** P. 28

<b>6.1. Le financement minimal de l’employeur.</b> .....	p. 28
<b>6.2. Les modalités de ce financement.</b> .....	p. 29

## **7. RÉGIME FISCAL ET SOCIAL DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ** P. 30

<b>7.1. Fiscalité des entreprises : cotisations déductibles de l’impôt sur les sociétés et forfait social à taux réduit.</b> .....	p. 30
<b>7.2. Impôt sur le revenu des salariés : des cotisations déductibles dans une certaine limite.</b> .....	p. 31
<b>7.3. Taux de la taxe sur les conventions d’assurance.</b> .....	p. 32
<i>Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, ce taux passe à 14% sur les contrats qui ne répondent pas au cahier des charges du contrat responsables.</i>	
<b>7.4. Régime social de la cotisation patronale.</b> .....	p. 32

## **8. LA SURCOMPLÉMENTAIRE** P. 33

## **LEXIQUE** P. 34

# 1.

## LA MISE EN PLACE DE L'ANI

Jusqu'à l'adoption de la loi de sécurisation de l'emploi, il n'existait pas d'obligation de négocier sur la couverture complémentaire santé ou de prévoyance au niveau de la branche. L'article L. 2242-11 du code du travail imposait uniquement à l'employeur dont les salariés n'étaient pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise définissant les modalités d'un régime de prévoyance maladie, d'engager chaque année une négociation sur ce thème.

Désormais les entreprises ont l'obligation d'ouvrir des négociations sur la couverture complémentaire santé.

**La loi de sécurisation de l'emploi est venue préciser et articuler dans le temps cette obligation de négocier par rapport à celle prévue pour les branches.**

### 1.1. CALENDRIER DE MISE EN PLACE DE L'ANI



#### 1.1.1. Première étape : des négociations ouvertes au niveau des branches

La loi reprend les stipulations de l'article 1<sup>er</sup> de l'ANI du 11 janvier 2013 aux termes desquelles, **du 1<sup>er</sup> juin 2013 au 30 juin 2014** des négociations devaient être ouvertes au sein des branches entre employeurs et professionnels.

Ces négociations devaient porter notamment sur :

- > La définition du contenu et du niveau des garanties, ainsi que sur la répartition de la charge des cotisations salariales (étant entendu que l'employeur doit participer au minimum à 50%),
- > Les modalités de choix de l'organisme assureur,
- > Le cas échéant, les modalités selon lesquelles certains salariés ou ayants-droit peuvent refuser d'adhérer au régime,
- > Le cas échéant, les adaptations prévues pour les salariés relevant du régime Alsace-Moselle.

### 1.1.2. Seconde étape : une négociation ouverte au sein de l'entreprise

Du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 1<sup>er</sup> janvier 2016, les entreprises non concernées par un accord de branche ou dont l'accord propose des garanties inférieures au panier de soins minimum, engagent des négociations, sur la base de l'article L. 2242-11 du code du travail, afin d'aboutir à la mise en place d'une couverture minimale en frais de santé.

Dans ces entreprises, l'employeur est tenu d'engager des négociations en vue de conclure un accord collectif conforme aux exigences de la loi de sécurisation de l'emploi et ce, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### 1.1.3. Troisième étape : décision unilatérale de l'employeur

À effet du 1<sup>er</sup> janvier 2016, dans le cas où les négociations de branche puis d'entreprise n'auraient pas abouti à la conclusion d'un accord d'entreprise, l'employeur est tenu de mettre en place une couverture minimale frais de santé par le biais d'une décision unilatérale<sup>5</sup>.

Sont concernées les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture de santé et les entreprises qui disposent d'une couverture santé moins favorable que la couverture minimale.

## 1.2. MODALITÉS DE MISE EN PLACE DE L'ANI AU SEIN DE L'ENTREPRISE

Tableau des modalités de mise en place de l'ANI

	L'ENTREPRISE N'A PAS SOUSCRIT DE CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE	L'ENTREPRISE A SOUSCRIT UN CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE
<b>ACCORD DE BRANCHE</b>	- Si l'activité principale de l'entreprise est soumise à un accord de branche	- Si les garanties sont moins favorables que la couverture minimale imposée par l'ANI - Si le financement patronal est inférieur à 50% de la cotisation
<b>ACCORD COLLECTIF D'ENTREPRISE</b>	- Si échec de l'accord de branche - Si l'entreprise n'est soumise à aucun accord de branche	- Si les garanties sont moins favorables que la couverture minimale imposée par l'ANI - Si le financement patronal est inférieur à 50% de la cotisation
<b>DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR</b>	- Si échec de l'accord collectif d'entreprise	- Si les garanties sont moins favorables que la couverture minimale - Si le financement patronal est inférieur à 50% de la cotisation

<sup>5</sup> / Contactez votre chargé de clientèle FRANCE MUTUELLE afin d'obtenir notre modèle de Décision Unilatérale de l'Employeur



Les couvertures complémentaires “santé” collectives sont soumises aux règles générales applicables en matière de protection sociale complémentaire, figurant aux articles L. 911-1 à L. 914-4 du code de la sécurité sociale, aux dispositions du code du travail s’agissant de la négociation collective et des accords collectifs qui les encadrent<sup>6</sup>, ainsi qu’aux dispositions spécifiques aux opérations de prévoyance prévues par la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite “Loi Evin”.

L’acte juridique qui institue la protection complémentaire “santé” dans l’entreprise, – qu’il s’agisse d’un accord (d’entreprise, professionnel, de branche ou interprofessionnel), d’un accord ratifié ou d’une décision unilatérale de l’employeur –, définit les garanties accordées, les modalités de financement et de gestion du régime et le cas échéant, les dispenses d’affiliation.

Rappelons également que conformément à l’article L. 2253-3 du code du travail qui renvoie à l’article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, la convention ou l’accord d’entreprise ou d’établissement ne peut pas déroger aux garanties collectives prévues par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

---

<sup>6</sup> / Cf. paragraphe 1 sur la mise en place de l’ANI au sein de l’entreprise

# 2.

## ACCORDS DE BRANCHE ET CLAUSES DE RECOMMANDATION

Ce sujet ayant fait l'objet de deux textes de loi suivis de deux censures du Conseil constitutionnel, il convient de faire le point sur ce que peuvent faire les entreprises face à une clause de recommandation dans le cadre d'un accord de branche.

En effet, alors que les signataires de l'ANI les avaient exclues de leur accord, la loi de sécurisation de l'emploi a admis les clauses de désignation permettant aux partenaires sociaux d'une branche d'obliger une entreprise à s'orienter vers un organisme d'assurance désigné.

Estimant que la clause de désignation représentait une atteinte "disproportionnée" à la liberté d'entreprendre et à la liberté de concurrence, le Conseil constitutionnel<sup>7</sup> a invalidé les dispositions relatives à cette clause. Cette dernière a été remplacée par une clause de recommandation dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014<sup>8</sup>. Ce dispositif prévoyait toutefois que les entreprises qui auraient recours à un organisme d'assurance autre que celui recommandé par leur branche professionnelle se verraient appliquer une majoration du forfait social applicable sur les contributions patronales aux régimes de prévoyance complémentaire ou cesseraient d'en être exonérées.

Dans sa décision du 19 décembre 2013<sup>9</sup>, le Conseil constitutionnel a annulé cette pénalité estimant que la majoration du forfait social prévue par la LFSS était trop élevée.

En pratique, aujourd'hui les entreprises soumises à un accord de branche avec clause de recommandation restent libres de choisir l'organisme d'assurance avec lequel elles souhaitent mettre en place leur régime frais de santé obligatoire. Le non respect de cette clause de recommandation ne devrait pas entraîner l'application d'une quelconque pénalité financière.

<sup>7</sup> / Décision du Conseil constitutionnel n° 2013-672 DC du 13 juin 2013 (partiellement conforme)

<sup>8</sup> / Art. 14 de la Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

<sup>9</sup> / Décision du Conseil constitutionnel n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013

# 3.

## LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE D'UN CONTRAT ANI AU SEIN DE L'ENTREPRISE : LA MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

Outre les nouvelles obligations imposées par l'ANI et le contrat responsable, la mise en place d'un régime frais de santé en entreprise suppose, pour être avantageux à la fois pour l'employeur et ses salariés, la mise en place d'un contrat collectif et obligatoire.

Le caractère collectif et obligatoire des garanties de complémentaire santé était jusqu'à présent défini par le décret du 9 janvier 2012<sup>10</sup>. L'administration est venue préciser les règles édictées dans ce décret dans deux circulaires<sup>11</sup>.

Depuis le 11 juillet 2014 un nouveau décret<sup>12</sup> est entré en vigueur, modifiant le décret du 9 janvier 2012 pour tenir compte de la généralisation de la complémentaire santé prévue par la loi du 14 juin 2013<sup>13</sup> relative à la sécurisation de l'emploi.

### 3.1. LE CARACTÈRE COLLECTIF DU RÉGIME

Les contributions patronales destinées au financement d'un régime de protection sociale complémentaire sont, sous certaines conditions, exonérées du paiement des cotisations sociales.

La première condition est le caractère collectif du régime : il doit s'appliquer à tous les salariés sans exception.

En revanche, des différences de niveau de couverture peuvent être envisagées pour certaines catégories de personnels. Pour ce faire, il est nécessaire que les catégories visées soient clairement identifiables et appartiennent "à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par décret en Conseil d'État".

Cinq critères peuvent être utilisés pour constituer ces catégories. Ils sont définis à l'article R.242-11 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> / Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire

<sup>11</sup> / Circulaire DSS/SD5B n°2013-344 du 25 septembre 2013 et Lettre circulaire de l'ACOSS n°2014-02 du 4 avril 2014

<sup>12</sup> / Décret n°2014-786-786 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire

<sup>13</sup> / Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

### 3.1.1. Critère n°1 : l'appartenance aux catégories cadres et non cadres

Le décret du 8 juillet 2014 ne change rien au premier critère, à savoir l'appartenance aux catégories cadres et non cadres.

Rappelons que de telles catégories peuvent être utilisées en s'appuyant sur les définitions issues de la convention nationale AGIRC du 14 mars 1947<sup>14</sup>.

Sauf s'ils peuvent constituer une catégorie par application des critères des paragraphes 3.3.3 et 3.3.4, il est rappelé que les cadres dirigeants, au sens de l'article 3111-2 du code du travail, ne peuvent constituer en tant que telle une catégorie objective.

### 3.1.2. Critère n°2 : un seuil de rémunération

Depuis le décret du 8 juillet 2014, les entreprises qui optent pour ce critère doivent retenir "un **seuil** de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations aux régimes complémentaire retraite" alors que la Circulaire du 25 septembre 2013 optait pour le terme "**tranche** de rémunération".

Il s'agit d'un seuil fixé sur la base du plafond de la sécurité sociale (tranche A, B, C...).

Néanmoins, la rédaction de l'article ne précise pas de quelle limite inférieure il s'agit. Il est donc nécessaire d'avoir une position de l'administration sur ce texte. FRANCE MUTUELLE ne manquera pas de vous communiquer cette information dès qu'elle sera disponible.

Le décret précise par ailleurs, que les entreprises ne peuvent constituer une catégorie avec "les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche définie par l'article 6 de la convention nationale précitée" c'est-à-dire 8 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (300 384 € pour 2014).

### 3.1.3. Critère n°3 : la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail

Le code de la sécurité sociale permettait de constituer une catégorie sur la base de "l'appartenance aux catégories de classification professionnelle définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail". D'après la circulaire du 25 septembre 2013 on ne pouvait, ici, prendre en compte que le "premier niveau de subdivision de l'article de la convention sur la classification des emplois".

Le décret du 8 juillet 2014 modifie cette règle puisqu'il permet désormais de retenir "la place dans les classifications professionnelles" définies par les conventions collectives. Cette catégorie paraît plus large.

Mais cette modification amène à s'interroger sur la distinction entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> critère. Cette distinction est essentielle puisque seul le 3<sup>ème</sup> critère permet de bénéficier d'une présomption d'objectivité. Avec le 4<sup>ème</sup> critère, l'entreprise doit prouver que la catégorie retenue permet de "couvrir tous les salariés que leur situation professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées".

Là aussi, il est nécessaire que l'administration précise la portée de ce changement. FRANCE MUTUELLE ne manquera pas de vous communiquer cette information dès qu'elle sera disponible.

<sup>14</sup> / Sur ces critères, Cf. la Circulaire DSS/SD5B n°2013-344 du 25 septembre 2013, fiche n°5

## 3.2. LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DU RÉGIME

### 3.1.4. Critère n°4 : les sous-catégories fixées par les conventions collectives définies par référence au niveau de responsabilité, au type de fonctions, au degré d'autonomie dans le travail et à l'ancienneté

Le décret ajoute au quatrième critère l'ancienneté.

### 3.1.5. Critère n°5 : l'appartenance aux catégories définies à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession

L'existence de l'usage s'apprécie au niveau de la profession et non de l'entreprise. Les trois conditions liées à la constance, à la généralité et à la fixité s'appliquent de manière cumulative.

Le dernier critère permet désormais de retenir, en plus de l'appartenance aux catégories définies à partir des usages, "l'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné" ou l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières".

La deuxième condition pour bénéficier des exonérations sociales est de mettre en place un régime obligatoire.

Certains salariés peuvent cependant être dispensés d'y adhérer. Le décret du 8 juillet 2014<sup>15</sup> modifie quelque peu les dispositions de l'article R. 242-1-6 du code de la sécurité sociale.

Premier changement : les dispenses énumérées par l'article R.242-1-6 2°. En effet, auparavant réservées aux régimes mis en place par convention, accord collectif ou ratification à la majorité des intéressés, l'article R.242-1-6 du code de la sécurité sociale, dans sa nouvelle rédaction, a étendu au cas d'une décision unilatérale de l'employeur, la possibilité de dispenses d'adhésion pour certaines catégories de salariés :

- > les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois ;
- > les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois ;
- > les salariés à temps partiel,
- > les bénéficiaires de la CMUC<sup>16</sup>, de l'ACS<sup>17</sup> ou d'une complémentaire individuelle

Il est également ajouté à l'article R.242-1-6 2° deux autres cas de dispense :

- > les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé, soit lors de la mise en place du régime, soit au moment de leur embauche. Cette dispense ne vaut que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- > les salariés qui bénéficient y compris en tant qu'ayant droit d'une couverture relevant d'une dispositif de prévoyance complémentaire dont la liste est fixée par l'arrêté du 26 mars 2012<sup>18</sup>. Cet arrêté prévoit notamment de dispenser le salarié couvert par le régime complémentaire frais de santé obligatoire de son conjoint. Le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 (décret "ANI") prévoit en plus, dans son article D.911-3 nouveau du code de la sécurité sociale, en cas

<sup>15</sup> / Décret n°2014-786-786 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire

<sup>16</sup> / Couverture Maladie Universelle Complémentaire

<sup>17</sup> / Aide à la Complémentaire Santé

de couverture complémentaire obligatoire du conjoint du salarié, une dispense, si ce dernier est lui-même affilié à un régime de complémentaire santé obligatoire. À noter que cette dernière hypothèse est uniquement envisagée dans le cadre de la loi de sécurisation de l'emploi c'est-à-dire les contrats ANI.

La dispense d'affiliation reste toujours possible dans le cadre d'une décision unilatérale de l'employeur (DUE), lorsque le salarié est présent dans l'entreprise lors de la mise en place du dispositif ; ce dernier peut choisir de ne pas adhérer à la condition que le dispositif prévoit cette faculté de dispense (Article R.242-1-6.1° du code de la sécurité sociale).

Les dispenses doivent figurer dans l'acte instituant le régime de prévoyance complémentaire. Qui plus est, le salarié qui souhaite bénéficier de l'une d'entre elle doit en faire la demande écrite, et l'employeur doit de son côté, "être en mesure" de produire la demande en particulier aux inspecteurs du recouvrement.

Le décret du 8 juillet ajoute à ces exigences une obligation nouvelle : la demande doit préciser que "le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix".

Cette nouvelle règle impose aux entreprises d'informer les salariés des conséquences de leur choix. Elles devront le moment venu, prouver qu'elles ont satisfait à cette obligation. Il est donc recommandé aux entreprises de remettre à leurs salariés, avant même qu'ils ne demandent à être dispensés d'adhérer au régime, une notice leur expliquant les conséquences d'un défaut d'affiliation, notamment en termes de prestations. Les équipes de FRANCE MUTUELLE sont à votre disposition pour vous accompagner dans la réalisation de ce support.

Les manquements pourraient être sévèrement sanctionnés, le salarié pouvant réclamer à son employeur des dommages et intérêts<sup>19</sup>. Reste à savoir si un manquement à cette obligation d'information pourrait aussi donner lieu à une remise en cause par l'Urssaf, des exonérations sociales.

Enfin, le décret du 8 juillet 2014 précise que les salariés bénéficient en tout état de cause des dispositions de l'article 11 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite "Loi Evin". Ce texte permet aux salariés présents lors de la mise en place d'un régime par voie de décision unilatérale de refuser de cotiser, et par voie de conséquence de s'affilier.

---

**18** / L'arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises permet de dispenser les salariés qui bénéficient, y compris en tant qu'ayant droit :

- d'un régime de complémentaire santé collectif obligatoire dans les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code sécurité sociale ;
- du régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 ;
- du Régime de prévoyance de la fonction publique d'État prévue par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- du Régime de prévoyance de la fonction publique territoriale prévue par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- d'un contrat d'assurance de groupe dit "Loi Madelin" issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle

**19** / comme par exemple en matière de portabilité, Cass. soc., 20 nov. 2013, n°12-21.999)

Tableau récapitulatif des dispenses d'adhésion

CAS DE DISPENSE	ACTE JURIDIQUE POUVANT PRÉVOIR CETTE DISPENSE*	CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	BASE LÉGALE
<b>SALARIÉ PRÉSENT DANS L'ENTREPRISE LORS DE LA MISE EN PLACE DU RÉGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTÉ</b>	- DUE	- Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion	- Article R.242-1-6 1°) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ OU APPRENTI BÉNÉFICIAIRE D'UN CDD D'1 AN OU PLUS</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit fournir tout document justifiant d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs - Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) a) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ OU APPRENTI BÉNÉFICIAIRE D'UN CDD INFÉRIEUR À 1 AN</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) b) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ OU APPRENTI À TEMPS PARTIEL</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- La cotisation du salarié, s'il devait s'en acquitter, serait équivalente à au moins 10% de son salaire - Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) c) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE DE LA CMUC OU DE L'ACS</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion A noter ! la dispense d'adhésion joue jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la CMUC ou de l'ACS	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) d) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE D'UNE COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion A noter ! la dispense d'adhésion n'est valable que jusqu'à la date d'échéance du contrat	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) e) du code de la sécurité sociale
<b>SALARIÉ BÉNÉFICIAIRE, Y COMPRIS EN TANT QU'AYANT DROIT, D'UNE COUVERTURE COLLECTIVE OBLIGATOIRE DE SON CONJOINT OU D'UNE COUVERTURE TELLE QUE PRÉVUE PAR L'ARRÊTÉ DU 26 MARS 2012</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie - Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion	- Article D.911-2 du code de la sécurité sociale (uniquement pour les DUE) - Article R.242-1-6 2°) f) du code de la sécurité sociale
<b>AYANT-DROIT DU SALARIÉ COUVERT À TITRE OBLIGATOIRE PAR LA COUVERTURE COLLECTIVE OBLIGATOIRE DU SALARIÉ</b>	- DUE - Convention ou accord collectif - Référendum	- Le salarié doit justifier chaque année de la couverture obligatoire de son ayant droit - Le salarié doit demander par écrit cette dispense d'adhésion de son ayant-droit	- Article D.911-3 du code de la sécurité sociale qui renvoie à l'article R.242-1-6 2°) f) du code de la sécurité sociale concernant ses conditions d'application

\*Dans tous les cas, l'acte juridique doit prévoir dans son texte ces hypothèses de dispense.

# 4.

## LE PANIER DE SOINS ANI ET SA MODULATION

### AVEC LE CONTRAT RESPONSABLE

#### 4.1. LE CONTENU DES GARANTIES ANI

L'article D.911-1 nouveau du code de la sécurité sociale issu du décret du 8 septembre 2014<sup>20</sup> pris en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale (dit "décret ANI") précise le contenu minimal des contrats complémentaire santé en entreprise

Pour la plupart des soins, les garanties minimales introduites par le décret ANI correspondent aux garanties minimales imposées par le décret du 18 novembre 2014<sup>21</sup> sur le contrat responsable.

> **Prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, les médicaments homéopathiques et les médicaments remboursés à 15% et 30% ;**

> **Prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;**

> **Prise en charge des soins dentaires prothétiques avec une couverture minimale à 125% du tarif de la sécurité sociale ;**

> **Prise en charge minimale en matière d'optique :**

Sont pris en charge les frais d'optique de manière forfaitaire pour une période de deux ans<sup>22</sup> à hauteur de :

a) 100 € minimum par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

b) 150 € minimum par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) 200 € minimum pour une correction complexe à verres simple foyer dont la sphère est supérieure -6,00 et +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur ou égal à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

<sup>20</sup> / Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale

<sup>21</sup> / Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

<sup>22</sup> / La prise en charge dans la limite de ce forfait demeure annuelle pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue

## 4.2. LE CONTRAT RESPONSABLE

### 4.2.1. Qu'est-ce qu'un contrat responsable et solidaire ?

La notion de "contrat solidaire et responsable" désigne à la fois le régime d'avantages fiscaux et sociaux réservé à certains contrats d'assurance en santé et les conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

Les contrats solidaires et responsables bénéficient :

- a) d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance (TCA) de 7% au lieu de 14%,
- b) d'une exemption de cotisations sociales pour la participation de l'employeur et d'une déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la participation du salarié.

→ Le régime des contrats solidaires et responsables constitue un outil pour réguler le niveau des garanties des contrats de complémentaire santé et orienter le comportement de ceux qui les souscrivent.

### 4.2.2. Les exigences imposées par le contrat responsable avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Afin de bénéficier du régime du contrat responsable et solidaire, la loi du 2004-810 du 13 août 2004 avait prévu un cahier des charges<sup>23</sup> recensant des niveaux *minima* de couverture et des exclusions totales ou partielles de prise en charge :

- > Interdiction du questionnaire santé
- > Interdiction de prendre en charge :
  - La participation forfaitaire de 1 € prévue pour chaque consultation<sup>24</sup>,
  - La franchise médicale<sup>25</sup> applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires,
  - La majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier,
  - La majoration de participation appliquée lorsque le patient n'autorise pas l'accès à son dossier médical personnel pour chaque consultation ou hospitalisation – cette disposition n'est pas applicable étant donné que le dossier médical n'est pas encore entré en vigueur.
- > Prise en charge totale ou partielle de prestations liées à la prévention, aux consultations et prescriptions du médecin traitant (articles L.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale) :
  - Prise en charge totale de la participation des assurés pour au moins deux prestations de prévention dont le service est considéré comme prioritaire au regard d'objectifs de santé publique fixé par arrêté du 8 juin 2006<sup>26</sup> (par exemple le dépistage de l'hépatite B),

<sup>23</sup> / Décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le code de la sécurité sociale

<sup>24</sup> / Une participation forfaitaire de 1 € est à la charge des assurés sociaux de plus de 18 ans pour chaque consultation, acte médical, examen radiologique, analyse de biologie réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste dans un cabinet, au domicile du patient, dans un dispensaire, dans un centre de soins ou à l'hôpital (consultations et urgences) – Article L.322-2 II du code de la sécurité sociale

<sup>25</sup> / Une franchise médicale est à la charge des assurés sociaux au titre des médicaments qui leurs sont prescrits (50 centimes d'EUR par unité de conditionnement) ainsi que des actes paramédicaux (50 centimes d'EUR par acte paramédical) et des transports sanitaires dont ils bénéficient (2 € par transport) – Article L.322-2 III du code de la sécurité sociale

<sup>26</sup> / Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code

- Prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations du médecin traitant,
- Prise en charge de 30% du tarif des médicaments remboursés à 65%
- Prise en charge de 35% des frais d'analyse médicale.

→ **En dehors des changements qui sont intervenus sur la prise en charge du ticket modérateur dans la cadre d'une consultation et de la prise en charge des médicaments et des frais d'analyse, les autres exigences du contrat responsable ont été maintenues après la réforme de 2014, décrite ci-après.**

### 4.2.3. Le renforcement des conditions du contrat responsable depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2014 et ses décrets d'application

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a posé les bases d'une réforme qui vise à renforcer les conditions du contrat responsable et à renouveler les objectifs de ce dispositif autour de deux orientations :

- > Promouvoir l'accès en relevant la couverture minimale du contrat responsable et solidaire sur le panier de soins courant, afin de réduire le reste à charge des assurés ;
- > Maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires excessives encouragée par la solvabilisation par les complémentaires pour certains soins, afin de contribuer à maîtriser le coût global des soins pour les ménages.

Le décret du 18 novembre 2014<sup>27</sup> renforce les planchers et les plafonds de prise en charge pour les contrats responsables.

#### > **Prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins :**

Désormais le contrat responsable devra prendre en charge le ticket modérateur pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30% (article R. 871-2 1°) du code de la sécurité sociale).

Cette obligation de prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments à 65%, les analyse et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

#### > **Prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée :**

La prise en charge de ce forfait par la mutuelle peut se révéler décisive en cas de séjours répétés ou prolongés qui peuvent laisser des sommes très élevées à la charge des patients concernés.

#### > **Maîtrise des frais d'optique :**

Le nouvel article R. 871-2 3°) du code de la sécurité sociale garantit un niveau minimal de prise en charge pour les frais d'optique. Ce plancher peut être de deux types :

- le contrat ne prend en charge que le ticket modérateur (ce qui permet de maintenir une offre de contrats bon marché pour les personnes qui ne souhaitent pas de garantie optique) ;
- le contrat prend en charge au-delà du ticket modérateur et doit permettre de couvrir l'achat de lunettes pour :
  - a) un montant minimal de 50 EUR et au maximum 470 EUR par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
  - b) un montant minimum de 125 EUR et au maximum 610 EUR par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

<sup>27</sup> / Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

- c) un montant minimum de 200 EUR et au maximum 750 EUR par équipement à verres simples foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) un montant minimum de 125 EUR et au maximum 660 EUR par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- e) un montant minimum de 200 EUR et au maximum 800 EUR par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- f) un montant minimum de 200 EUR et au maximum 850 EUR par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verre multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

La prise en charge des montures est limitée à 150 EUR ;

Cette garantie s'applique – s'agissant de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture – par période de 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue qui pourrait justifier un renouvellement annuel.

#### > Renforcement de la maîtrise des dépassements d'honoraires

##### → Le point sur les contrats d'accès aux soins - "CAS"

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012 le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins de secteur 1, plus favorables. Le contrat d'accès aux soins permet donc d'encadrer les dépassements d'honoraires, tout en préservant la liberté des médecins et en faisant bénéficier les assurés d'une meilleure prise en charge.

Afin de renforcer l'incitation pour les praticiens à entrer et à rester dans le CAS, l'article R. 871-2 2°) du code de la sécurité sociale différencie la prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires selon que le praticien est signataire ou non du CAS.

Dans le cadre des contrats responsables, la prise en charge des dépassements d'honoraires est plafonnée à 125% du tarif de convention en 2015-2016<sup>28</sup>. À partir de 2017, les remboursements seront plafonnés à 100% pour les dépassements réalisés par des praticiens qui ne sont pas signataires du CAS. Les praticiens signataires du CAS ne seront, quant à eux, soumis à aucun plafonnement.

Afin de favoriser les consultations auprès des praticiens signataires du CAS, les contrats qui prévoient une prise en charge des honoraires doivent mieux prendre en charge les dépassements réalisés par les signataires du CAS que les dépassements réalisés par les non-signataires du CAS.

La garantie "CAS" doit être supérieure à la garantie "hors CAS", avec un écart d'au moins 20% du tarif de convention.

<sup>28</sup> / Article 4 du Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

**Exemple de remboursement de la complémentaire santé pour une consultation de 56 € chez un médecin spécialiste du secteur 2 non signataire du CAS - le 1<sup>er</sup> avril 2015.**

Détail du remboursement d'une consultation de 56 €. Médecin spécialiste de secteur 2 non signataire CAS, le 1<sup>er</sup> avril 2015.

	SÉCURITÉ SOCIALE	MUTUELLE	ASSURÉ	
<b>RESTE À CHARGE DE L'ASSURÉ</b>			4,25 €	Dépassement
<b>REMBOURSEMENT 125% BR</b> (MAX CONTRAT RESPONSABLE)		28,75 €		
<b>REMBOURSEMENT T.M.</b> (MINIMUM ANI) → 30% DE LA BR		6,90 €		BR
<b>FRANCHISE 1,00 €</b>			1,00 €	
<b>REMBOURSEMENT S.S.</b> <b>70% DE LA BR - 1 € DE FRANCHISE</b>	15,10 €			
<b>TOTAL</b>	<b>15,10 €</b>	<b>35,65 €</b>	<b>5,25 €</b>	

DH : Dépassement d'honoraires : 56 - 23 = 33 €

BR : Base de remboursement = 23 €

TM : Ticket modérateur : 30% de 23 € = 6,90 €

**Exemple de remboursement de la complémentaire santé pour une consultation de 56 € chez un médecin spécialiste du secteur 2 non signataire du CAS - le 1<sup>er</sup> janvier 2017.**

Détail du remboursement d'une consultation de 56 €. Médecin spécialiste de secteur 2 non signataire CAS, le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

	SÉCURITÉ SOCIALE	MUTUELLE	ASSURÉ	
<b>RESTE À CHARGE DE L'ASSURÉ</b>			10,00 €	Dépassement
<b>REMBOURSEMENT 100% BR</b> (MAX CONTRAT RESPONSABLE)		23,00 €		
<b>REMBOURSEMENT T.M.</b> (MINIMUM ANI) → 30% DE LA BR		6,90 €		BR
<b>FRANCHISE 1,00 €</b>			1,00 €	
<b>REMBOURSEMENT S.S.</b> <b>70% DE LA BR - 1 € DE FRANCHISE</b>	15,10 €			
<b>TOTAL</b>	<b>15,10 €</b>	<b>29,90 €</b>	<b>11,00 €</b>	

DH : Dépassement d'honoraires : 56 - 23 = 33 €

BR : Base de remboursement = 23 €

TM : Ticket modérateur : 30% de 23 € = 6,90 €

**Exemple de remboursement de la complémentaire santé pour une consultation de 56 € chez un médecin spécialiste du secteur 2 signataire du CAS - le 1<sup>er</sup> avril 2015.**

Détail du remboursement d'une consultation de 56 €. Médecin spécialiste de secteur 2 signataire CAS, le 1<sup>er</sup> avril 2015.

	SÉCURITÉ SOCIALE	MUTUELLE	ASSURÉ	
<b>RESTE À CHARGE DE L'ASSURÉ</b>			0,00 €	Dépassement
<b>REMBOURSEMENT DE DÉPART</b> (MAX 150% BR)		28,00 €		
<b>REMBOURSEMENT T.M.</b> (MINIMUM ANI) → 30% DE LA BR		8,40 €		BR
<b>FRANCHISE 1,00 €</b>			1,00 €	
<b>REMBOURSEMENT S.S.</b> 70% DE LA BR	18,60 €			
<b>TOTAL</b>	<b>18,60 €</b>	<b>36,40 €</b>	<b>1,00 €</b>	

**DH** : Dépassement d'honoraires :  $56 - 28 = 28 \text{ €}$

**BR** : Base de remboursement = **28 €**

**TM** : Ticket modérateur : 30% de 28 € = **8,40 €**

→ Dans cet exemple, le plafond de remboursement du dépassement d'honoraires fixé par la Mutuelle est de 150% de la base de remboursement.

### 4.3. COMBINAISON PANIER DE SOINS ANI ET CONTRAT RESPONSABLE

GARANTIES	CONTRAT RESPONSABLE	ANI	
<b>TICKET MODÉRATEUR</b>	Prise en charge intégrale (sauf cures thermales, médicaments homéopathiques et médicaments remboursés à 15% et 30%)		
<b>DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praticien hors CAS : maximum 100% du tarif opposable (125% en 2015 et 2016)</li> <li>- Praticien signataire du CAS : plafond à déterminer contractuellement (plafond de remboursement au moins supérieur de 20% par rapport au plafond de remboursement des praticiens hors CAS)</li> </ul>		
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	Prise en charge sans limitation de durée		
<b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>		Minimum 125% de la base de remboursement de la sécurité sociale	
<b>OPTIQUE</b>	<b>MINIMA</b>	<b>MAXIMA</b>	<b>MINIMA</b>
a) sphère comprise entre -6,00 et +6,00 et cylindre ≤ +4,00	50 €	470 €	100 €
b) verre a) + verre c)	125 €	610 €	150 €
c) sphère hors zone -6,00 et +6,00 et cylindre > +4,00	200 €	750 €	200 €
d) verre a) + verre f)	125 €	660 €	
e) verre c) + verre f)	200 €	800 €	
f) verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques, sphère hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocaux ou progressifs sphériques, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	200 €	850 €	

## 4.4. CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DES NOUVELLES GARANTIES “ANI” ET “CONTRAT RESPONSABLE”

La mise en place de l'ANI et du nouveau cahier des charges du contrat responsable est soumise à deux calendriers différents. Il conviendra, en fonction de la situation propre à chaque entreprise, d'optimiser cet agenda.

### 4.4.1. Date de mise en place du “socle ANI”

La loi de sécurisation de l'emploi<sup>29</sup> fixe la généralisation de la couverture complémentaire frais de santé au **1<sup>er</sup> janvier 2016**, ce qui signifie qu'à cette date, toutes les entreprises devront avoir mis en place le “socle minimal ANI”.

### 4.4.2. L'agenda du “contrat responsable”

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014<sup>30</sup> a différé l'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges du contrat responsable du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au **1<sup>er</sup> avril 2015**.

Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur dès le 1<sup>er</sup> avril 2015 “pour les contrats, les bulletins d'adhésions ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés” à compter de cette date.

Concernant les contrats qui sont en cours au 1<sup>er</sup> avril 2015, les anciens critères du contrat responsable s'appliquent jusqu'à la veille de la prochaine échéance principale. Pour les contrats collectifs dont l'échéance intervient majoritairement le 31 décembre de chaque année, le nouveau cahier des charges du contrat responsable s'appliquera à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 si le contrat ne bénéficie pas des exemptions exposées ci-après.

Afin de tenir compte des spécificités de la négociation collective en entreprise, la loi prévoit des modalités d'entrée en vigueur spécifiques concernant les contrats collectifs.

Les contrats souscrits avant le 8 août 2014 peuvent continuer de bénéficier des anciennes conditions du contrat responsable jusqu'au **31 décembre 2017** à condition que ledit contrat ne subisse aucune modification.

Une circulaire de la Direction de la sécurité sociale<sup>31</sup> est venue préciser les termes de ce dispositif.

Par “modifications”, la circulaire vise “**toutes les modifications des actes relatives à la protection complémentaire en matière de frais de soins**”. Cela concernerait les modifications apportées exclusivement sur **les actes**<sup>32</sup> et leurs **avenants**<sup>33</sup>.

<sup>29</sup> / Article 1<sup>er</sup> de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

<sup>30</sup> / L'Article 14 de la Loi n°2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 a modifié l'entrée en vigueur initiale de l'article 56 II de la Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

<sup>31</sup> / Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

<sup>32</sup> / Par acte, la circulaire entend les conventions ou accords collectifs, la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et la décision unilatérale de l'employeur.

<sup>33</sup> / Les modifications des avenants éventuels se voient appliquer les mêmes règles que celles de l'acte initial.

Ainsi, sont par exemple visées toutes les modifications qui concernent les garanties en matière de frais de santé, mais aussi les ajustements en lien avec la réglementation (par exemple adaptation aux nouvelles règles relatives à la portabilité des droits ou celles relatives aux catégories objectives) ou d'autres modifications. Il convient de noter que, toujours selon la circulaire, s'agissant de l'évolution des cotisations, la simple mise en œuvre d'une clause d'indexation des taux de cotisations contenues dans l'acte juridique<sup>32</sup> ne remet pas en cause le bénéfice d'un régime social plus favorable. À l'inverse, une disposition expresse venant modifier l'acte sera considérée comme une modification.

D'après ce document, il serait admis que les modifications apportées à des actes et leurs avenants avant la publication du décret d'application du 18 novembre 2014 (soit à compter du 19 novembre 2014), ne remettent pas en cause le bénéfice de ces dispositions.

En cas de modification des actes juridiques postérieure au 19 novembre 2014 et pour les contrats en cours au 1<sup>er</sup> avril 2015, il sera nécessaire de mettre en conformité le contrat avec le nouveau cahier des charges du contrat responsable à la prochaine échéance principale du contrat et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Pour le reste, le contrat ou le bulletin d'adhésion doit être mis en conformité avec le nouveau cahier des charges du contrat responsable :

- > soit à compter de l'entrée en vigueur de la modification de l'acte juridique ou de son avenant ;
- > soit à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 en l'absence de modification de l'acte juridique avant cette date.

**Tableau récapitulatif de l'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges du contrat responsable**

<b>DATE DE SOUSCRIPTION / RENOUVELLEMENT / MODIFICATION DE L'ACTE</b>	<b>DATE DE MISE EN ŒUVRE DU NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE</b>
Souscription d'un contrat collectif <b>avant le 8 août 2014</b>	L'ancien cahier des charges du contrat responsable s'applique <b>jusqu'au 31 décembre 2017</b> à condition que l'acte juridique ou ses avenants ne subissent aucune modification jusqu'à cette date
Souscription d'un contrat collectif <b>entre le 8 août 2014 et le 31 mars 2015</b>	Le nouveau cahier des charges s'applique à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2015, soit le <b>1<sup>er</sup> janvier 2016</b> , si le renouvellement a lieu le 31 décembre de chaque année
Souscription d'un contrat collectif <b>après le 1<sup>er</sup> avril 2015</b>	Le nouveau cahier des charges du contrat responsable s'applique dès le <b>1<sup>er</sup> avril 2015</b>
Modification de l'acte juridique du contrat collectif <b>entre le 8 août 2014 et le 19 novembre 2014</b>	L'ancien cahier des charges du contrat responsable s'applique <b>jusqu'au 31 décembre 2017 à condition</b> que l'acte juridique ou ses avenants ne subissent aucune modification entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2017
Modification de l'acte juridique du contrat collectif <b>entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2015</b>	Si le contrat est en cours le 1 <sup>er</sup> avril, le nouveau cahier des charges s'appliquera à la prochaine échéance du contrat, soit le <b>1<sup>er</sup> janvier 2016</b> , si le renouvellement a lieu le 31 décembre de chaque année
Modification de l'acte juridique du contrat collectif <b>entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 31 décembre 2016</b>	Si le contrat est en cours au moment de la modification, le nouveau cahier des charges s'appliquera à la prochaine échéance du contrat, soit le <b>1<sup>er</sup> janvier 2017</b> , si le renouvellement a lieu le 31 décembre de chaque année
Modification de l'acte juridique du contrat collectif <b>entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 décembre 2017</b>	Si le contrat est en cours au moment de la modification, le nouveau cahier des charges s'appliquera à la prochaine échéance du contrat, soit le <b>1<sup>er</sup> janvier 2018</b> , si le renouvellement a lieu le 31 décembre de chaque année
Renouvellement d'un contrat collectif au <b>1<sup>er</sup> janvier 2016</b> sans modification de contrat entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2015	L'ancien cahier des charges du contrat responsable s'applique <b>jusqu'au 31 décembre 2017</b> à condition que l'acte juridique ou ses avenants ne subissent aucune modification jusqu'à cette date
Renouvellement d'un contrat collectif au <b>1<sup>er</sup> janvier 2017</b> sans modification de contrat entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2016	L'ancien cahier des charges du contrat responsable s'applique <b>jusqu'au 31 décembre 2017</b> à condition que l'acte juridique ou ses avenants ne subissent aucune modification jusqu'à cette date
Renouvellement d'un contrat collectif au <b>1<sup>er</sup> janvier 2018</b> sans modification de contrat entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2018	Mise en conformité avec le nouveau cahier des charges du contrat responsable

Ce tableau récapitule les différentes hypothèses envisagées et interprétées par la circulaire DSS, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge. Lors de la mise en place ou de la révision de vos garanties, n'hésitez pas à demander conseil auprès de FRANCE MUTUELLE, nos experts sont à votre service pour vous aider à appliquer cette nouvelle réglementation.

# 5.

## LA PORTABILITÉ DES DROITS

Les nouvelles règles de maintien des garanties santé et prévoyance pour les salariés quittant l'entreprise vont également avoir des effets sur le dispositif de maintien volontaire des garanties prévu par la loi Evin.

### 5.1. RENFORCEMENT DE LA PORTABILITÉ DES DROITS DU SALARIÉ

L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 puis la loi de sécurisation de l'emploi<sup>34</sup> ont modifié et élargi les conditions dans lesquelles les salariés qui quittent une entreprise peuvent continuer de bénéficier des garanties de complémentaire santé et de prévoyance de leur ancien employeur.

La "portabilité des droits santé et prévoyance", mise en place dans le précédent accord du 11 janvier 2008, subit deux changements majeurs désormais prévus à l'article L.911-8 nouveau du code de la sécurité sociale :

- > la durée maximale des droits pour les anciens salariés passe de 9 à **12 mois**,
- > le bénéfice de la portabilité s'effectue à titre **gratuit** pour le salarié.

De nombreuses conditions d'application de ce dispositif restent néanmoins similaires à celles de l'ANI du 11 janvier 2008, à savoir :

- > la cessation du contrat de travail ne doit pas être consécutive à une faute lourde : il peut s'agir d'un licenciement, une rupture conventionnelle, une fin de CDD, une rupture de période d'essai...
- > une prise en charge par l'assurance chômage : or pour bénéficier de l'assurance chômage, il faut avoir cotisé 4 mois sur une période de 28 mois précédant la rupture du contrat de travail (ou 36 mois pour les salariés ayant plus de 50 ans).
- > bénéficier de droits à remboursement complémentaires ouverts chez le dernier employeur : il n'y aura pas de droit ouvert si l'ancien salarié a bénéficié d'un cas de dispense d'affiliation ou si le régime prévoyait une condition d'ancienneté que l'ancien salarié n'a jamais rempli.

Si, pour le salarié partant, le bénéfice de la portabilité est désormais gratuit, en pratique, le financement du maintien des garanties des droits de santé est assuré par l'employeur et les salariés actifs qui vont en supporter la charge dans leur cotisation. Ce système dit de "mutualisation" est défini par accord collectif ou, à défaut, par accord référendaire ou par décision unilatérale de l'employeur.

Suivant les termes de l'ANI du 11 janvier 2013, un délai de mise en œuvre est aménagé pour permettre aux branches et aux entreprises de mettre en place la mutualisation du financement. L'entrée en vigueur des nouvelles mesures est prévue :

<sup>34</sup> / Article 1<sup>er</sup> de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi

> au 1<sup>er</sup> juin 2014 pour la couverture en matière de frais de santé

> au 1<sup>er</sup> juin 2015 pour la couverture en matière de prévoyance.

À chacune de ces dates, les branches ou les entreprises qui auront mis en place des couvertures collectives obligatoires devront garantir le bénéfice de la portabilité aux salariés couverts.

Le nouvel article L.911-8 du code de la sécurité sociale reprend les conditions d'ouverture de droit définies par l'ANI du 11 janvier 2008, notamment la règle selon laquelle les anciens salariés doivent justifier de leur situation auprès de leur ancien employeur, à l'ouverture du droit et en cours de service.

#### La portabilité en 4 points

---

**QUI EST CONCERNÉ ?**

**Côté employeur > toutes les entreprises**  
**Côté salarié > le salarié + ses ayants droit sous 3 conditions :**

- Rupture d'un contrat de travail non consécutive à un licenciement pour faute lourde ;
- Droit à indemnisation auprès du régime d'assurance chômage suite à cette rupture ;
- Bénéficiaire des garanties santé et/ou prévoyance avant la rupture du contrat de travail

---

**DATE D'EFFET**

À la date de rupture du contrat de travail et non à compter du début d'indemnisation par le régime d'assurance chômage

---

**DURÉE DE LA PORTABILITÉ**

**Durée du maintien des garanties = durée du dernier contrat de travail\***  
**Le maintien des garanties cesse :**

- À l'issue de la période maximale de maintien (12 mois)
- Dès que le bénéficiaire retrouve un emploi et n'est plus indemnisé par l'assurance chômage (qu'il bénéficie ou non d'une couverture dans le cadre de son nouvel emploi)
- En cas de radiation des listes Pôle Emploi
- En cas de non production auprès de l'employeur ou de l'organisme assureur, des documents justificatifs de l'indemnisation chômage, au moment du versement des prestations
- En cas de liquidation de la pension de retraite en cours de portabilité

---

**QUI FINANCE ?**

Grâce au système de mutualisation, l'ancien salarié bénéficie gratuitement de sa couverture. La cotisation des actifs (employeur + salariés) intègre ce financement

---

## 5.2. MISE EN COHÉRENCE DU DISPOSITIF DE MAINTIEN DE DROITS VOLONTAIRES

Dans un souci de cohérence, le législateur a complété les articles 2, 4 et 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin, afin d'étendre le champ d'application des garanties définies par ces articles aux bénéficiaires du dispositif de portabilité.

En effet, l'article 4 de la loi Evin régit la sortie des contrats de complémentaire santé de groupe à caractère obligatoire. Il impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre à ces adhérents et à leurs ayants droit de conserver auprès du même organisme assureur, à titre individuel, une couverture complémentaire santé à un tarif encadré. L'ancien salarié dispose de six mois à compter de la rupture de son contrat de travail pour demander le bénéfice de cette disposition.

Ce délai s'articule difficilement avec le bénéfice de la portabilité, qui permettra désormais à l'ancien salarié de continuer à bénéficier de la couverture de son ancienne entreprise sans s'acquitter de cotisations pendant 12 mois. L'écart entre les deux délais peut conduire l'ancien salarié, soit à renoncer de manière anticipée au régime de la portabilité, soit à perdre le bénéfice de l'article 4 de la loi Evin.

C'est la raison pour laquelle la loi précise que le délai durant lequel le salarié peut demander le maintien de la complémentaire santé à titre individuel expire soit six mois à compter du départ de l'entreprise, soit, si cela est plus favorable, à l'expiration de la période durant laquelle le salarié bénéficie du mécanisme de portabilité.

L'article 2 de la loi Evin, ainsi que l'article 5 à titre corollaire, sont également mis en cohérence. L'article 2 consacre le principe selon lequel l'assureur doit prendre en charge toutes les conséquences des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat, c'est-à-dire toutes les situations, non connues ou connues, laissant apparaître un trouble de l'état de santé de l'assuré.

Toutefois, il ne s'applique qu'aux salariés. La loi étend donc le bénéfice des dispositions de l'article 2 de la loi Evin aux anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité. Ainsi, en cas de changement d'organisme assureur, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité introduit par le nouvel article du code de la sécurité sociale seront également pris en charge par le nouvel organisme.

# 6.

## 6.1. LE FINANCEMENT MINIMAL DE L'EMPLOYEUR

### LE FINANCEMENT DE LA COUVERTURE MINIMALE ANI

L'article L.911-7 issu de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 impose à l'employeur de contribuer au financement de la couverture obligatoire au moins à hauteur de 50%.

À priori, cette répartition concerne uniquement le socle minimal de couverture. Lorsqu'une entreprise veut prévoir un régime plus favorable, la clé de répartition pourra faire l'objet de négociations, sous réserve de démontrer que le financement patronal est au moins équivalent à la moitié du panier de soins.

À l'heure actuelle la question du financement de ce régime fait l'objet de nombreuses interprétations. En effet, tous les débats portent sur le point de savoir si cette obligation s'applique sur la part équivalant au panier de soins minimal ANI ou sur toute la couverture santé (si la couverture souscrite est plus importante que le panier de soins minimal).

Si pour les uns l'article L.911-7 ne permet pas d'équivoque étant donné qu'il énonce que le financement porte sur "cette couverture" - donc bien uniquement sur la couverture minimale, pour d'autres experts ce n'est pas cette interprétation qui prévaut ; ils soulignent pour ce faire, la position de la Direction de la Sécurité sociale qui s'est exprimée à ce sujet, dans plusieurs colloques et qui privilégierait l'interprétation où l'obligation porterait sur l'ensemble de la couverture santé.

FRANCE MUTUELLE ne manquera pas de tenir informées ses entreprises clientes sur l'évolution de ce débat et les conseillera sur la solution qui sera juridiquement la plus fiable.

## 6.2. LES MODALITÉS DE CE FINANCEMENT

Le décret du 8 juillet 2014<sup>35</sup> est venu préciser les modalités de ce financement.

La contribution patronale doit, en principe, être d'un même taux ou d'un même montant pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux appartenant à la même catégorie. Des exceptions posées par l'article R.242-1-5 du code de la sécurité sociale existent.

S'agissant des ayants-droit, la contribution patronale ne peut être exonérée du paiement des cotisations sociales que si leur adhésion au régime est obligatoire. Néanmoins, les dispenses prévues par l'article R.242-1-6 s'appliquent.

Autre cas particulier : celui des salariés qui travaillent "régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs". Les employeurs peuvent se partager, pour une garantie donnée, le montant de la contribution patronale. La circulaire du 4 février 2014 le permettait déjà.

---

<sup>35</sup> / Décret n°2014-786-786 du 8 juillet 2014 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire

# 7.

## RÉGIME FISCAL ET SOCIAL DE LA COUVERTURE FRAIS DE SANTÉ

L'ensemble des avantages fiscaux et sociaux attachés aux contrats collectifs complémentaires "santé" sont conditionnés à leur caractère obligatoire ainsi qu'à leur conformité au cahier des charges des contrats dits "responsables".

### 7.1. FISCALITÉ DES ENTREPRISES : COTISATIONS DÉDUCTIBLES DE L'IMPÔT SUR LES SOCIÉTÉS ET FORFAIT SOCIAL À TAUX RÉDUIT

Les cotisations versées par l'employeur au titre des contrats de frais de santé sont déductibles de l'impôt sur les sociétés.

L'article 39-1 du code général des impôts énonce que les cotisations de l'employeur contribuant au financement de la protection sociale complémentaire de ses salariés sont considérées comme une charge de l'entreprise, et à ce titre, sont déductibles de l'assiette servant de calcul de l'impôt sur les sociétés.

Par ailleurs, pour les employeurs de 10 salariés<sup>36</sup> et plus, ces contributions sont alors soumises au forfait social au taux réduit de 8%<sup>37</sup> (au lieu de 20%).

<sup>36</sup> / Il est rappelé que les entreprises de moins de 10 salariés ne sont pas soumises au forfait social

<sup>37</sup> / Articles L.137-15 et L.137-16 du code de la sécurité sociale

## 7.2. IMPÔT SUR LE REVENU DES SALARIÉS :

DES COTISATIONS  
DÉDUCTIBLES DANS  
UNE CERTAINE LIMITE

L'article 83 du code général des impôts énonce que sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu les **cotisations salariales** destinées à financer une couverture de prévoyance complémentaire collective et obligatoire dans la limite de 5% du PASS<sup>38</sup> + 2% de la rémunération annuelle brute sans pouvoir excéder 2% de 8 PASS.

En revanche, depuis la loi de finances de 2014<sup>39</sup>, les **contributions patronales**<sup>40</sup> au financement des contrats complémentaires santé sont imposables dès le 1<sup>er</sup> Euro. Elles étaient auparavant exclues, sous certaines limites, du revenu imposable du salarié. Elles sont désormais ajoutées à la rémunération prise en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu (IR).

### → Exemple :

Soit un salarié non cadre employé par une entreprise d'au moins 20 salariés et percevant une rémunération mensuelle brute de 2 500 € de janvier à décembre 2015.

Le contrat de prévoyance souscrit par l'entreprise prévoit :

- > Une garantie décès financée en totalité par une contribution patronale de 2%
- > Une garantie invalidité et incapacité cofinancée par l'employeur à 3% et le salarié à 3%
- > Une garantie frais de santé financée par une cotisation forfaitaire de 80 €/mois pour l'employeur et 30 €/mois pour le salarié.

Seuil fiscal annuel = (5 % × plafond annuel de la sécurité sociale) + (2 % × brut annuel)  
= (5 % × 38 040) + (2 % × (2 500×12)) = 2 502 €

Le seuil de 2 502 € est inférieur à 2 % de 8 fois le PASS (6 086,40 €)

Total des contributions prévoyance hors contribution patronale frais de santé  
= 600 + 900 + 900 + 360 = 2 760 €.

Soit un excédent fiscal de (2 760 - 2 502) = 258 €.

La part patronale de cotisations excédentaires constitue un complément de salaire imposable devant être ajouté à la rémunération brute du salarié et la part salariale de cotisations excédentaires est non déductible de cette rémunération.

Les 80 € de part patronale finançant la garantie frais de santé sont imposables dès le premier euro.

Total complément annuel imposable = (80×12) + 258 = 1 218 €.

<sup>38</sup> / D'après l'Arrêté du 26 novembre 2014 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2015, ce plafond est fixé à 3 170 €/mois soit 38 040 €/an

<sup>39</sup> / Article 4 de la Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

<sup>40</sup> / Attention ! demeurent également déductibles les contributions salariales et patronales couvrant les risques incapacité de travail, invalidité et décès

### 7.3. TAUX DE LA TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE

---

Les cotisations d'assurance ne sont pas soumises à la TVA. Elles incluent en revanche une taxe fiscale, dont le taux légal varie selon la nature des contrats d'assurance. Les organismes d'assurance (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance) reversent les montants des taxes collectées au Trésor Public.

Le taux de cette taxe est fixé à 7%<sup>41</sup> pour les contrats d'assurance maladie complémentaire collectifs obligatoires, à condition :

- > que le tarif ne soit pas fixé en fonction de l'état de santé de l'assuré ;
- > que le contrat respecte le cahier des charges du contrat responsable (article L 871-1 du code de la sécurité sociale).

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014<sup>42</sup>, ce taux passe à 14% sur les contrats qui ne répondent pas au cahier des charges du contrat responsables.

### 7.4. RÉGIME SOCIAL DE LA COTISATION PATRONALE

---

À condition de respecter le caractère collectif et obligatoire du contrat et les conditions exposées supra (notamment le cahier des charges du contrat responsable), les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de prévoyance complémentaires sont exonérées de charges sociales<sup>43</sup> (sauf CSG et CRDS) dans la limite<sup>44</sup> de 6% du PASS<sup>45</sup> + 1,5% de la rémunération annuelle brute sans pouvoir excéder 12% du PASS (soit 4 564,80 €).

---

<sup>41</sup> / 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts

<sup>42</sup> / Article 19 de la Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 – Article 1001 du code général des impôts

<sup>43</sup> / Article L.242-1 alinéa 6 du code de la sécurité sociale

<sup>44</sup> / Article D. 242-1 I du code de la sécurité sociale

<sup>45</sup> / D'après l'Arrêté du 26 novembre 2014 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2015, ce plafond est fixé à 3 170 €/mois soit 38 040 €/an

# 8.

## LA SURCOMPLÉMENTAIRE

La couverture minimale ANI peut s'avérer insuffisante pour couvrir les postes essentiels ou les frais de santé propres à chaque individu surtout s'il disposait auparavant d'une couverture de bon niveau.

Ainsi, la surcomplémentaire santé individuelle proposée dans le cadre de l'entreprise permet à chaque collaborateur de compléter les garanties minimales de sa complémentaire santé avec un contrat à sa mesure et des tarifs compétitifs et négociés par l'employeur.

Afin de répondre aux exigences réglementaires et d'éviter le risque de voir le contrat socle complémentaire requalifié, la surcomplémentaire ne doit pas être une simple option du contrat socle mais un contrat juridiquement distinct du contrat collectif d'entreprise<sup>46</sup>.

En fonction des besoins des collaborateurs et du profil général de l'entreprise, ces garanties peuvent s'inscrire soit jusqu'au plafond du cahier des charges du contrat responsable (pour bénéficier d'une taxe sur les conventions d'assurance au taux réduit de 7%) ou aller au-delà afin de bénéficier de remboursements optimum sur certains postes de dépense.

**Aujourd'hui FRANCE MUTUELLE propose aux entreprises différentes gammes de contrats "socles" ainsi que des solutions "sur mesure" basées sur un cofinancement employeur/salariés qu'il est possible de compléter avec des surcomplémentaires facultatives à l'unique charge des salariés.**

<sup>46</sup> / Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

# LEXIQUE

## ACCORD DE BRANCHE

C'est un accord conclu entre un ou plusieurs groupements d'entreprises appartenant à un même secteur d'activité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives. Son contenu porte sur les conditions de travail et d'emploi ainsi que sur les garanties sociales accordées aux salariés. L'accord de branche permet de compléter la loi par le biais de règles adaptées spécifiquement à une branche professionnelle, c'est-à-dire à un ensemble d'entreprises relevant d'un même secteur d'activité (banque, bâtiment, etc.).

## BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- > Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- > Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- > Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

## CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre de la complémentaire santé, d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

## CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 1

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'assurance maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

## CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN CONVENTIONNÉ DE SECTEUR 2

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'assurance maladie.

## CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

Cette notion désigne à la fois un régime d'avantages fiscaux et sociaux réservé à certains contrats d'assurance en santé et les conditions dans lesquelles ils peuvent en bénéficier.

### **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Le montant du forfait hospitalier est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, il est de :

- > 18 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- > 13,50 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

### **FRANCHISE**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Son montant est de :

- > 0,50 € par boîte de médicament ;
- > 0,50 € par acte paramédical ;
- > 2 € par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 € par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les contrats FRANCE MUTUELLE ne remboursent pas les franchises.

### **PARTICIPATION FORFAITAIRE D'UN EURO**

La participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisées par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

La franchise est plafonnée à 4 € par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50 € par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les contrats FRANCE MUTUELLE ne remboursent pas les participations forfaitaires d'un euro.

### **PORTABILITÉ**

La portabilité a pour objet d'assurer la continuité des droits ouverts par les contrats complémentaires santé et prévoyance, pendant un certains temps, pour les salariés qui perdent leur emploi.

### **PRÉVOYANCE**

Dans le présent document, la prévoyance comprend les garanties décès, invalidité et arrêt de travail.

### **SYSTÈME DE "MUTUALISATION"**

Ce système permet à l'ancien salarié de bénéficier gratuitement de sa couverture ; la cotisation des actifs (employeur et salariés) intègre désormais intégralement ce financement.

### **TARIF DE RESPONSABILITÉ OU TARIF OPPOSABLE**

Il s'agit de la base tarifaire retenue par l'assurance maladie comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

### **TAXE SUR LES CONVENTIONS D'ASSURANCE (TCA)**

Les cotisations d'assurance n'étant pas soumises à la TVA, elles incluent en revanche une taxe fiscale - la taxe sur les conventions d'assurance – dont le taux légal varie selon la nature du contrat d'assurance. FRANCE MUTUELLE reverse le montant des taxes collectées au Trésor Public.

### **TICKET MODÉRATEUR**

Part restant à la charge des assurés sur toute dépense remboursée par l'assurance maladie obligatoire.



---

01 53 36 37 64

[commercial-collectives@francemutuelle.fr](mailto:commercial-collectives@francemutuelle.fr)

