



LA COMPLÉMENTAIRE SANTE OBLIGATOIRE : QUESTIONS - RÉPONSES



SOMMAIRE

I. Les obligations à l'égard des entreprises.....	2
❖ À partir de quand les entreprises doivent-elles être couvertes ?	2
❖ Quel est le financement minimal et pour quelles garanties?	2
❖ Quelles sont les obligations d'information de la part de l'employeur ?	2
❖ Que deviennent les contrats «complémentaire santé» obligatoires préexistants ?	3
II. Les personnes concernées.....	4
❖ Quels sont les salariés concernés ?	4
❖ Le salarié peut-il refuser d'être affilié ?	5
❖ Les salariés de moins de six mois sont-ils exclus de la couverture ?	4
❖ Les ayants-droit sont-ils couverts ?	5
III. Les spécificités de la rupture et de la suspension du contrat de travail.....	6
❖ Que se passe-t-il en cas de rupture du contrat de travail ?	6
❖ Que se passe-t-il en cas de suspension du contrat de travail ?	7
IV. La mise en place des garanties collectives complémentaires obligatoires	8
❖ La convention ou l'accord collectif.....	8
❖ Le référendum	9
❖ La décision unilatérale de l'employeur	9
Annexes.....	10
Régime obligatoire de base : prestations du régime général prévues par l'accord du 15 avril 2013	10
Régime obligatoire de base : prestations du régime local prévues par l'accord du 15 avril 2013	11

I. Les obligations à l'égard des entreprises

❖ À partir de quand les entreprises doivent-elles être couvertes ?

Au 31 décembre 2013 au plus tard, les entreprises enregistrées sous le code NAF **86.90A** devront **avoir obligatoirement mis en place un régime de complémentaire santé** applicable au 1^{er} janvier 2014.

Pour les modalités pratiques de la mise en place, se référer au point IV de la présente note.

À défaut d'anticipation, l'accord conventionnel s'applique dans les conditions fixées par celui-ci, à compter du **1^{er} janvier 2014** et l'organisme assureur désigné est alors **CARCEPT PREVOYANCE**, et ce pour une durée de **cinq ans**.

Il est conseillé de consigner ce dispositif dans chaque entreprise afin d'éviter les contestations potentielles.

❖ Quel est le financement minimal et pour quelles garanties?

Selon l'article 5 de l'accord conventionnel, la cotisation totale (part salarié et part employeur) au régime obligatoire de base est fixée à **1% du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)** (0,6% en Alsace-Moselle).

Les entreprises devront donc effectuer un financement au moins égal à **0,5% du PMSS** (0,3% au moins en Alsace-Moselle).

La cotisation est due pour chaque salarié bénéficiaire, **au terme du 6^{ème} mois civil** entier suivant l'embauche.

Le dispositif se compose d'un socle obligatoire de base.

L'entreprise peut décider d'améliorer ce socle obligatoire de base par un **régime amélioré collectif** (régime amélioré collectif n°1 et régime amélioré n°2 de l'accord conventionnel).

Le salarié peut également choisir d'améliorer le dispositif obligatoire de base par **un régime optionnel facultatif** (à l'initiative du salarié, le financement est à sa charge - régime optionnel facultatif n°1 et régime optionnel facultatif n°2 de l'accord).

*Pour les prestations **du régime obligatoire de base (général et local)**, se référer aux annexes de la présente note.*

❖ Quelles sont les obligations d'information de la part de l'employeur ?

Lors de la conclusion du contrat d'assurance, l'organisme assureur remet au représentant de l'entreprise une notice d'information.

La notice est à remettre par l'employeur à chaque salarié présent lors de la mise en place de la complémentaire santé. Par la suite, elle sera à remettre à tout nouvel embauché.

❖ **Que deviennent les contrats «complémentaire santé» obligatoires préexistants ?**

Pour les entreprises ayant anticipé cette démarche d'avancée sociale et déjà mis en place une couverture, les contrats «complémentaire santé» obligatoires préexistants ne sont pas remis en cause à la double condition suivante :

- ✓ **les garanties définies dans les contrats sont de niveau supérieur** à celles prévues dans l'accord
- ✓ **l'entreprise finance à minima à hauteur de 0,5% du PMSS.**



Dans l'hypothèse de la mise en place d'une complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur, les salariés **déjà présents** dans l'entreprise peuvent choisir de ne pas y adhérer (sauf lorsque le régime de prévoyance est intégralement financé par l'employeur). Pour ce faire, le dispositif doit prévoir cette possibilité de dispense.

L'accord conventionnel ne prévoit **pas de clause de migration**. L'entreprise déjà couverte conformément aux dispositions visées ci-dessus n'est donc **pas dans l'obligation d'adhérer à l'organisme assureur désigné**.

En cas de changement d'organisme assureur, celui-ci doit se faire sans rupture temporelle de la couverture «frais de santé» des salariés.

II. Les personnes concernées

❖ Quels sont les salariés concernés ?

L'obligation conventionnelle de souscrire une complémentaire santé à compter du **1^{er} janvier 2014** concerne **l'ensemble des salariés** (ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise, ingénieurs et cadres) des entreprises prévues à l'article 1 de l'accord du 15 avril 2013 (*se référer à la partie I de la présente note*), à condition de justifier d'**au moins six mois d'ancienneté**.

❖ Le salarié peut-il refuser d'être affilié ?

Seuls les salariés placés dans l'une des situations définies par l'article R242-1-6 du code de la Sécurité Sociale peuvent être dispensés de l'obligation d'adhésion et peuvent ainsi choisir de ne pas cotiser au régime.

L'accord du 15 avril 2013 reprend, dans le point b) de son article 1, les dispenses d'adhésion prévues par le Décret n°2012-025 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.

Dispenses d'adhésion à la demande des salariés (Décret n°2012-025 du 9 janvier 2012)

- les salariés et apprentis bénéficiaires **d'un CDD d'une durée au moins égale à 12 mois**, à condition de **justifier par écrit** en produisant tous documents **d'une couverture individuelle** souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les salariés et apprentis bénéficiaires **d'un CDD d'une durée inférieure à 12 mois**, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- les salariés **à temps partiel et apprentis** dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les salariés bénéficiaires **d'une couverture complémentaire** en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité Sociale (CMU-C) ou **d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** en application de l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale jusqu'à l'échéance du contrat ;
- les salariés couverts **par une assurance individuelle frais de santé** au moment **de la mise en place du régime ou de l'embauche** si celle-ci est **postérieure** jusqu'à l'échéance du contrat individuel ;
- à condition de **le justifier chaque année**, des salariés bénéficient par ailleurs, y compris en **tant qu'ayants-droit**, d'une couverture collective relevant d'un dispositif **de prévoyance complémentaire conforme** à l'un de ceux fixés par **l'arrêté du 26 mars 2012** (arrêté NOR: ETSS1208891A relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises).



Formalisme à respecter pour bénéficier d'une dispense d'adhésion :

La demande de dispense doit être faite par **écrit** par le salarié, **tous les ans**, et être accompagnée par des **justificatifs** (photocopie de la carte, attestation de l'organisme...).

❖ **Les salariés de moins de six mois sont-ils exclus de la couverture ?**

L'accord prévoit une condition **d'ancienneté minimale de six mois**. Il n'y a donc pas d'obligation pour les entreprises de couvrir les salariés ayant moins de six mois d'ancienneté.

❖ **Les ayants-droit sont-ils couverts ?**

Les ayants-droit peuvent également être couverts si le salarié concerné choisi de souscrire pour eux des **garanties complémentaires facultatives** dont le **financement est à sa charge** (sauf accord d'entreprise plus favorable).

Est considéré comme **ayant-droit** :

- ✓ le conjoint couvert ou non par la Sécurité Sociale à titre d'ayant droit du salarié,
- ✓ le concubin ayant un domicile commun avec le salarié et la personne liée au salarié par un PACS (assimilés au conjoint),
- ✓ l'enfant de moins de vingt-et-un ans considéré comme ayant droit par la Sécurité Sociale au titre de l'assuré, de son conjoint ou assimilé.

La limite d'âge peut être prorogée jusqu'au vingt-sixième anniversaire pour les enfants affiliés à la Sécurité Sociale des étudiants, pour les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi, pour les enfants en contrat d'apprentissage.

Aucune limite d'âge n'est fixée pour les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles.

III. Les spécificités de la rupture et de la suspension du contrat de travail

❖ Que se passe-t-il en cas de rupture du contrat de travail ?

Conformément à l'article 6 de l'accord conventionnel, en cas de décès ou de rupture du contrat de travail du salarié, **la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail** qui le lie à l'entreprise.

(N.B. : Dans l'hypothèse où la rupture du contrat de travail intervient au cours du mois civil, la totalité des cotisations du mois au cours duquel la rupture est intervenue est due).

Le salarié peut toutefois bénéficier du mécanisme de **portabilité** s'il en remplit les conditions légales, réglementaires et conventionnelles.

Pour **pouvoir bénéficier de la portabilité**, il faut de plus avoir **ouvert des droits** à la complémentaire, c'est-à-dire conformément à l'accord conventionnel signé le 15 avril 2013, **avoir six mois d'ancienneté**.

Il est à souligner que les garanties cessent pour les bénéficiaires de la portabilité :

- ✓ en cas de reprise d'une activité professionnelle,
- ✓ dès qu'ils ne peuvent plus justifier du statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime obligatoire d'assurance chômage,
- ✓ au plus tard au terme de la période de maintien des garanties prévue à l'article 14 de l'ANI,
- ✓ à la date de liquidation de la pension vieillesse,
- ✓ en cas de décès.

Exemples de portabilité

Un salarié a travaillé 9 mois ou plus en CDD ou CDI. Son contrat est rompu.



Il peut bénéficier d'une portabilité de la couverture complémentaire santé souscrite dans l'entreprise pendant une durée de 9 mois (*la durée de 9 mois étant la durée plafond prévue par l'ANI du 11 janvier 2008*). Il y aura alors cofinancement employeur- salarié.

Un salarié a travaillé 7 mois en CDD ou CDI. Son contrat est rompu.



Il peut bénéficier d'une portabilité de la couverture complémentaire santé souscrite dans l'entreprise pendant une durée de 7 mois (*les 7 mois correspondant à la durée du contrat de travail*). Il y aura alors cofinancement employeur- salarié.

❖ **Que se passe-t-il en cas de suspension du contrat de travail ?**

Deux hypothèses sont à distinguer :

Le contrat de travail du salarié est suspendu sans maintien de salaire (congé sans solde, congé parental d'éducation, congé sabbatique...).

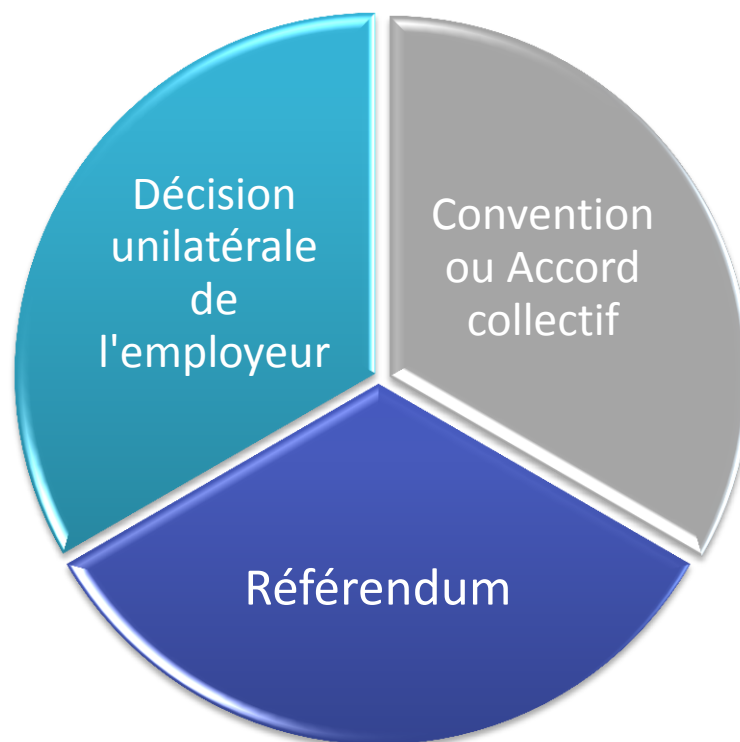
➡ La **couverture** est **suspendue** sauf si le salarié s'acquitte de l'**intégralité de la cotisation**.

Le contrat de travail du salarié est suspendu avec un maintien total ou partiel de salaire ou versement d'un complément de salaire à la charge de l'employeur.

➡ La **couverture** est **maintenue** sous réserve que **le salarié s'acquitte de la part salariale** de la cotisation. Dans cette hypothèse, l'employeur s'acquitte également de la part patronale.

IV. La mise en place des garanties collectives complémentaires obligatoires

Afin d'éviter les difficultés (notamment avec l'URSSAF), il est conseillé aux entreprises d'opter pour un des trois modes opératoires (non hiérarchisés) prévus par l'article L911-1 du code de la Sécurité Sociale pour mettre en place des garanties collectives complémentaires.



❖ La convention ou l'accord collectif

Il est possible de décliner l'accord conventionnel par un accord d'entreprise dans le respect des règles prévues aux articles L2232-11 et suivants du code du travail.

Attention conformément à l'article L2253-3 du code du travail, un accord d'entreprise relatif aux garanties collectives de prévoyance ne **peut comporter que des dispositions plus favorables aux salariés.**

❖ Le référendum

La mise en place de garanties collectives complémentaires peut se faire par l'intermédiaire d'un référendum à l'**initiative de l'employeur**.

Plusieurs étapes sont alors à respecter :

- ✓ Mise en place d'un protocole d'accord prévoyant le recours au référendum.
Ce protocole définit les conditions d'information des salariés sur l'organisation du vote.
- ✓ Élaboration d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise.
Ce projet, **précis** et **détaillé**, détermine les garanties collectives, le taux de cotisation et l'organisme assureur choisi par l'employeur. Il contient les clauses obligatoires prévues aux articles L912-2 à L912-4 du code de la Sécurité Sociale.
- ✓ Présentation du projet d'accord à la ratification de la majorité des intéressés.
La règle de la majorité s'applique.
Ainsi, les garanties collectives de prévoyance **ne peuvent être instaurées de manière obligatoire** pour les salariés **que si le projet soumis à la consultation des salariés a recueilli la majorité des effectifs** (*se référer à la fiche n°2 de la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 et l'article L911-1 du code de la Sécurité Sociale*).
À défaut de recueillir la majorité des effectifs, les garanties collectives ne peuvent pas être instaurées de manière obligatoire. L'employeur devra alors soit modifier son projet, soit avoir recours à un autre mode opératoire.

❖ La décision unilatérale de l'employeur

Consignée par un écrit remis à chaque salarié, la décision unilatérale de l'employeur (prévue par l'article L911-1 du code de la Sécurité Sociale) précise les rapports juridiques entre l'employeur et le salarié. La possibilité de refus du salarié doit apparaître clairement.

Il est conseillé aux employeurs de **conserver une preuve** de la remise de l'écrit aux salariés, notamment par l'intermédiaire d'une liste d'émargement, d'un récépissé ou autres documents.

La décision unilatérale de l'employeur doit préciser :

- ✓ le contour des garanties et leurs modalités de mise en œuvre ;
- ✓ le taux et la répartition éventuelle des cotisations entre l'employeur et les salariés ;
- ✓ la durée de l'engagement de l'employeur ;
- ✓ les modalités de sa remise en cause ou de sa dénonciation.

A ces obligations, s'ajoute le formalisme propre à une couverture «santé», à savoir la remise de la notice d'information établie par l'organisme assureur (*se référer à la Partie I de la présente note*).

**Annexe n°1 Régime obligatoire de base :
prestations du régime général prévues par l'accord du
15 avril 2013**

PRESTATIONS NATURE	NIVEAU	
	Rappel Sécurité Sociale*	Régime conventionnel
SOINS COURANTS		
Consultations – Visites généralistes	70 % BR	30 % BR
Consultations – Visites spécialistes	70 % BR	30 % BR
Honoraires – Actes chirurgicaux	70 % BR	30 % BR
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR
Examens – Analyses laboratoires	60 % BR	40 % BR
Radiologie	70 % BR	30 % BR
Transport	65 % BR	60 % BR
PHARMACIE		
Pharmacie à 65%	65 % BR	35 % BR
Pharmacie à 35%	30 % BR	70 % BR
Pharmacie à 15%	15 % BR	85 % BR
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	80 % BR	20 % BR
Chambre particulière		1% PMSS / jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1% PMSS / jour
Honoraires – Actes chirurgicaux	80 % BR	20 % BR
Forfait journalier	0%	100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge
OPTIQUE (UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS POUR LES ADULTES, LUNETTES OU LENTILLES)		
Montures	60 % BR	4 % PMSS
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	60 % BR	4,2 % PMSS par paire
Verres unifocaux > 6 dioptries multifocaux ou astigmatiques cylindres > 4	60 % BR	5,3 % PMSS par paire
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	60 % BR si acceptées	6 % PMSS
DENTAIRE		
Soins	70% BR	40 % BR
Prothèses remboursables	70% BR	80% BR
Orthodontie remboursable	100% BR	50 % BR
DIVERS		
Prothèses orthopédie	60% BR	40 % BR
Appareil auditif	60% BR	40 % BR
Ostéopathie (forfait)		80 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac		30 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		oui

*niveaux des remboursements de la Sécurité Sociale au 31/07/2012
PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3086€ en 2013)
BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale
FR = Frais Réel

Annexe n°2 Régime obligatoire de base :
Prestations du régime local prévues par l'accord du
15 avril 2013

PRESTATIONS NATURE	NIVEAU	
	Rappel Sécurité Sociale*	Régime conventionnel
SOINS COURANTS		
Consultations – Visites généralistes	90 % BR	10 % BR
Consultations – Visites spécialistes	90 % BR	10 % BR
Honoraires – Actes chirurgicaux	90 % BR	10 % BR
Auxiliaires médicaux	90 % BR	10 % BR
Examens – Analyses laboratoires	90 % BR	10 % BR
Radiologie	90 % BR	10 % BR
Transport	100% BR	35 % BR
PHARMACIE		
Pharmacie à 65%	90 % BR	10 % BR
Pharmacie à 35%	80 % BR	20 % BR
Pharmacie à 15%	15 % BR	85 % BR
HOSPITALISATION		
Frais de séjour	100 % BR	10 % BR
Chambre particulière		1% PMSS / jour
Forfait accompagnement (moins de 16 ans)		1% PMSS / jour
Honoraires – Actes chirurgicaux	90 % BR	10 % BR
Forfait journalier	0%	100 % FR
Franchise de 18 € pour les actes > 120 €		Prise en charge
OPTIQUE (UN FORFAIT TOUS LES 2 ANS POUR LES ADULTES, LUNETTES OU LENTILLES)		
Montures	90 % BR	4 % PMSS
Verres unifocaux jusqu'à + ou - 6 dioptries	90 % BR	4,2 % PMSS par paire
Verres unifocaux > 6 dioptries multifocaux ou astigmatés cylindres > 4	90 % BR	5,3 % PMSS par paire
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	90 % BR si acceptées	6 % PMSS
DENTAIRE		
Soins	90% BR	20 % BR
Prothèses remboursables	90% BR	60% BR
Orthodontie remboursable	100% BR	50 % BR
DIVERS		
Prothèses orthopédie	90% BR	10 % BR
Appareil auditif	90% BR	10 % BR
Ostéopathie (forfait)		80 € par an et par bénéficiaire
Patch anti-tabac		30 € par an et par bénéficiaire
Tiers payant		oui

*niveaux des remboursements de la Sécurité Sociale au 31/07/2012

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3086€ en 2013)

BR = Base de remboursement de la Sécurité Sociale

FR = Frais Réel