



FRAIS DE SANTÉ

Guide pratique d'aide à la mise en place d'un régime Frais de Santé dans l'entreprise.

JUILLET
2015

PRÉAMBULE

Pourquoi réaliser un « kit frais de santé » ?

La loi n° 2013-504 relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoit une généralisation de la couverture complémentaire collective frais de santé **pour tous les salariés, tous secteurs d'activités confondus, à compter du 1er janvier 2016.**

Or un certain nombre d'entreprises ne sont pas encore couvertes en matière de frais de santé, et la mise en place de ce type de contrat peut apparaître fastidieuse dans certains cas notamment au vu de la charge administrative qu'elle représente pour les entreprises.

De plus, en matière de frais de santé, un certain nombre d'éléments techniques doivent être considérés et il n'est pas toujours facile de s'y retrouver.

Le présent guide vise donc à faciliter la mise en place de contrats complémentaire santé via notamment la mise à disposition de plusieurs modèles types.

Il répond notamment aux questions suivantes :

- Qui est concerné ?
- Quelle protection choisir ?
- Combien ça coûte ?
- Quels documents formaliser ?

Compte tenu des nombreuses évolutions législatives et réglementaires sur le sujet, ce guide s'adresse également aux entreprises ayant déjà mis en place un contrat complémentaire santé, afin qu'elles puissent s'assurer que leur contrat est bien conforme à la réglementation, en particulier concernant le respect du contrat dit « responsable ».

Par ailleurs, ce guide aborde également le thème de la portabilité des garanties frais de santé après la rupture du contrat de travail, la réglementation ayant récemment évolué sur ce point précis.

Qu'en est-il pour la Convention Collective Nationale 3165¹ ?

La négociation ouverte en 2013 n'ayant pas abouti, la branche ne dispose donc pas d'un accord prévoyant une couverture frais de santé à adhésion obligatoire.

AVERTISSEMENT

Ce document n'est bien entendu pas exhaustif et les différentes dispositions réglementaires évoquées sont susceptibles d'évoluer avec les textes ou la jurisprudence à venir. Toute erreur ou omission serait involontaire. Votre fédération reste à votre disposition pour toute question sur l'application des dispositions prévues dans le présent guide pratique.

¹ Convention Collective Nationale des entreprises du Négoce et de l'industrie des produits du sol, engrais et produits connexes du 12 juillet 1980

SOMMAIRE

Préambule.....	p.3
En bref : les étapes de la mise en place d'un contrat complémentaire santé.....	p.5

Première partie : LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

- Généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés.....p.6
- Quelles sont les entreprises concernées ?.....p.7
- Garanties à prévoir dans votre contrat : le « panier minimum de soins ».....p.8
- Obligation pour l'entreprise de souscrire un contrat dit « responsable ».....p.9

Deuxième partie : CHOIX DU CONTRAT ET DE L'ASSUREUR

- Définition des caractéristiques du contrat : garanties et prestations.....p.11
- Quels sont les salariés devant être couverts par le contrat ?.....p.11
- Pour quel coût ?.....p.12
- Le choix de l'assureur ?.....p.12
- Exemples de tableaux de garanties et de remboursements.....p.13

Troisième partie : FORMALISME LIÉ À LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

- Mise en place d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.....p.17
- Les différents modes de mise en place de la couverture.....p.17
- Focus sur la décision unilatérale.....p.17
- Les dispenses d'adhésion pouvant être prévues par le contrat.....p.19
- Tableau de synthèse des dispenses d'adhésion et justificatifs à produire.....p.20

Quatrième partie : ET APRÈS LA RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL ?

- Durée du maintien des garanties.....p.22
- Financement de la portabilité.....p.22
- Obligations réciproques de l'employeur et du salarié.....p.23

ANNEXES

- Lexique.....p.24
- Modèle de décision unilatérale.....p.24
- Modèle de lettre d'information pour les salariés.....p.28
- Modèle de liste d'émargement.....p.29
- Modèle de lettre de refus d'adhésion par le salarié.....p.30

EN BREF : LES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COMPLEMENTAIRE SANTE

ÉTAPE 1

Dès aujourd'hui si cela n'a pas encore été fait :

- S'informer
- Sonder les attentes de ses salariés
- Demander des brochures et des devis aux assureurs

ÉTAPE 2

- Valider votre choix et présenter le contrat aux salariés
- Formaliser l'ensemble des procédures

(Décision unilatérale, liste d'émargement, lettres de dispense, etc...)

Première partie : LES OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

❖ GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS

Au 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises devront disposer d'une couverture collective santé obligatoire répondant à un socle minimal prévu par la loi bénéficiant à tous les salariés.

Concrètement, sont concernés tous les salariés ne disposant pas déjà d'une couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire.

La loi de sécurisation de l'emploi précitée et un décret en date du 8 septembre 2014 sont venus fixer de nouvelles règles à respecter par toutes les entreprises **quel que soit leur effectif**.

Par ailleurs, en parallèle, un décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 est intervenu pour fixer de nouvelles règles relatives au contenu des contrats complémentaire santé que les entreprises devront respecter sous peine de perdre le bénéfice des aides fiscales et sociales qui y sont attachées.

En effet, en application de ces textes, toutes les entreprises vont devoir :

- Mettre en place un contrat de complémentaire santé collectif pour tous les salariés au plus tard le **1er janvier 2016** ;
- Respecter un « **panier minimal de soins** » qui fixe les garanties minimales que l'entreprise doit proposer à ses salariés ;
- S'assurer que la couverture mise en place respecte bien les exigences du cahier des charges fixé par le décret du 18/11/2014 ;
- Assurer au minimum 50% du financement de cette couverture minimale obligatoire.

ATTENTION !

Une interrogation subsiste actuellement sur l'obligation pour l'employeur de participer financièrement au minimum à hauteur de 50% de la couverture pour la partie correspondant au panier minimum de soins, ou pour l'intégralité de la couverture.

A notre connaissance l'obligation de participation à hauteur d'un minimum de 50% ne visait que la couverture minimale prévue par la loi.

Toutefois, il semblerait que la nouvelle rédaction retenue par le Code de la Sécurité Sociale ne soit pas si claire sur ce point et qu'il faudrait a priori considérer que la participation de l'employeur à hauteur de 50% vise l'ensemble de la couverture mise en place, y compris les garanties plus favorables que le panier minimum de soins.

Une note « questions/réponses » rédigée par l'Administration devrait venir confirmer ce point prochainement.

❖ QUELLES SONT LES ENTREPRISES CONCERNÉES PAR LA MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

CAS N°1	CAS N°2
<p>Vous disposiez déjà d'un contrat pour certains de vos salariés avant le 30 juin 2014 :</p> <p>En principe, vous avez dû étendre la couverture à l'ensemble des salariés de l'entreprise depuis le 1er juillet 2014.</p>	<p>Vous ne disposiez d'aucun contrat à cette date et vous n'avez rien mis en place à ce jour :</p> <p>Vous devrez mettre en place une couverture obligatoire pour l'ensemble des salariés d'ici le 1er janvier 2016.</p>

La question ici est de savoir quel type de couverture doit être mis en place et quelle va être la marge de manœuvre des entreprises sur le sujet.

 La loi a prévu que les entreprises devront prévoir un certain **nombre de dispositions minimales** à compter du 1er janvier 2016.

❖ GARANTIES À PRÉVOIR DANS VOTRE CONTRAT : « LE PANIER MINIMUM DE SOINS »

Le décret du 8 septembre 2014 prévoit que les garanties devront couvrir a minima :

- L'intégralité du **ticket modérateur** à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire,

Ne peuvent être pris en charge dans le cadre du panier de soins minimal :

- Le remboursement des médicaments destinés au traitement de troubles ou d'affections sans caractère habituel de gravité ou dont le service médical rendu a été classé comme modéré ou faible ;
 - Les spécialités et préparations homéopathiques ;
 - Les frais de soins thermaux ;
 - Les majorations de ticket modérateur applicables aux assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant sans prescription de ce dernier, un autre médecin ;
 - Le forfait de 1 € sur les actes et consultations des médecins et sur les actes biologiques ;
 - Les franchises (0,50 € sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux et 2 € sur les transports sanitaires).
- **Le forfait journalier hospitalier** : la prise en charge doit être intégrale et sans limitation de durée
 - Les dépenses de **frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité**, la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale,
 - Les dépenses de **frais d'optique**, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de :
 - **100 euros minimum pour les corrections simples** (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)
 - **200 euros minimum pour les corrections complexes** (verres simple dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou = 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs)
 - **150 euros minimum pour les corrections mixtes** (1 verre simple et 1 verre complexe)

Cette période de 2 ans est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Ce forfait couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture.

NB : le texte ne mentionne que les lunettes et n'apporte aucune précision sur les lentilles de contact.

* A noter - Cas particulier des salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace Moselle :

Les prestations versées au titre de la couverture complémentaire santé seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire.

En conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

❖ OBLIGATION POUR L'ENTREPRISE DE SOUSCRIRE UN CONTRAT DIT « RESPONSABLE »

Nécessité de respecter un cahier des charges depuis le 1er avril 2015 (décret n° 2014-1374 du 18.11.2014) :

Ce « Cahier des charges » que doivent respecter les contrats d'assurance collectifs de remboursement de frais de santé conclus entre les organismes assureurs et les employeurs au bénéfice de leurs salariés, fixe les **planchers minima et plafonds maxima de garanties à respecter**.

Si le contrat santé collectif respecte ces garanties minimales et maximales, l'entreprise **pourra bénéficier d'une exonération de cotisations sociales et fiscales** et appliquer une taxe d'assurance réduite.

Mesures « phares » de ce nouveau cahier des charges ?

Pour être qualifié de « responsable », le contrat doit notamment prévoir :

- La prise en charge des dépassements d'honoraires encadrée : celle-ci ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- 125% du tarif de responsabilité « sécurité sociale » pour les soins délivrés en 2015 et 2016 (puis 100 % à partir de 2017) ;
- le montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès au soin minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

- La prise en charge des frais d'optique dans les limites suivantes :

- une paire de lunettes par période de 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle) ;
- minimum de prise en charge : 50 € pour les verres simples et entre 125 € et 200 € pour les verres complexes en fonction de la vue ;
- maximum de prise en charge : 470 € par équipement pour les verres simples et entre 610 € et 850 € par équipement en fonction de la vue.

Sans que la prise en charge de la monture au sein de l'équipement puisse dépasser un forfait égal à 150 €.

Ce nouveau cahier des charges s'applique comme suit :

POUR LES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ MIS EN PLACE AVANT LE 09/08/2014	POUR LES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ MIS EN PLACE ENTRE LE 09/08/2014 ET LE 30/03/2015	POUR LES RÉGIMES FRAIS DE SANTÉ MIS EN PLACE À COMPTER DU 01/04/2015
<ul style="list-style-type: none"> • Aucune modification de l'acte de mise en place entre le 19/11/2014 et le 31/12/2017 : <p>Conformité au nouveau contrat responsable au 01/01/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modification de l'acte de mise en place à compter du 19/11/2014 (1) : <ul style="list-style-type: none"> ★ Les contrats d'assurance intègrent cette modification avant le 01/04/2015 : <p>Conformité au nouveau contrat responsable à la prochaine échéance (soit au 01/01/2016 pour un contrat calé sur l'année civile)</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ Les contrats d'assurance intègrent cette modification à compter du 01/04/2015 : <p>Conformité immédiate au contrat responsable</p>	<p>A la prochaine échéance de renouvellement du contrat d'assurance</p> <p>(soit au 01/01/2016 pour un contrat calé sur l'année civile)</p>	<p>A la date d'entrée en vigueur du régime</p>

(1) Notion de modification : toutes les modifications sont visées notamment les modifications liées à une mise en conformité avec la réglementation / les modifications des tarifs (sauf mise en œuvre d'une clause d'indexation automatique des taux de cotisations).

Quel est l'impact pratique de ces nouvelles règles sur les régimes existants ?

Les contrats « socles » obligatoires financés par les employeurs devront respecter le cahier des charges pour bénéficier des exonérations de charges sociales :

- Mise en conformité nécessaire concernant l'expression des garanties (notamment frais d'optique et dépassements d'honoraires) ;
- Pour les contrats prévoyant des garanties élevées : transformation importante des régimes à prévoir (ex. : contrat socle obligatoire financé par l'employeur respectant les plafonds de prise en charge + contrat facultatif « surcomplémentaire » proposant des garanties optionnelles financées intégralement par les salariés)

Les organismes assureurs estiment que 80% des régimes complémentaires obligatoires dans les entreprises devront être mis en conformité au 1er janvier 2016.

Dans ce cadre, il va falloir :

- prévoir la négociation de nouveaux contrats d'assurance avant le 31 octobre 2015 (date limite de résiliation des contrats d'assurance) ;
- prévoir la modification des actes juridiques de mise en place (accord collectif ou DU) dans la foulée avant le 1er janvier 2016.

Deuxième partie : CHOIX DU CONTRAT & DE L'ASSUREUR

❖ DÉFINITION DES CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT : GARANTIES ET PRESTATIONS

Avant d'engager une consultation pour choisir l'organisme assureur, il apparaît nécessaire de s'interroger sur les principales caractéristiques du régime, à savoir :

- les catégorie(s) de salariés affiliés et conditions éventuelles de prise en charge des ayants droit :

- couverture identique pour les salariés cadres ou non cadres ?
- couverture du salarié seul ?
- couverture salarié + famille ?

- les modalités et conditions tarifaires,

- la part employeur et la part salariale,

- le mode de calcul des prestations,

- les conditions d'ouverture des droits,

- les éventuels délais de carence, de résiliation et/ou de dénonciation,

- les modalités de revalorisation des prestations,

- les modalités de maintien de la couverture aux salariés en cas de départ à la retraite ou de chômage,

- les critères de choix de l'organisme assureur,

- la périodicité de révision de l'accord et du contrat qui en résulte.

L'employeur souscrit un premier niveau de garanties, correspondant au panier de soins minimum imposé par la loi (cf.p.7), et financé à hauteur de 50 % minimum.

Le salarié a la possibilité de compléter cette couverture par la souscription d'options individuelles facultatives à sa charge exclusive si le contrat le prévoit.

👉 Retrouvez dans les exemples ci-dessous plusieurs tableaux :

- un exemple de tableau reprenant les garanties prévues par le panier minimum de soins ;

- un exemple de tableau reprenant les garanties prévues par le panier minimum de soins et deux formules « à options », respectant le cahier des charges du contrat responsable;

- un tableau comprenant des exemples concrets de remboursement pour chacune des garanties couvertes par le contrat (frais médicaux, soins dentaires, frais d'optique....).

❖ QUELS SONT LES SALARIÉS QUI DOIVENT ÊTRE COUVERTS ?

L'ensemble des salariés doivent être couverts. Toutefois, il est possible de prévoir **une condition d'ancienneté qui ne peut dépasser 6 mois.**

Par ailleurs, la loi n'impose pas l'égalité de complémentaire santé pour tous les salariés. Elle impose un socle de garanties de base commun à tous et le principe d'égalité de cotisation à couverture égale.

Cela signifie que l'entreprise reste libre par exemple :

- de prévoir une **couverture différente** pour les salariés cadres et non cadres ;
- **d'étendre ou non les garanties aux autres membres de la famille du salarié** (conjoint, enfants) ;
- de proposer des remboursements plus ou moins élevés...

❖ POUR QUEL COÛT ?

Les offres du marché pour une complémentaire santé collective correspondant au panier minimum de soins prévu par la loi se situent en moyenne autour de **22 à 28 € par mois et par salarié**, à répartir à 50/50 entre l'entreprise et le salarié.

Ce tarif est susceptible de varier en fonction de la démographie de l'entreprise et la zone géographique.

Concernant les exemples d'options, il semble possible de se baser sur des montants de l'ordre de :

- **25 € (option1)**
- **ou 45 € (option 2) à la charge exclusive du salarié**

(cf. tableau en page 14)

❖ LE CHOIX DE L'ASSUREUR

Plusieurs types d'organismes gèrent des garanties de complémentaire santé :

- les institutions de prévoyance ;
- les mutuelles ;
- les mutuelles d'assurance ;
- les sociétés d'assurance.

Compte tenu de l'ouverture du marché, l'offre est très importante en matière de mutuelle complémentaire santé proposée par les assureurs.

A prestations équivalentes, les tarifs peuvent varier du simple au double.

Aussi, il convient d'être vigilant notamment :

- **éventuellement, en demandant conseil auprès d'un spécialiste qui pourra vous orienter dans vos démarches.**
- **en donnant la priorité aux remboursements clairement indiqués** : il s'agit d'éviter les mauvaises surprises et les ambiguïtés marketing en privilégiant les contrats indiquant clairement les remboursements obtenus. N'hésitez pas à demander une simulation complète pour une meilleure compréhension.
- **en examinant attentivement les garanties** Optique-Dentaire-Hospitalisation.
A elles seules, elles justifient la souscription à une mutuelle santé.
- **en s'assurant que le contrat est conforme aux obligations minimales définies par les dispositions légales et réglementaires.**

ILLUSTRATION

EXEMPLE DE TABLEAU DES GARANTIES « ANI » : PANIER DE SOINS MINIMUM

GARANTIES	MONTANTS		
<p style="text-align: center;">Frais Hospitaliers Hospitalisation médicale/chirurgicale</p>	100 % BRSS		
<p style="text-align: center;">Chambre particulière Forfait journalier Lit accompagnant</p>	néant 100 % frais réels néant		
<p style="text-align: center;">Frais médicaux Consultations, visites généralistes Consultations, visites spécialistes Radiologie, auxiliaires médicaux, analyses</p>	100 % BRSS 100 % BRSS 100 % BRSS		
<p style="text-align: center;">Pharmacie Prise en charge par la SS Pharmacie à vignette bleue Pharmacie à vignette orange</p>	100 % BRSS 30 % BRSS 15 % BRSS		
<p style="text-align: center;">Appareillage Appareillage, Prothèse auditive</p>	100 % BRSS		
<p style="text-align: center;">Transport</p>	100 % BRSS		
<p style="text-align: center;">Frais dentaires Soins dentaires Orthodontie acceptée par la SS Orthodontie refusée par la SS</p> <p style="text-align: center;">Prothèses dentaires acceptées par la SS</p> <p style="text-align: center;">Prothèses dentaires refusées par la SS Implants dentaires Parodontologie</p>	100 % BRSS 125 % BRSS néant	125 % BRSS	néant néant néant
<p style="text-align: center;">Frais d'optique adulte Monture + verres simples Monture + verres mixtes</p> <p style="text-align: center;">Monture + verres complexes Lentilles</p>	1 paire tous les 2 ans 100 € 150 €	200 € 100 €	
<p style="text-align: center;">Cure</p>	70 % BRSS		

ILLUSTRATION

EXEMPLE DE TABLEAU DES GARANTIES : « PANIER DE SOINS MINIMUM + OPTIONS »

GARANTIES	MONTANTS ANI	MONTANTS ANI + OPTION 1	MONTANTS ANI + OPTION 2
Frais Hospitaliers			
Honoraires signataire CAS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Honoraires non signataire CAS	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS
Chambre particulière	Néant	40 €/jour	60 €/jour
Forfait journalier	100 % frais réels	100 % Frais réels	100 % Frais réels
Lit accompagnant	Néant	15 €/jour	25 €/jour
Frais médicaux			
Consultations, visites signataire CAS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Consultations, visites non signataire CAS	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS
Radiologie signataire CAS	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Radiologie non signataire CAS	100 % BRSS	105 % BRSS	130 % BRSS
auxiliaires médicaux, analyses	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Pharmacie			
Prise en charge par la SS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie vignette bleue	30 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie vignette blanche	15 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
Appareillage			
Appareillage	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Prothèse auditive	100 % BRSS	150 % BRSS	200 % BRSS
Transport	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Frais dentaires			
Soins dentaires	100 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Inlays-onlays remboursés par la SS	125 % BRSS	125 % BRSS	150 % BRSS
Orthodontie acceptée par la SS	125 % BRSS	250 % BRSS	325 % BRSS
Orthodontie refusée par la SS	Néant	460 €/an	600 €/an
Prothèses dentaires acceptées par la SS	125 % BRSS	250 % BRSS	325 % BRSS
Prothèses dentaires refusées par la SS	Néant	230 €/an	300 €/an
Implant dentaire	Néant	Néant	400 €/implant maxi 2/an
Parodontologie	Néant	230 €/an	300 €/an
Frais d'optique adulte			
Monture + verres simples	1 paire tous les 2 ans 100 €	1 paire tous les 2 ans 195 €	1 paire tous les 2 ans 335 €
Monture + verres complexes	150 €	270 €	485 €
Monture + verres très complexes	200 €	370 €	585 €
Lentilles remboursées par la SS	100 €	100 €	150 €
Lentilles non remboursées par la SS	Néant	Néant	Néant
Chirurgie de l'œil	Néant	Néant	200 € par oeil
Allocation naissance	Néant	Néant	300 €
Prévention			
Aide à l'arrêt du tabac	Néant	30 €/an	40 €/an
Cure thermique	70 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS + 200 €
Médecine douce	Néant	Néant	20 €/acte maxi 100 €/an
Pharmacie non remboursée	Néant	Néant	35 €/an
TARIFS			
Adulte	0.89 % soit 28.21 €	EN + DE L'ANI + 0.77 % soit 24.40 €	EN + DE L'ANI + 1.41 % soit 44.69 €
Enfant	0.52 % soit 16.48 €	+ 0.48 % soit 15.21 €	+ 0.82 % soit 25.99 €

NB : « Signataire CAS » = médecin conventionné

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

GARANTIES	MONTANTS ANI	MONTANTS ANI + OPTION 1	MONTANTS ANI + OPTION 2
Frais Médicaux Consultation spécialiste signataire CAS Tarif SS : 28 € Payé par le salarié : 55 €	Rbt SS : $28 \text{ €} \times 70 \% = 19.60 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $28 \text{ €} \times 30 \% = 8.40 \text{ €}$ À charge : 27 €	Rbt SS : $28 \text{ €} \times 70 \% = 19.60 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $28 \text{ €} \times 55 \% = 15.40 \text{ €}$ À charge : 20 €	Rbt SS : $28 \text{ €} \times 70 \% = 19.60 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $28 \text{ €} \times 80 \% = 22.40 \text{ €}$ À charge : 13 €
Consultation Généraliste signataire CAS Tarif SS : 23 € Payé par le salarié : 40 €	Rbt SS : $23 \text{ €} \times 70 \% = 16.10 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $23 \text{ €} \times 30 \% = 6.90 \text{ €}$ À charge : 17 €	Rbt SS : $23 \text{ €} \times 70 \% = 16.10 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $23 \text{ €} \times 55 \% = 12.65 \text{ €}$ À charge : 11.25 €	Rbt SS : $23 \text{ €} \times 70 \% = 16.10 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $23 \text{ €} \times 80 \% = 18.40 \text{ €}$ À charge : 5.50 €
Frais Dentaires Couronne prise en charge par la SS Tarif SS : 107,50 € Payé par le salarié : 700 €	Rbt SS : $107.5 \text{ €} \times 70 \% = 75.25 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $107.5 \text{ €} \times 55 \% = 59.12 \text{ €}$ À charge : 565.63 €	Rbt SS : $107.5 \text{ €} \times 70 \% = 75.25 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $107.5 \text{ €} \times 180 \% = 193.50 \text{ €}$ À charge : 431.25 €	Rbt SS : $107.5 \text{ €} \times 70 \% = 75.25 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : $107.5 \text{ €} \times 255 \% = 274.12 \text{ €}$ À charge : 350.63 €
Orthodontie enfant/semestre Tarif SS : 193,50 € Payé par le salarié : 750 €	Rbt SS : $193.5 \text{ €} \times 100 \% = 193.50 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : 48,37 € À charge : 508.13 €	Rbt SS : $193.5 \text{ €} \times 100 \% = 193.50 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : 290,25 € À charge : 266.25 €	Rbt SS : $193.5 \text{ €} \times 100 \% = 193.50 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : 435,37 € À charge : 121.13 €
Implants Dentaires Tarif SS : néant Payé par le salarié : 800 €	Rbt SS : néant Rbt Mutuelle : néant À charge : 800 €	Rbt SS : néant Rbt Mutuelle : néant À charge : 800 €	Rbt SS : néant Rbt Mutuelle : 400 € À charge : 400 €
Frais d'Optique adulte Tarif SS monture : 2,84 € Tarif SS verres simples : 7,32 €	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $7.32 \times 60 \% = 4.39 \text{ €}$	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $7.32 \times 60 \% = 4.39 \text{ €}$	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $7.32 \times 60 \% = 4.39 \text{ €}$
Payé par le salarié : Monture : 200 € Verres simples : 340 € Total : 540 €	Rbt Mutuelle : Monture : 25 € Verres : 75 € À charge : 433.91 €	Rbt Mutuelle : Monture : 70 € Verres : 125 € À charge : 338.90 €	Rbt Mutuelle : Monture : 85 € Verres : 250 € À charge : 198.91 €
Tarif SS monture : 2,84 € Tarif SS verres progressifs : 20,74 € Payé par le salarié : Monture : 200 € Verres progressifs : 800 € Total : 1000 €	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $20.74 \times 60 \% = 12.44 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : Monture : 25 € Verres : 175 € À charge : 785.86 €	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $20.74 \times 60 \% = 12.44 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : Monture : 70 € Verres : 300 € À charge : 615.86 €	Rbt SS : Monture : $2.84 \times 60 \% = 1.70 \text{ €}$ Verres : $20.74 \times 60 \% = 12.44 \text{ €}$ Rbt Mutuelle : Monture : 85 € Verres : 500 € À charge : 400.86 €

NB :

- « à charge » signifie « à charge du salarié ».
- Attention : les exemples de remboursement n'intègrent pas le forfait de 1 € sur les actes et consultations des médecins, ni les franchises (cf. page 8).

AUTRES EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

Chez un médecin généraliste conventionné en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires)	Chez un médecin généraliste conventionné en secteur 2 qui pratique donc des dépassements d'honoraires
<p>Il applique le prix de la consultation fixée par la Sécurité sociale = 23 €.</p> <p>L'Assurance maladie rembourse 70% de ces 23 euros moins 1€ de participation forfaitaire = 15,10 €.</p> <p>La complémentaire prend en charge le ticket modérateur, les 30% restants de 23 € = 6,90 €.</p> <p>Le reste à charge s'élève donc à $23 - 15,10 - 6,90 = 1$ €.</p>	<p>Il fait payer la consultation = 50 €.</p> <p>La base de remboursement de la Sécurité sociale reste de 23 €.</p> <p>L'Assurance maladie prend toujours en charge 15,10 €.</p> <p>Si la complémentaire prend en charge 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale, cela signifie qu'elle remboursera un montant maximum de 23 €.</p> <p>Dans ce cas, le remboursement total s'élève à $23 + 15,10 = 38,10$ €.</p> <p>Le reste à charge est donc de 11,9 €.</p> <p>Si la complémentaire prend en charge 150% pour la même consultation, la solution est différente.</p> <p>Elle remboursera un montant maximum de $1,5 * 23 = 34,5$ €.</p> <p>Le remboursement sera de $15,10 + 34,5 = 49,6$ €. Le reste à charge sera de 0,4 €.</p>

Troisième partie : FORMALISME ATTACHÉ À LA MISE EN PLACE DU CONTRAT

❖ MISE EN PLACE D'UN CONTRAT COLLECTIF À ADHESION OBLIGATOIRE

Le contrat collectif obligatoire doit être conclu au profit de l'ensemble des salariés ou pour une catégorie d'entre eux, définie à partir de l'un des critères objectifs (article R 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale).

La participation de l'employeur doit, par ailleurs, être fixée à un montant et un taux uniforme à l'égard de la catégorie déterminée.

Toutefois, la souscription d'un contrat auprès d'un assureur ne suffit pas.

En effet, il faut formaliser la mise en place de ce contrat dans l'entreprise.

❖ LES DIFFÉRENTS MODES DE MISE EN PLACE DE LA COUVERTURE

Il existe plusieurs modes de mise en place d'un contrat complémentaire santé en complément ou en l'absence de garanties mises en place au niveau de la convention collective ou de l'accord de branche.

En effet, l'entreprise peut opter pour l'un ou l'autre des modes de mise en place visés ci-dessous :

Accord d'entreprise	Référendum	Décision unilatérale
<p>= Négociation entre employeur et délégué syndicaux</p> <p>Ou avec les élus/un salarié mandaté</p>	<p>Rédaction d'un projet d'accord définissant le dispositif.</p> <p>Nécessaire ratification par la majorité des salariés concernés.</p> <p>+ information complète des salariés obligatoire</p>	<p>L'employeur doit informer par écrit tous les salariés concernés.</p> <p>La décision doit être rédigée de façon aussi complète qu'un accord collectif ou qu'un accord acté par référendum.</p>

❖ FOCUS SUR LA DÉCISION UNILATÉRALE

En l'absence de mise en place par accord collectif, l'employeur doit mettre en place la couverture par le biais d'une décision unilatérale.

Il s'agit du mode de mise en place le plus simple et également le plus adapté aux TPE-PME, qui ne sont pas forcément dotées de représentants du personnel.

La décision unilatérale est un document qui précise les éléments suivants :

- la durée et les conditions de l'engagement unilatéral de l'employeur ;
- l'ancienneté dans l'entreprise pour bénéficier des garanties ;
- la teneur des garanties (notamment le contenu des garanties et les modalités de mise en œuvre) ;
- les taux et la répartition de la cotisation entre employeur et salarié ;
- les modalités de remise en cause ou de dénonciation de l'engagement.

ATTENTION ! SPÉCIFICITÉ DE CE MODE DE MISE EN PLACE
SELON LA SITUATION DES SALARIÉS :

Salariés déjà présents dans l'entreprise	Nouveaux embauchés
<p>1^{er} cas : possibilité de refuser l'affiliation si le régime mis en place comporte une cotisation salariale</p> <p>= accord exprès du salarié requis</p> <p>Dans ce cas, pas de remise en cause du caractère obligatoire du régime.</p> <p>2^{ème} cas : s'il n'y a aucune cotisation salariale, l'employeur peut imposer l'affiliation aux salariés déjà employés dans l'entreprise.</p>	<p>Affiliation des salariés embauchés après la mise en place du régime obligatoire, au titre du statut collectif applicable dans l'entreprise.</p> <p>= la décision unilatérale s'impose aux nouveaux embauchés</p>

En pratique, la Décision Unilatérale de l'employeur doit obligatoirement être formalisée par un écrit remis à chaque salarié.

Chaque salarié doit également recevoir :

- une **lettre d'information** précisant cette mise en place ;
- une **notice d'information émanant de l'organisme assureur.**

L'employeur doit conserver la preuve de la remise de ces écrits.

En effet, en cas de contrôle, il devra :

- produire une copie de l'écrit remis aux salariés et actant la Décision Unilatérale, conformément à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
- justifier auprès de l'agent chargé du contrôle la **preuve de la remise de l'ensemble de ces écrits** (lettre d'information de mise en place, accord ou désaccord du salarié sur l'éventuel financement lui incombant et notice d'information).

Il est donc nécessaire de prévoir une liste d'émargement permettant à chaque salarié d'attester que lui a bien été remis l'ensemble des documents.

Retrouvez en annexe 2 un modèle de décision unilatérale.

❖ LES DISPENSES D'ADHÉSION POUVANT ÊTRE PRÉVUES PAR LE CONTRAT

Vous avez été nombreux à nous questionner sur l'obligation réelle pour chaque salarié d'adhérer au régime mis en place dans l'entreprise compte tenu de la diversité des situations rencontrées :

- salariés déjà couverts à titre individuel,
- salariés déjà couverts par leur conjoint.....

Pour répondre à cette problématique il est possible de prévoir un certain nombre de **dispenses d'adhésion** dans le contrat. Toutefois, celles-ci doivent être limitées sous peine de remettre en cause le caractère collectif et obligatoire du régime.

En complément, un décret en date du 8 juillet 2014 est venu apporter des précisions en prévoyant que :

- les cas de dispenses sont désormais identiques quelle que soit la nature juridique de l'acte instituant le régime (accord collectif – référendum – décision unilatérale) ;

- les dispenses d'adhésion ouvertes aux CDD et apprentis justifiant être déjà couverts par un contrat individuel sont élargies aux contrats de mission.

Attention !

Les demandes de dispenses doivent comporter une mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

IMPORTANT

Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations prévues par les textes doivent faire une **demande de dispense d'affiliation par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires**, auprès de l'employeur qui en conservera la trace.

Le maintien des dérogations est subordonné à la remise annuelle des justificatifs à l'employeur.

A défaut, les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime.

EN SYNTHÈSE : LES DISPENSES POSSIBLES ?

CAS DE DISPENSES POSSIBLES (article R 242-1-6 du Code de la sécurité sociale)	DURÉE DE VALIDITÉ DE LA DISPENSE	JUSTIFICATIF(S) DEMANDÉ(S)
Salariés embauchés avant la mise en place du régime (DUE uniquement)	PERMANENTE	Lettre de refus du salarié
Salariés ayant un CDD d'une durée supérieure ou égale à 12 mois	PERMANENTE	Lettre de refus du salarié + attestation de couverture autre
Salariés ayant un CDD d'une durée < à 12 mois	PERMANENTE	Lettre de refus du salarié
Salariés travaillant à temps partiel et apprentis si la cotisation est > à 10% de la rémunération brute du participant	PERMANENTE	Lettre de refus du salarié /Fiches de paye
Salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé)	TEMPORAIRE (jusqu'à expiration des droits CMU-C ou ACS)	Lettre de refus du salarié + attestation annuelle des droits à CMU-C ou ACS
Salariés bénéficiaires d'une couverture frais de santé individuelle	TEMPORAIRE (jusqu'à échéance du contrat individuel)	Lettre de refus du salarié + attestation de couverture individuelle
Salariés qui bénéficient par ailleurs y compris en tant qu'ayants-droit d'une couverture collective conforme à un des dispositifs fixés par arrêté : - contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place dans une autre entreprise (salariés à employeurs multiples ou au titre d'ayant-droit à condition que ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire) ; - régime local d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle ; - régime collectif et obligatoire mis en place pour les fonctionnaires d'Etat, territoriaux et les agents des établissements publics.	PERMANENTE (sous réserve d'une justification annuelle)	Lettre de refus du salarié + attestation annuelle de couverture
Couples travaillant dans la même entreprise : - si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des 2 membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit ; - si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.	PERMANENTE	-

RÉCAPITULATIF DES DOCUMENTS À REMETTRE AUX SALARIÉS POUVANT BÉNÉFICIER DE LA COUVERTURE MISE EN PLACE :

Quel que soit le mode de mise en place du contrat :

- La notice d'information de l'assureur

Elle est obligatoire.

L'organisme assureur est responsable de la rédaction de la notice d'information, qu'il doit vous adresser.

Cette notice, qui doit être claire, précise et compréhensible par tous, précise les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'application.

L'employeur est tenu de remettre cette notice à chaque salarié nouvellement embauché.

Attention : les dispositions relatives à la notice d'information ne doivent pas être négligées.

En effet, en cas de défaut d'information portant préjudice au salarié, celui-ci pourra demander des dommages et intérêts correspondant au montant des prestations dont il n'a pu bénéficier.

La notice d'information doit être remise en l'état. Il n'est pas conseillé de rédiger un autre document car s'il existe une différence dans les garanties, ce serait à la charge de l'entreprise.

- Le bulletin d'adhésion

Le salarié doit remplir un bulletin d'adhésion au moment de l'embauche s'il est fondé à en bénéficier, ou au moment où le salarié peut bénéficier du régime, dans l'hypothèse par exemple où une condition d'ancienneté est exigée.

Pour les régimes mis en place par décision unilatérale (cf. p. 17)

- la Décision Unilatérale de l'employeur doit obligatoirement **être formalisée par un écrit remis à chaque salarié** ;
- l'employeur doit conserver la preuve de la remise de cet écrit (liste d'émargement/accusé de réception).

Dans tous les cas, ne pas oublier qu'il est nécessaire de déclarer à l'organisme assureur toute embauche d'un nouveau salarié.

Quatrième partie : ET APRÈS LA RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL ?

La réglementation permet aux salariés dans certains cas de bénéficier d'un maintien des garanties frais de santé, appelé « portabilité ».

Les salariés qui peuvent bénéficier du maintien des garanties complémentaires santé appliquées dans leur ancienne entreprise sont ceux dont le contrat de travail a été rompu, à condition :

- que la rupture ouvre droit pour le salarié à une **prise en charge par le régime d'assurance chômage** ;
- et **que des droits relatifs à une couverture frais de santé aient été ouverts chez le dernier employeur** (une durée de travail inférieure à l'ancienneté et/ou délai de carence imposés dans le contrat d'assurance n'ouvrent pas de droit).

Le départ à la retraite n'est pas concerné, mais la démission peut être concernée dans les cas de démissions légitimes (exemple : démission pour suivre son conjoint qui déménage pour un nouvel emploi...).

ATTENTION : Jusqu'en juin 2014, un salarié quittant l'entreprise pouvait renoncer au maintien des garanties en le notifiant expressément par écrit à son ancien employeur.

Cette faculté de renonciation **n'est plus prévue par les textes** : la portabilité s'applique de façon automatique dès lors que les deux conditions ci-dessus sont réunies.

❖ DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

- La durée de la période de maintien des garanties est égale à celle du dernier contrat de travail, dans la limite de 12 mois.

Cette durée est donc proportionnelle à la durée du contrat de travail du salarié (appréciée en mois entiers).

- Le maintien de la couverture cesse à l'issue de la période de maintien des droits, ou lors de la reprise d'un nouvel emploi.

❖ FINANCEMENT DE LA PORTABILITÉ

Depuis le 1er juin 2014, les anciens salariés bénéficient de la portabilité des garanties frais de santé **à titre gratuit**.

Le maintien de leur couverture est donc financé conjointement par l'employeur et les salariés actifs sans qu'aucune participation financière ne soit demandée au salarié quittant l'entreprise.

ATTENTION : nous vous rappelons que l'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail.

❖ OBLIGATIONS RÉCIPROQUES DE L'EMPLOYEUR ET DU SALARIÉ

Obligations de l'employeur au moment du départ du salarié	Obligations du salarié après son départ de l'entreprise
<ul style="list-style-type: none">- Information du salarié de ses droits au maintien de la couverture frais de santé après son départ.- Remise au salarié d'une fiche d'information au moment de la rupture du contrat de travail et au plus tard avec son solde de tout compte.	<ul style="list-style-type: none">- Fournir à son ancien employeur la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage.- Signaler à son ancien employeur la cessation de sa prise en charge par l'assurance chômage, si elle intervient avant l'échéance de la période de portabilité (qui est au maximum de 12 mois).

Pensez également à informer votre organisme assureur dès qu'un salarié quitte l'entreprise.

QUELQUES DÉFINITIONS POUR S'Y RETROUVER.....

- **Base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS)**

La base de remboursement de la Sécurité sociale est le montant de référence pour chaque acte médical.

Ce tarif est défini par la Sécurité Sociale et désigne la part des dépenses de santé prise en charge par l'Assurance maladie.

Il peut varier selon que le médecin est conventionné ou non.

- **100% BRSS, 200% BRSS... Qu'est-ce que ça veut dire ?**

La Base de Remboursement de la Sécurité sociale sert aussi de référence aux mutuelles santé pour fixer les niveaux de remboursement.

C'est la raison pour laquelle la prise en charge des mutuelles est exprimée en pourcentage du tarif de convention.

Un pourcentage supérieur à 100% permet de prendre en charge les dépassements d'honoraires : la mutuelle remboursera au-delà de ce que prévoit l'Assurance maladie.

Remboursement exprimé en pourcentage: un remboursement à 100% ne signifie pas que la complémentaire santé va rembourser 100% des dépenses de soins. Il faut en effet comprendre 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

- **Frais Réels (FR)**

Ils correspondent à la totalité de ce qui est facturé à l'assuré pour des soins, appareillages médicaux, médicaments ...

- **Tarif de Convention (TC)**

Il détermine pour chaque acte le montant sur lequel s'appliquera le remboursement de la Sécurité Sociale. Il est fixé par convention entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.

- **Tiers Payant**

Dispositif mis en place par les organismes d'assurance et la sécurité sociale afin d'éviter aux assurés de faire l'avance des dépenses. Le coût d'un soin de santé est divisé en 2 parties : la première étant la part remboursée par la Sécurité Sociale et l'autre remboursée par la Compagnie d'assurance.

- **Ticket modérateur**

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

Mise en place d'un régime de complémentaire Frais de Santé
Modèle de décision unilatérale

L'entreprise

Forme juridique....., au capital de.....euros,
Dont le Siège Social est :

Code NAF :..... n° SIRET :.....

Représentée par

Agissant en qualité de

L'entreprise, soucieuse de contribuer à l'amélioration de la protection sociale de ses salariés, a décidé de mettre en place de nouvelles garanties collectives et obligatoires Frais de Santé au profit de la catégorie des bénéficiaires définie à l'article 2 ci-dessous.

Les principales caractéristiques de ce régime sont présentées ci-après et remis à chaque salarié en application de l'article L.911-1 du Code la sécurité sociale.

Article 1 *Objet*

La présente décision unilatérale a pour objet de définir les conditions d'une couverture complémentaire de remboursement des Frais de Santé dans l'entreprise au profit des salariés visés à l'article 2. Cette couverture permet aux salariés bénéficiaires du régime complémentaire Frais de Santé, de compléter totalement ou partiellement, en remboursement des frais exposés, les prestations servies par le régime social de base dont ils relèvent.

Article 2 *Bénéficiaires*

Est et sera affilié obligatoirement au régime l'ensemble du personnel **ou** les salariés Cadres relevant des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947 (AGIRC) **ou** les salariés NON CADRES ne relevant pas des articles 4, 4 bis et 36 de la CCN du 14 mars 1947 (AGIRC), justifiant de 6 mois d'ancienneté dans l'entreprise, à compter de la date d'effet précisée à l'article 6.

Selon le choix effectué par l'entreprise, les garanties du contrat sont accordées aux salariés et ayants droit tels que définis dans les conditions générales du contrat, étant entendu que l'inscription des ayants droit est **facultative** selon le choix du salarié, la cotisation les concernant sera intégralement à la charge du salarié.

Pour les couples tous les deux salariés dans l'entreprise, les 2 peuvent être couverts séparément ou ensemble (un est affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit).

Cependant par dérogation au caractère obligatoire du régime, pourrons adhérer facultativement les salariés :

- Présents dans l'entreprise lors de la mise en place du régime par Décision Unilatérale et refusant d'y cotiser comme l'autorise l'article 11 de la loi EVIN 89 – 1009 du 31/12/1989. L'éventuel refus doit être notifié par écrit à l'employeur.

- Bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.
- Les salariés et ayants droit couverts par une mutuelle individuelle jusqu'à la date d'échéance de leur contrat.
- Les salariés qui bénéficient par ailleurs, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire des ayants droits ;

Les salariés remplissant les conditions d'une des dérogations ci-dessus doivent faire une demande de dispense d'affiliation par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires, auprès de l'employeur qui en conservera la trace. Le maintien des dérogations est subordonné à la remise annuelle des justificatifs à l'employeur, à défaut les salariés concernés seront immédiatement affiliés au régime. Si la réglementation venait à être modifiée, la ou les dispenses concernées seront automatiquement supprimées.

En cas de suspension du contrat de travail pour maladie, maternité ou accident, le bénéfice du régime est maintenu au salarié bénéficiant d'un maintien de salaire ou d'indemnités journalières complémentaires, sous réserve du paiement des cotisations.

Article 3 *Cotisations*

Le régime est financé conjointement par l'entreprise et les salariés dans les conditions suivantes :

3.1. Taux, assiette, répartition des cotisations

La cotisation globale obligatoire servant au financement du contrat d'assurance précité exprimé en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel Sécurité Sociale revalorisé chaque année au 1^{er} janvier, soit 3.170 € en 2015) est fixé pour l'ensemble des affiliés de la contractante à :

- % par salarié
- % par conjoint
- % par enfant

Le taux de cotisation est réparti comme suit :

	Cotisation patronale	Cotisation salariale	Cotisation mensuelle TTC totale 2015
Salarié	% de la cotisation du salarié soit % du PMSS	% de la cotisation du salarié soit % du PMSS	% PMSS
Ayant droit adulte	Aucune	100% de la cotisation	% PMSS
Enfant (gratuité au 3 ^{ème})	Aucune	100% de la cotisation	% PMSS

3.2. Evolution ultérieure de la cotisation

La cotisation est susceptible d'évoluer au moins une fois par an. Dans ce cas, la répartition employeur/salarié initialement définie sera appliquée dans les mêmes proportions aux éventuelles évolutions de cotisations.

Il en ira de même en cas d'évolution du montant des cotisations résultant de la mise en conformité

du contrat avec les dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 et 2 du code de la Sécurité Sociale relatives aux « contrats responsables ».

Article 4 *Garanties*

Le contenu des garanties et leurs modalités de mise en œuvre sont détaillées dans la notice d'information établie par l'assureur remise à chacun des bénéficiaires dans les documents ci-annexés.

Les obligations de la Société se limitent au seul paiement de sa participation financière au régime. Le versement des prestations relève de la responsabilité de l'organisme assureur.

Article 5 *Portabilité des droits*

Les anciens salariés dont le contrat de travail a fait l'objet d'une rupture ouvrant droit à indemnisation de l'assurance chômage, à l'exclusion d'un licenciement pour faute lourde, peuvent continuer à bénéficier des garanties de remboursement de frais médicaux applicables dans l'entreprise dans les conditions définies à l'article L 911-8 du Code de la Sécurité Sociale.

Les anciens salariés devront informer l'organisme assureur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des couvertures frais de santé susvisée ci-dessus.

Article 6 *Choix de l'organisme assureur*

..... dont le siège social est est retenu pour la gestion du régime, lequel est conforme à la définition des contrats dits « responsables », fixée par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application.

Conformément à l'article L. 912-2 du Code de la Sécurité sociale, le choix de l'organisme assureur sera réexaminé par l'employeur, après consultation des institutions représentatives du personnel, dans un délai qui ne pourra excéder 5 ans.

Ces dispositions n'interdisent pas, avant cette date, la modification, la résiliation ou le non-renouvellement par l'entreprise du contrat d'assurance collective, et la modification corrélative de la présente décision.

Article 7 *Prise d'effet, durée, dénonciation et révision de la décision*

La présente décision prend effet le /..... /2015 pour une durée indéterminée.

Elle pourra être dénoncée ou modifiée par l'employeur - notamment au cas où les conditions ayant présidé à sa mise en place seraient changées, en raison de l'évolution de l'environnement économique, de la législation ou de toutes autres circonstances - après la mise en œuvre de la procédure prévue par la jurisprudence concernant la dénonciation ou la modification des décisions unilatérales, soit à ce :

- Information des institutions représentatives du personnel.
- Information individuelle de salariés.
- Respect d'un délai de prévenance suffisant.

Fait à....., le .../ .../....

Signature,.....

Lettre d'information sur la mise en place
d'un régime complémentaire frais de santé par décision unilatérale

NOM ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE

.....
.....
.....

NOM ET ADRESSE DU SALARIÉ

.....
.....
.....

A....., le

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC A-R ou à remettre en main propre.

Objet : Mise en place d'un régime complémentaire Frais de Santé dans l'entreprise

Madame, Monsieur,

Notre entreprise a décidé de mettre en place un régime complémentaire Frais de Santé au profit de la catégorie de salariés à laquelle vous appartenez.

Le contenu des garanties et les modalités de mise en œuvre du régime ainsi mis en place sont décrits dans la notice d'information ci-jointe.

Le financement du régime sera réparti entre l'employeur et le salarié selon modalités définies dans l'acte de Décision Unilatérale ci-joint en annexe. La cotisation correspondante sera prélevée sur votre salaire.

Les avantages fiscaux et sociaux attachés aux cotisations de ce régime étant désormais subordonnés au respect de ce formalisme, nous vous remercions de bien vouloir après avoir pris connaissance des documents joints :

- soit nous retourner le présent courrier accompagné de la mention manuscrite "bon pour accord pour le prélèvement de la cotisation", daté et signé.
- soit apposer votre signature sur la liste d'émargement mise à votre disposition à la Direction de notre entreprise.

Vous souhaitant bonne réception de la présente.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Fait à, le

Nom, Qualité

PJ : Copie de l'acte de Décision Unilatérale du/...../..... mettant en place un régime complémentaire Frais de Santé.

Liste d'émargement des documents d'information de
mise en place du régime par décision unilatérale

*(à utiliser en cas de remise des éléments en main propre ou si le salarié n'a pas retourné le
courrier reçu daté et signé)*

Les soussignés de l'entreprise déclarent avoir reçu les documents d'information du régime complémentaire Frais de Santé mis en place par l'employeur, à effet du xx/xx/xxxx , au profit de la catégorie des salariés CADRES/NON CADRES relevant des articles 4 et 4 bis de la CCN du 14 mars 1947.

- Acte de Décision Unilatérale du /...../.....relative au régime complémentaire Frais de Santé.
- Garanties et notice d'information du régime

Pour la bonne règle, et afin de respecter les obligations légales issues de l'article 11 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, nous vous prions de nous confirmer votre acceptation du paiement de la cotisation correspondante prélevée sur votre salaire, ainsi que des augmentations futures des cotisations résultant de l'application de l'article 3-2 « évolution ultérieure de la cotisation ».

Nom	Prénom(s)	Date	Signature

Proposition de courrier – Refus adhésion mutuelle

A adapter par l'entreprise

A....., le.....

Objet : Demande expresse de dispense d'affiliation au régime complémentaire santé mis en place par décision unilatérale de l'entreprise

M.....,

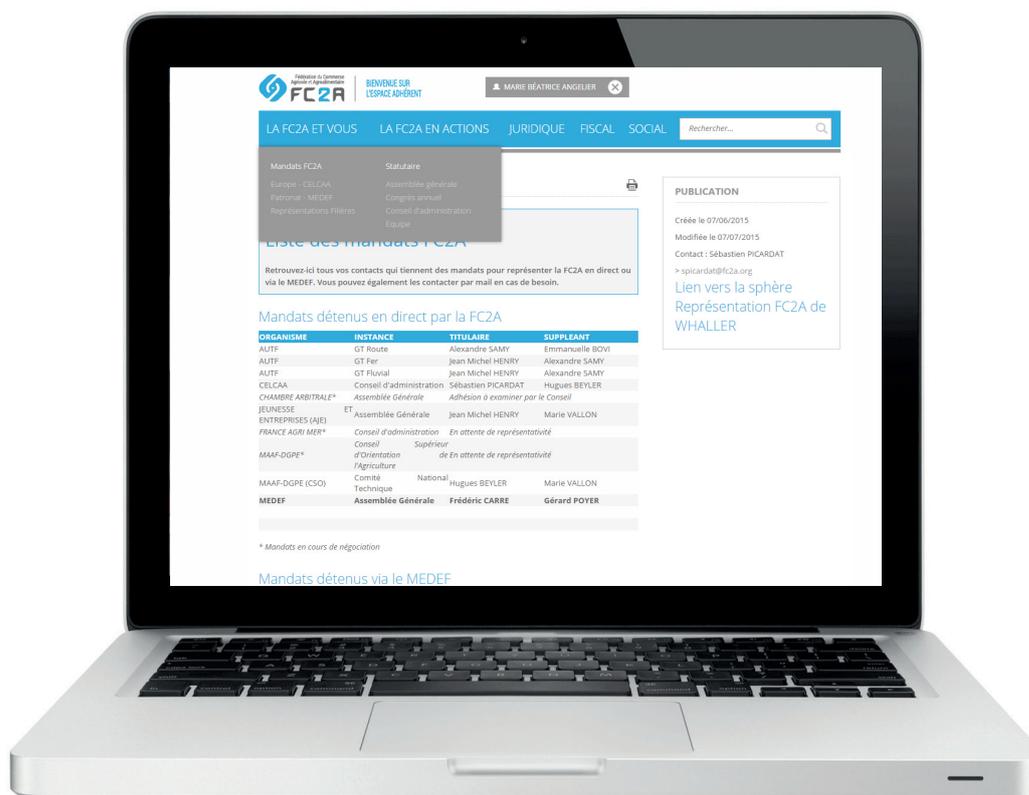
Suite à la mise en place au sein de l'entreprise d'un contrat SANTE a effet du xxxxx et après lecture des tableaux des garanties et de la décision unilatérale de mise en place, je vous confirme comme l'autorise l'article 11 de la loi EVIN n° 89-1009 du 31 décembre 1989 mon refus d'adhérer au contrat.

Je vous prie d'agréer, M....., l'expression de mes salutations distinguées.

Signature du salarié

RETROUVEZ BIENTÔT LE GUIDE FRAIS DE SANTÉ ET TOUTES LES INFOS FLASH SUR L'ESPACE ADHÉRENT

www.fc2a.org



Membre
de la FC2A

