

RAPPEL – IMPORTANT ET URGENT

« La généralisation de la complémentaire santé au 1er janvier 2016 »

*Au 1er janvier 2016 au plus tard, **tous** les salariés de droit privé devront pouvoir bénéficier d'une **couverture complémentaire santé cofinancée** par leur **employeur**.*

Cette obligation de couverture à la charge des entreprises est issue de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 puis a été complétée par différents textes.

Champ d'application

Tous les employeurs de droit privé sont concernés par cette obligation, quel que soit leur secteur d'activité et la taille de l'entreprise

- La priorité a été laissée aux branches professionnelles qui avaient jusqu'au 30 juin 2014 pour négocier sur le sujet, puis aux entreprises en mesure de conclure un accord d'entreprise jusqu'au 31 décembre 2015.
- A défaut, les **entreprises non couvertes** par un accord de branche ou d'entreprise instituant un régime de complémentaire santé obligatoire **au 1^{er} janvier 2016**, devront, à cette même date, **avoir mis en place un régime** frais de santé **par décision unilatérale**.
- La décision unilatérale devra aborder la **définition du contenu** et du **niveau des garanties** accordées, la **répartition de la charge des cotisations entre employeur et salariés** en respectant les niveaux de couverture et de financement patronal minimaux.

Couverture minimum obligatoire

Un décret du 8 septembre 2014 a précisé la couverture minimale frais de santé que doit obligatoirement proposer le régime frais de santé mis en place par l'entreprise, appelé panier minimal de soins.

le Panier minimum de soins doit contenir la prise en charge :

- illimitée **du forfait journalier** (chambre et repas) en établissement hospitalier
- des **frais d'optique** sous forme de forfait en fonction de la correction, limitée à un équipement (2 verres et 1 monture) par bénéficiaire tous les deux ans (1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue)
- des **soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale** à hauteur de 125% du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale,
- **du ticket modérateur** (part des dépenses restant à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale) pour les actes et soins remboursés par l'Assurance maladie (hors médicaments remboursés à 15 ou 30%, préparations homéopathiques et frais de cure thermale).

⚠ Votre convention collective peut prévoir des garanties supérieures qu'il vous appartiendra alors de respecter.

⇒ **Dispenses d'adhésion**

En principe, **tous les salariés** devront être couverts à **titre collectif et obligatoire** par le régime frais de santé mis en place dans l'entreprise, et ce, dans le but de conserver le bénéfice des exonérations de cotisations sociales afférentes.

Le législateur a néanmoins prévu la **possibilité d'insérer des cas de dispense** dans l'acte juridique mettant en place le régime, afin de permettre à certaines catégories de salariés de ne pas adhérer. Cette possibilité est fortement encadrée.

Les seuls cas de dispense possibles sont les suivants :

- les *salariés et apprentis sous CDD d'au moins 12 mois*, justifiant par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- les *salariés et apprentis sous CDD de moins de 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 les conduirait à verser une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- les *bénéficiaires de la CMU complémentaire* ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- les *salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé* au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure, et ce, uniquement jusqu'à échéance de leur contrat ;
- les *salariés qui bénéficient pour les mêmes risques* en propre ou en tant qu'ayants droit, d'une couverture de même nature (notamment salariés multi-employeurs ou couverts à titre obligatoire par la mutuelle d'entreprise de leur conjoint).

Enfin, si le régime frais de santé est instauré par une **décision unilatérale** de l'employeur, les **salariés embauchés avant la mise en place du dispositif** pourront librement refuser d'adhérer.

Ces dispenses d'affiliation ne pourront valablement jouer qu'à condition de :

- figurer dans l'acte juridique instituant le régime (accord de branche ou d'entreprise, référendum ou décision unilatérale),
- disposer d'un écrit du salarié faisant état de sa demande de dispense et comportant la mention selon laquelle celui-ci a été préalablement informé des conséquences de son choix. Cette formalité est à renouveler chaque année.
- conserver les justificatifs requis.

A noter : Dans tous les cas, et notamment lors d'un éventuel contrôle URSSAF, l'employeur devra être en mesure de produire les demandes de dispense des salariés et les justificatifs en cause.

A défaut, le régime ne sera pas considéré comme obligatoire, tel que l'impose le Législateur, et le **financement du régime sera entièrement soumis à cotisations de sécurité sociale.**

⇒ **Financement patronal minimum**

L'employeur est tenu de financer au moins 50 % du coût de la couverture complémentaire santé, correspondant au seul panier de soins minimum défini par décret.

 **Les conventions collectives peuvent prévoir une répartition plus favorable.**

⇒ **Portabilité des droits**

Depuis le 1^{er} juin 2014, à l'issue de leur contrat de travail (sauf rupture pour faute lourde), et sous réserve de justifier de leur affiliation au chômage, les salariés conserveront le bénéfice de la couverture frais de santé dont ils bénéficiaient dans l'entreprise, pendant une durée maximum de 12 mois et ce, gratuitement.

Notre conseil :

Si vous ne disposez pas, à ce jour, d'une couverture frais de santé obligatoire et conforme pour toutes les catégories de salariés, au sein de votre Entreprise, il vous appartient de contacter l'organisme assureur de votre choix dans les meilleurs délais, afin de vous mettre en conformité d'ici le 1er janvier 2016 au plus tard.

Pour préparer le rendez-vous avec votre assureur, vous pouvez utiliser le questionnaire à destination du personnel joint à notre courrier d'information sur les contrats santé diffusé en juillet 2015.

Le Cabinet reste bien entendu à votre disposition pour vous accompagner dans cette mise en place et pour tout complément d'information que vous jugeriez utile.