



LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

La loi du 14 juin 2013 prévoit en effet la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés du secteur privé.

CE QUE DIT LA LOI (sans accord de branche)

A compter du 1er janvier 2016, tous les salariés du secteur privé seront obligatoirement bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé collective dans le cadre de leur entreprise :

- soit en application d'un accord de la branche professionnelle (sport, animation, tourisme, etc.)
- Soit dans le cadre d'un accord d'entreprise,



LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

À défaut d'accord entre les partenaires sociaux dans les branches professionnelles, l'employeur doit négocier avec les représentants du personnel de l'entreprise. Si ces négociations n'ont pas abouti, l'employeur doit mettre en place par décision unilatérale une couverture santé collective obligatoire avant le 1er janvier 2016.

D'ici le 1er janvier 2016, l'employeur doit souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur et en assurer le suivi.

LE CONTRAT doit remplir les conditions suivantes :

- la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le salarié en payant le reste),
- le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins),
- la couverture est prévue pour l'ensemble des salariés. Le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas * (voir cadre Les dispenses prévues par la loi).

Le panier de soins minimal concerne les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur (base de remboursement) sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire.
- totalité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée,
- frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité,
- frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) :
 - 100 € minimum pour les corrections simples,
 - 150 € minimum pour une correction mixte, simple et complexe,
 - 200 € minimum pour les corrections complexes

LE CONTRAT RESPONSABLE : garanties maximales

- Soins de ville :
 - meilleur remboursement des consultations et des actes des médecins adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS),
 - Pour les médecins non adhérents au CAS, remboursement des dépassements d'honoraires limité à :
 - 125% de la base de remboursement en 2015 et 2016,
 - 100% de la base de remboursement en 2017.
- Ensemble des autres soins sauf cures thermales, homéopathie et médicaments remboursés à 15% et 30% (absence de plafond)
- Dépenses de frais dentaires (absence de plafond)
- Dépenses de frais optique, de manière forfaitaire par période de 2 ans :
 - 470 € maximum pour les corrections simples, dont monture 150 € maxi
 - 660 € minimum pour une correction mixte, simple et complexe, dont monture 150€ maxi
 - 850 € maximum pour les corrections complexes, dont monture 150€ maxi.

* LES DISPENSES PREVUES PAR LA LOI HORS CONVENTION COLLECTIVE

- salariés embauchés avant la mise en place du régime,
- Salariés ayant un CDD d'au moins de 12 mois (y compris apprentis), justifiant d'une couverture individuelle par ailleurs pour le même type de garanties,
- Salariés ayant un CDD de moins de 12 mois (y compris apprentis), même sans autre couverture,
- Salariés et apprentis à temps partiel dont la cotisation salariale est supérieure à 10% de leur salaire brut,
- Salariés bénéficiaires de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une mutuelle, salariés bénéficiaires d'une mutuelle santé individuelle au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure,
- Salariés bénéficiaires d'une couverture santé collective obligatoire par ailleurs (multi employeur, ayant droit) relevant du dispositif visé par l'arrêté du 26 mars 2012.

Ce qui dit la CONVENTION DE

L'ANIMATION Avenant du 19/05/15

Les bénéficiaires

L'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail ou d'apprentissage.

L'adhésion des salariés est obligatoire.



Le financement

Les salariés acquittent obligatoirement la cotisation « salarié isolé » (50% salarié/50% employeur)

Les salariés ont la possibilité de couvrir leurs ayants droit pour l'ensemble des garanties dont ils bénéficient au titre de leur contrat. Cette cotisation restant à leur charge intégrale

La cotisation

Les cotisations sont calculées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS)

EXEMPLE : - Salarié isolé (obligatoire) 0.94% du PMSS soit 29.79 €

- Conjoint, concubin, pacsé facultatif 1.08% du PMSS soit 34.24 €

- Enfant facultatif (gratuité à partir du 3ème enfant) 0.70% du PMSS soit 22.19€

Les dispenses d'adhésion

- Salariés ayant un CDD d'au moins de 12 mois (y compris apprentis), justifiant d'une couverture individuelle par ailleurs pour le même type de garanties,
- Salariés et apprentis à temps partiel dont la cotisation salariale est supérieure à 10% de leur salaire brut,
- Les salariés bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU jusqu'à la date où ils cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,
- Les salariés couverts par une assurance individuelle au moment de la mise en place et ce jusqu'à l'échéance de ce dit contrat,
- Les salariés bénéficiant, en qualité d'ayant droit ou à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi, d'une couverture collective de remboursement de frais de santé servie dans le cadre d'un dispositif de prévoyance complémentaire remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L.242-1 du Code de la sécurité sociale. Cette dispense, pour un salarié ayant droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants droits à titre obligatoire.

Les options collectives

Il est mis en place à titre non obligatoire dans la branche 2 régimes optionnels. Dans le cas où le salarié y souscrit volontaire, le salarié assurera individuellement le régime opté à 100%, sans remise en cause de la participation à 50% de l'employeur sur le régime de base.

Retour sur les réunions d'information «complémentaire santé ». Seules 62 associations sur 317 adhérentes étaient représentées lors des 3 réunions d'informations qui ont eu lieu les 11,18 et 25 juin.

Les personnes présentes sont reparties très satisfaites.