



//galea



Cours Protection Sociale

Partie 2 :

Commentaires techniques sur les textes  
fondateurs

Avril 2021

Mylène FAVRE-BEGUET

Associée

[mfavre@galea-associes.eu](mailto:mfavre@galea-associes.eu)

## Sommaire

### Partie 2 : Commentaires techniques sur les textes fondateurs

#### Chapitre 1 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des salariés

- 1.1 Loi de mensualisation : maintien de salaire
- 1.2 CCN des Cadres du 14 mars 1947 : obligation du 1,50% TA
- 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès
- 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures
- 1.5 Loi Evin « suite » du 17 juillet 2001

#### Chapitre 2 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des anciens salariés

- Portabilité issues de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008

#### Chapitre 3 : Régime fiscal et sociale des cotisations

- Loi Fillon de 2003

#### Chapitre 4 : Autres textes importants

- 4.1 Loi du 13/08/2004 (Douste-Blazy) et suites
- 4.2 Le Contrat Responsable et 100% Santé

## Section 1.1 - Maintien de salaire

### Garanties de prévoyance – « Mensualisation »

- // Condition d'ancienneté pour bénéficier du maintien de salaire : salariés ayant **au moins 1 an d'ancienneté**.
- // Franchise : **7 jours** (aucune franchise en cas d'arrêt consécutif à un accident du travail ou une maladie professionnelle).
- // L'Employeur complète les indemnités versées par la Sécurité sociale à hauteur de **90 %, puis de 66,66 % de la rémunération brute** que le salarié aurait gagnée s'il avait continué à travailler, et ce pour les durées définies ci-après.

Ancienneté	90 % du salaire brut	66,66 % du salaire brut
1 à 6 ans	30 j.	30 j.
6 à 11 ans	40 j.	40 j.
11 à 16 ans	50 j.	50 j.
16 à 21 ans	60 j.	60 j.
21 à 26 ans	70 j.	70 j.
26 à 31 ans	80 j.	80 j.
> 31 ans	90 j. (maximum)	90 j. (maximum)

## Section 1.2 - CCN des Cadres du 14 mars 1947

### CCN des Cadres du 14 mars 1947

- // C'est la seule obligation interprofessionnelle en matière de Prévoyance.
- // La **Convention Collective Nationale des Cadres** a instauré une obligation de cotisation à un régime de prévoyance pour les salariés Cadres et Assimilés Cadres : « Le régime de prévoyance et de retraite institué par la présente Convention s'applique obligatoirement aux **ingénieurs et cadres** définis par les arrêtés de mise en ordre des salaires (...) Il s'applique également aux **voyageurs et représentants** travaillant pour un seul employeur et ayant la qualification et les prérogatives d'ingénieurs ou cadres. »
- // L'obligation porte sur le taux de cotisation : « **Les employeurs s'engagent à verser**, pour tout bénéficiaire visé aux articles 4 et 4 bis de la Convention ou à l'annexe IV à cette Convention, **une cotisation à leur charge exclusive, égale à 1,50 % de la tranche de rémunération inférieure au plafond** fixé pour les cotisations de Sécurité sociale.» (i.e. 1,50 % de la Tranche A du salaire).
- // Financement des **garanties affectées prioritairement au risque décès**.
- // Avec une **sanction en cas de défaillance** : **3 PASS** (123 408€ en 2021) à la charge de l'Employeur.

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

## Loi Evin du 31/12/1989

- // Son titre exact : « Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties aux personnes assurées contre certains risques » .
- // C'est la première loi spécifique Prévoyance.
- // Elle crée le premier ensemble de règles applicables à toutes les familles d'assureurs (Mutuelles, I.P., Compagnies).
- // Ses principales dispositions :
  - Elle impose la prise en charge des suites de pathologies antérieures;
  - Elle oblige les assureurs à proposer la poursuite de la couverture santé aux anciens salariés;
  - Elle impose le maintien du paiement des rentes au niveau atteint en cas de résiliation;
  - Elle interdit à l'employeur d'imposer unilatéralement de cotiser à un régime de prévoyance;
  - Elle impose la remise d'une notice résumant les garanties;
  - Elle impose la consultation du Comité d'entreprise;
  - Elle impose la remise d'un rapport sur les résultats du contrat.

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

Loi Evin du 31/12/1989

## // Prise en charge des suites de pathologies antérieures:

- En cas de garanties collectives, l'organisme qui délivre sa garantie doit prendre en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription.
- Aucune pathologie ouvrant droit aux prestations de l'assurance maladie ne peut être exclue du champ d'application des contrats.

## // La poursuite de la couverture santé doit être proposée par les organismes assureurs au bénéfice :

- Des anciens salariés qui bénéficiaient d'un contrat groupe s'ils deviennent invalides, s'ils sont privés d'emploi ou s'ils partent en retraite;
- Des personnes garanties du chef de l'assuré décédé qui bénéficiait d'un contrat groupe.

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

## Sortie Loi Evin : Jurisprudence AZOULAY

- // Arrêt Azoulay : Cour d'appel de Lyon du 13 Janvier 2009. Azoulay contre MICILS (Groupe APICIL).
- // La société de Mr Azoulay a souscrit en 1995 auprès d'un Organisme Assureur un contrat Frais de Santé offrant des garanties de « très bon niveau » (frais réels en optique, etc...).
- // Mr Azoulay, licencié de cette société en 2002, a demandé le maintien intégral à titre individuel de la couverture Frais de Santé. L'Organisme Assureur lui ayant proposé un contrat différent de celui dont il bénéficiait lorsqu'il était actif, Mr Azoulay a saisi le Tribunal de Grande Instance.
- // Il a été débouté en première instance et a interjeté appel. La Cour d'Appel de Lyon a également donné raison à l'assureur, en particulier au regard des débats parlementaires lors du vote de la Loi Evin.
- // Mr Azoulay s'est pourvu en cassation laquelle a cassé le jugement (arrêt du 7 février 2008) et renvoyé devant la Cour d'Appel de Lyon, qui a en définitive, donné raison à M. Azoulay (arrêt du 13 janvier 2009).

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

Loi Evin du 31/12/1989

- // Avec l'arrêt AZOULAY, **l'application stricte** de l'article 4 de la loi EVIN et de son décret d'application paraissent inévitables.
- // Ainsi, les **anciens salariés** (retraités, incapables, invalides,...) devront se voir proposer **la stricte application des garanties Frais de Santé telles qu'ils en bénéficiaient en tant qu'actifs**, et cela dans la limite d'une majoration tarifaire maximale de **50 % des tarifs globaux applicables aux actifs**.
- // Rien n'empêche toutefois l'Organisme Assureur de **proposer également d'autres garanties** pouvant être choisies par les retraités.
- // A noter que l'arrêt final (Cour d'Appel de Lyon, 13 janvier 2009) précise que les **dispositions de l'article 4 de la Loi EVIN ne s'appliquent qu'au retraité et non pas à ses ayants-droit**.

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

Loi Evin du 31/12/1989

// Le maintien du paiement des rentes au niveau atteint en cas de résiliation du contrat :

- Pour tous les contrats collectifs, les prestations en cours de service lors de la résiliation (indemnités journalières, rentes d'invalidité, de conjoint, rentes éducation) doivent être maintenues à un niveau au moins égal à celui atteint lors de la résiliation.
- Cet engagement de l'assureur doit être couvert à tout moment par des provisions mathématiques.

// L'employeur ne peut imposer unilatéralement une quote-part de cotisation aux salariés :

- Lorsque le régime de prévoyance est mis en place unilatéralement par l'employeur, celui-ci ne peut imposer à un salarié présent avant la mise en place du régime de cotiser contre son gré.
- Par contre, les salariés embauchés postérieurement à la mise en place pourront se voir imposer la cotisation.

# Section 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès

Loi Evin du 31/12/1989

## // La remise d'une notice résumant les garanties :

- Le souscripteur d'un contrat groupe (= en général l'employeur) est tenu de remettre à l'adhérent (= en général le salarié) une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties et leurs modalités d'application.
- Il est également tenu d'informer de la même façon les adhérents en cas de réduction des garanties.

## // La consultation du Comité d'Entreprise :

- Il doit être consulté avant toute mise en place ou modification d'un régime de prévoyance ou de frais de santé.
- Cette disposition figure depuis dans le Code du Travail (art. L. 432-3).

## // Le rapport sur les résultats du contrat :

- Pour tous les contrats collectifs, l'organisme assureur doit remettre chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes, dont le contenu est fixé par décret.
- Sur demande du Comité d'entreprise, ou à défaut des Délégués du personnel, le chef d'entreprise leur présente ledit rapport.

# Section 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures

## Loi du 8 août 1994

- // Ecrite pour transposer dans le droit français une directive européenne en matière d'assurance, cette loi crée le premier corps de règles relatives à la protection sociale des salariés.
- // Elle impose par ailleurs diverses règles de fonctionnement aux Institutions de Prévoyance (pour les Mutuelles il faudra attendre 2001 pour que ces règles leurs soient appliquées).
- // Ses principales dispositions:
  - Elle pose les fondements juridiques de toute couverture collective,
  - Elle impose une période de réexamen maximale de 5 ans pour les conventions collectives de branche ou d'entreprise qui désignent un organisme assureur,
  - Elle « poursuit » l'œuvre de la Loi Evin en imposant l'obligation d'organiser la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service en cas de résiliation du contrat ainsi que le maintien de la garantie décès.

# Section 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures

## Loi du 8 août 1994

- // La loi précise les 3 seules modalités envisageables pour la mise en place de garanties collectives :
  - Conventions ou accords collectifs;
  - Référendum;
  - Décision unilatérale du chef d'entreprise.
  
- // La clause de réexamen :
  - Lorsqu'une convention de branche ou d'entreprise désigne un ou plusieurs organismes pour la mutualisation ou la couverture des risques prévoyance, elle doit également prévoir un réexamen périodique de cette désignation.
  - Le délai maximal est fixé à 5 ans/

# Section 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures

## Loi du 8 août 1994

### // La poursuite des revalorisations futures:

- La convention, l'accord ou la décision unilatérale qui mettent en œuvre des garanties incapacité, invalidité, rentes de conjoint ou d'éducation doivent prévoir la poursuite de la revalorisation des prestations en cas de changement d'organisme assureur.
- Ce n'est donc pas l'assureur qui porte cette obligation mais bien l'entreprise ou le souscripteur.

### // Le « maintien de la garantie décès » :

- La convention, l'accord ou la décision unilatérale qui mettent en œuvre des garanties décès doivent par ailleurs prévoir les modalités de maintien de ces garanties pour les bénéficiaires de rentes d'incapacité ou d'invalidité en cas de changement d'organisme assureur
- En juillet 2001 (Art. 7-1 de la Loi Evin), cette obligation de maintien a été transférée aux assureurs.

# Section 1.5 Loi Evin « suite » du 17 juillet 2001

## Loi du 17 juillet 2001

- // La loi du 17 juillet 2001 a introduit un article 7.1 dans la Loi EVIN qui oblige les assureurs à maintenir aux salariés en incapacité de travail ou invalidité et percevant des prestations de la Sécurité Sociale, à ce titre, le bénéfice de la garantie décès même au-delà de la résiliation du contrat par l'entreprise.
- // Les assureurs doivent donc constituer des provisions dans leurs comptes (dites provisions de « maintien de la garantie décès »).
- // Pour les sinistres nés après le 1er janvier 2002, la mesure est immédiate et sans conséquence pour l'entreprise (hormis quelques hausses de cotisations qui ont eu lieu....).
- // Pour les sinistres décès consécutifs à des arrêts de travail en cours au 31.12.2001, les assureurs disposent d'un délai de 10 ans pour constituer les provisions nécessaires (à raison d'au moins 10 % par an).
- // Ils peuvent demander une indemnité de résiliation si l'entreprise résilie son contrat pendant cette période de 10 ans.

## Sommaire

### Partie 2 : Commentaires techniques sur les textes fondateurs

#### Chapitre 1 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des salariés

- 1.1 Loi de mensualisation : maintien de salaire
- 1.2 CCN des Cadres du 14 mars 1947 : obligation du 1,50% TA
- 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès
- 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures
- 1.5 Loi Evin « suite » du 17 juillet 2001

#### Chapitre 2 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des anciens salariés

- Portabilité issues de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008

#### Chapitre 3 : Régime fiscal et sociale des cotisations

- Loi Fillon de 2003

#### Chapitre 4 : Autres textes importants

- Loi du 13/08/2004 (Douste-Blazy) et suites
- Le Contrat Responsable et 100% Santé

# Portabilité issue de l'Accord National Interprofessionnel (ANI)

ANI du 11 janvier 2008 - Portabilité des droits

// Article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale

// Droits octroyés :

- La portabilité des droits permet de **conserver le bénéfice des garanties prévues au contrat collectif** en vigueur dans l'ancienne entreprise en matière de Frais de Santé et de Prévoyance ;
- **Par exception**, il est prévu que « *Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période* ».
- Ces droits sont applicables « **dans les mêmes conditions aux ayants droit** du salarié qui bénéficient effectivement des garanties... ».

# Portabilité issue de l'Accord National Interprofessionnel (ANI)

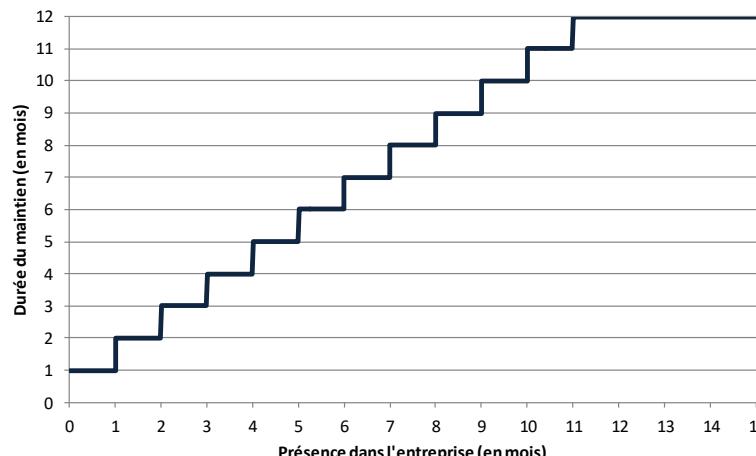
ANI du 11 janvier 2008 - Portabilité des droits

## // Conditions cumulatives d'ouverture des droits :

- Être victime d'une rupture de leur contrat de travail **non consécutive à une faute lourde** ;
- Avoir **droit à la prise en charge par l'assurance chômage** du fait de cette rupture ;
- Avoir **ouvert des droits à couverture complémentaire** chez le dernier Employeur.

## // Durée du maintien des droits :

- La durée du maintien des garanties complémentaires **pendant la période de chômage** est égale à « la durée du dernier *contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs* chez le même employeur. ». Cette durée est appréciée **en mois (arrondie au nombre supérieur)**, sans pouvoir excéder **douze mois**.



# Portabilité issue de l'Accord National Interprofessionnel (ANI)

ANI du 11 janvier 2008 - Portabilité des droits

## // **Evènements mettant un terme au maintien des garanties :**

- **Faculté de renonciation** : L'ancien salarié a la possibilité de renoncer au maintien des garanties.
- **Fin de maintien des droits** : Le maintien de la couverture cesse :
  - A l'issue de la période de maintien des droits ;
  - Lors de la reprise d'un nouvel emploi par le salarié.
- « L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ».

## // **Financement de la portabilité :**

- « Les salariés (...) bénéficient du maintien **à titre gratuit** de cette couverture »
- Le financement du maintien des garanties doit donc être **mutualisé entre l'ensemble des salariés de l'entreprise** (préfinancement des cotisations du salarié bénéficiant de la portabilité des droits).
- A noter : « Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont **celles en vigueur dans l'entreprise** »

## Sommaire

### Partie 2 : Commentaires techniques sur les textes fondateurs

#### Chapitre 1 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des salariés

- 1.1 Loi de mensualisation : maintien de salaire
- 1.2 CCN des Cadres du 14 mars 1947 : obligation du 1,50% TA
- 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès
- 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures
- 1.5 Loi Evin « suite » du 17 juillet 2001

#### Chapitre 2 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des anciens salariés

- Portabilité issues de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008

#### Chapitre 3 : Régime fiscal et sociale des cotisations

- Loi Fillon de 2003

#### Chapitre 4 : Autres textes importants

- 4.1 Loi du 13/08/2004 (Douste-Blazy) et suites
- 4.2 Le Contrat Responsable et 100% Santé

# Loi Fillon de 2003

## Exonération de charges sociales

### // Cotisations versées à la Sécurité Sociale

- // Afin d'encourager les employeurs à développer au profit de leurs salariés des garanties de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire, la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié, en son article 113, le traitement social des contributions des employeurs à ces régimes.
- // Elle prévoit, conformément aux articles L242-1 et D242-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS), des **conditions d'exonération de cotisations sociales sur les contributions patronales sous certaines conditions et sous certaines limites**.
- // **L'excédent éventuel de cotisation Employeur doit être réintégré dans l'assiette** des cotisations de Sécurité Sociale, ARRCO, AGIRC et des autres cotisations ayant la même assiette (FNAL, versement transport, etc...).

# Loi Fillon de 2003

## Exonération de charges sociales

// Article L242-1 du Code de la Sécurité Sociale

// « *Sont exclues de l'assiette des cotisations (...) les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de retraite et de prévoyance versées au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit par les organismes régis (...) du présent code ou (...) code de la mutualité, (...) code des assurances (...) lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L. 911-1 et L. 911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs (...)* :

2° *Dans des limites fixées par décret.. »*

# Loi Fillon de 2003

## Exonération de charges sociales

### // Caractéristiques:

- **Principe d'égalité**
- **Collectif :**
  - catégories objectives (décret 2012)
  - Une catégorie / risques
  - Garanties identiques / catégorie
  - Taux uniforme par catégorie
- **Obligatoire** : des dispenses d'adhésion prévues

# Loi Fillon de 2003

## Exonérations sociales

// Décret du 9 janvier 2012 sur les catégories objectives

	Retraite	Prévoyance	Décès	Santé
<b>Cadres et non cadres CCN de 47 art 4, 4bis et 36 /</b>	Oui	Oui	OUI (cadres 1,50%)	oui si ensemble des salariés couverts
<b>Catégories par tranches de rémunération Agirc Arrco</b>	Oui	Oui	A justifier	oui si ensemble des salariés couverts
<b>Catégories et classification CCN et accords professionnels ou interprofessionnels</b>	Oui	Oui si ensemble des salariés couverts	A justifier	A justifier
<b>Catégories def. niveau de resp., type de fonction ou autonomie au regard des CCN ou accords prof. ou interprof.</b>				A justifier
<b>Usages en vigueur dans la profession</b>				
<b>Ancienneté qui n'excède pas 12 mois</b>	Oui	Oui	oui	
<b>Ancienneté qui n'excède pas 6 mois</b>				oui

# Loi Fillon de 2003

## Exonération fiscales (Prévoyance hors Santé)

- // Les **cotisations patronales et salariales sont**, dans la limite d'un plafond, **exclues de l'assiette d'impôt sur le revenu.**
- // Les **conditions** sont globalement les mêmes que pour les exonérations sociales:
  - Les droits à prestations financés sont versés par un **organisme assureur** (Compagnie d'assurance, IP, Mutuelle, IRS) ;
  - Le régime est **collectif et obligatoire** ;
  - Le régime est **mis en place selon une procédure déterminée** (convention, accord collectif, référendum, ou décision unilatérale de l'employeur) ;
  - **Prestations complémentaires** à celles servies par les régimes de base de Sécurité Sociale ;
  - Participation employeur.

# Loi Fillon de 2003

## Caractère obligatoire du régime

// Trois éléments doivent être pris en compte:

### // **1. Des garanties identiques**

- Les garanties doivent être identiques à l'intérieur de chaque catégorie.
- Dans le cas de garanties supplémentaires au régime de base, la cotisation patronale des garanties supplémentaires optionnelles ne bénéficie pas de l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales.

### // **2. Participation de l'employeur**

- La contribution de l'employeur doit se faire à **un taux ou montant uniforme** pour l'ensemble des salariés, excepté dans les cas suivants :
- Prise en charge de l'intégralité de la cotisation des apprentis ou salariés en temps partiel si leur contribution est supérieure ou égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Prise en charge en fonction de la composition de la famille ;
- Mise en place de taux croissants, si ces taux s'appliquent également au salarié, pour la retraite supplémentaire, l'incapacité, l'invalidité ou l'inaptitude.

# Loi Fillon de 2003

## Caractère obligatoire du régime

### // 3. Catégorie objective du régime

- Le caractère collectif d'un régime est respecté si tous les salariés sont couverts par les garanties. Cependant le caractère collectif peut aussi être respecté si seulement une partie des salariés sont couverts, à condition qu'ils appartiennent à une même catégorie objective.
- Cinq critères permettent de déterminer les **catégories objectives** de salariés :
  - **Catégories cadres/non cadres** : Selon les définitions de la convention nationale AGIRC.
  - **Par tranches de rémunération** : Pour les salariés dont la rémunération est inférieure à 1, 2 (par tolérance), 3, 4 ou 8 PASS, ou supérieure à 1, 2 (par tolérance), 3 ou 4 PASS. Il s'agit de la rémunération brute annuelle.
  - **Catégories des conventions collectives** : Selon le premier niveau de classification des salariés.
  - **Sous-catégories des conventions collectives** : Ces catégories sont définies par les niveaux de classification immédiatement inférieurs à celui du critère 3. Elles doivent correspondre à une définition.
  - **Catégories issues d'usages** : L'usage qui définirait une catégorie objective doit être à la fois **constant, général et fixe**.

# Loi Fillon de 2003

## Caractère obligatoire du régime

// L'adhésion des salariés au régime doit se faire de manière **obligatoire**. Il existe cependant plusieurs cas de dispense.

### // **Les exceptions**

- Salariés embauchés avant la mise en place d'un régime par DUE ;
- Salariés en CDD, à temps partiel ou apprentis, dont l'exclusion est prévue par le régime ;
- Les salariés en CDD de plus de 12 mois doivent toutefois justifier qu'ils sont déjà couverts à titre personnel pour les mêmes garanties ;
- Bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS (CSS depuis 11/2019) et salariés déjà couverts.

### // **Les ayants droit** : dans le cas où le régime prévoit la couverture des ayants droit :

- Soit le régime laisse le choix au salarié d'étendre ou non les garanties à ses ayants droit, et alors la contribution de l'employeur supplémentaire, pour les ayants droit, ne bénéficie pas de l'exemption de contributions sociales.
- Soit le régime prévoit la couverture obligatoire des ayants droit et alors la totalité de la contribution employeur entre dans l'exemption des contributions sociales.

## Sommaire

### Partie 2 : Commentaires techniques sur les textes fondateurs

#### Chapitre 1 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des salariés

- 1.1 Loi de mensualisation : maintien de salaire
- 1.2 CCN des Cadres du 14 mars 1947 : obligation du 1,50% TA
- 1.3 Article 7 de la Loi Evin : maintien de la garantie décès
- 1.4 Loi du 8 aout 1994 : poursuite des revalorisations futures
- 1.5 Loi Evin « suite » du 17 juillet 2001

#### Chapitre 2 : Obligations de l'Entreprise vis-à-vis des anciens salariés

- Portabilité issue de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008

#### Chapitre 3 : Régime fiscal et sociale des cotisations

- Loi Fillon de 2003

#### Chapitre 4 : Autres textes importants

- 4.1 Loi du 13/08/2004 (Douste-Blazy) et suites
- 4.2 Le Contrat Responsable et 100% Santé

# Section 4.1 Loi Douste-Blazy et décret du 29 septembre 2005

## Loi Douste-Blazy du 13/08/2004

// Depuis le 01/01/2005, une **participation forfaitaire de 1 €** est laissée à la charge des assurés par le régime général :

- pour tout acte ou consultation/visite réalisé par un médecin ;
- pour tout examen de radiologie ;
- pour tout acte de biologie médicale.

// **Plafonnement :**

- Plafond annuel 50 participations (50 €) par année civile par bénéficiaire
- Plafond journalier de 4 € lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même professionnel dans une même journée.

# Section 4.1 Loi Douste-Blazy et décret du 29 septembre 2005

## Loi Douste-Blazy du 13/08/2004

- // Depuis le 01/01/2008, une **participation forfaitaire** est laissée à la charge des assurés par le régime général :
  - 0,50 € par boîte de médicaments ;
  - 0,50 € par acte paramédical (actes effectués par les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues) ;
  - 2 € par transport sanitaire.
- // **Plafonnement :**
  - Plafond annuel 50 € par année civile par bénéficiaire
  - Plafond journalier à une participation lorsque plusieurs actes sont réalisés par le même professionnel dans une journée : 2 € pour les actes paramédicaux et 4 € pour les transports sanitaires.

# Section 4.1 Loi Douste-Blazy et décret du 29 septembre 2005

## Loi Douste-Blazy du 13/08/2004

- // **Parcours de soins :**
- // Le parcours de soins s'appuie sur la notion de **médecin traitant** : 85 % des Français ont choisi un médecin traitant.
  
- // Une personne est dit « **hors parcours de soins** » si :
  - elle n'a pas de médecin traitant ;
  - elle consulte un autre médecin sans passer par son médecin traitant.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Définition

- // Le contrat responsable est un contrat relatif à la complémentaire de frais de santé qui bénéficie d'aides fiscales et sociales à condition de respecter un cahier des charges précis. Ce cahier des charges a été redéfini par le Décret du 18 novembre 2014. Il a également évolué au 01/01/2020 avec la mise en œuvre de « 100% Santé »
- // Lorsque le contrat respecte ce cahier des charges, il est qualifié de **responsable**. A contrario, si le contrat ne respecte pas ce cahier, il est qualifié de non responsable.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: zoom sur le contrat responsable

Obligations de prise en charge	Interdictions de prise en charge
<b>Ticket modérateur sur tous les actes</b> <b>Prise en charge obligatoire à l'exception des médicaments remboursés à 15% et 30% et des cures thermales</b>	<b>Contribution forfaitaire</b> de 1€ et autres franchises médicales (médicaments, auxiliaires médicaux, transports)
	<b>Majoration de participation</b> sanctionnant l'absence de choix ou de recours au médecin traitant (40%).
	<b>Dépassements d'honoraires</b> sur les actes cliniques et techniques autorisés si <b>non respect du parcours de soins</b> .
	<b>Respect des plafonds de garanties</b>

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: zoom sur le contrat responsable

- // Liste des 7 actes de prévention fixés par arrêté interministériel du 8 juin 2006 :
- Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans ;
  - Détartrage annuel ;
  - Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans ;
  - Dépistage de l'hépatite B ;
  - Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans ;
  - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans ;
  - Vaccinations suivantes, seules ou combinées (Diphthérie, tétanos, etc.).

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: zoom sur le contrat responsable

- // **Forfait journalier hospitalier** : Prise en charge de manière illimitée, y compris dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique.
- // **Prise en charge obligatoire du Ticket Modérateur** à l'exception des médicaments remboursés à 15% et 30% et des cures thermales.
- // **Dépassements d'honoraires** : **Si** le contrat prévoit la prise en charge des dépassements tarifaires des médecins :
  - Obligation de différencier la prise en charge selon que le médecin est adhérent, ou non, à l'Otion Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM);
  - **Pour les non adhérent à l'OPTAM, prise en charge limitée au minimum entre :**
    - 100% de la Base de remboursement (soit 200% y compris Sécurité Sociale) dès 2017;
    - Prise en charge des dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM minorée de 20% de la Base de Remboursement.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: nouveau contrat responsable

- // **Principales mesures (décret Novembre 2014) :**
- // **Optique** : Planchers et plafonds de garanties fixés **en fonction du type de verre**, limitation à **un équipement (2 Verres + 1 Monture) tous les 2 ans** (sauf enfants ou cas particuliers notamment changement de correction pour lesquels la limitation est ramenée à 1 équipement par an).
- // Possibilité de ne prévoir que la prise en charge du ticket modérateur, à défaut les garanties doivent respecter des plafonds de remboursement selon la complexité des verres
- // **Optique** :
- // Montures (intégré dans le forfait équipement) :
  - Pas de minimum
  - Maximum 100 euros (150€ avant 2020)

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: nouveau contrat responsable

- // Evolution du cahier des charges du contrat responsable au 01/01/2020
- // Le contrat responsable devra obligatoirement **prévoir un reste à charge nul pour les actes du panier de soins « 100% Santé »**, dans les 3 domaines selon l'article L. 871-1 du code de la Sécurité Sociale.
- // Evolutions notables pour les aides auditives **depuis le 01/01/2021:**
  - Mise en place d'un **délai minimum avant renouvellement à 4 ans par oreille**
  - Mise en place d'un **plafond de remboursement : 1 700 € par oreille**  
(remboursements obligatoire et complémentaire)

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Niveaux de garanties: nouveau contrat responsable

- // Evolution du cahier des charges du contrat responsable (plusieurs arrêtés en 2018)
- // Evolution notable en optique à partir de 2020:
  - L'âge maximum des enfants abaissé à 16 ans
  - Modifications des conditions de renouvellement anticipé (variation de correction)
  - Redéfinition des verres simples / complexes / hypercomplexes
  - Abaissement du **plafond de remboursement** sur les montures: **100 € contre 150€ avant** (remboursements obligatoire et complémentaire), modifiant les plafonds de remboursement par équipement :
    - 2 verres simples + monture : **420€ contre 470€ actuellement**
    - 2 verres complexes + monture : **700€ contre 750€ actuellement**
    - 2 verres hypercomplexes + monture : **800€ contre 850€ actuellement**

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Panier des soins ANI

- // Garanties minimales devant couvrir l'ensemble des salariés à compter du 1er janvier 2016 (décret paru au JO du 10/09/2014).
- // **Périmètre d'application** : Le panier de soins concerne les **contrats collectifs**.
- // **Principales mesures** : Le panier de soins ANI ne prévoit que des **garanties minimales** et pas de plafond mais de par la parution du décret sur les contrats responsables, **les contrats ANI seront soumis aux règles de plafonnement du contrat responsable**.
- // Forfait journalier hospitalier : Prise en charge de manière **illimitée**, y compris dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique.
- // Prise en charge obligatoire du **Ticket Modérateur** à l'exception des médicaments remboursés à 15% et 30% et des cures thermales.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Panier des soins ANI

#### // Principales mesures :

// **Optique:** Planchers et plafonds de garanties fixés en fonction du type de verre, limitation à un équipement (2 Verres + 1 Monture) tous les 2 ans (sauf cas particuliers pour lesquels la limitation est ramenée à 1 équipement par an).

- Prise en charge minimale de **100 € à 200 €** pour un équipement en fonction du type de verre, ce forfait inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

// **Dentaire:** La prise en charge des **dépassements d'honoraires** de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dento faciale :

- à hauteur de **125% BR** y compris Sécurité sociale.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Objectifs / Principes



- // **Objectif annoncé :**
- // Atteindre un **reste à charge nul** d'ici 2023 en **Optique, Dentaire et Audioprothèses** sans pour autant « peser sur l'évolution des tarifs des assurances complémentaires au-delà de l'évolution tendancielle observée».
  
- // **Puis précisé :**
- // **Pas de prise en charge intégrale sur tous les coûts** mais sur un "**panier de prestations nécessaires et de qualité**"



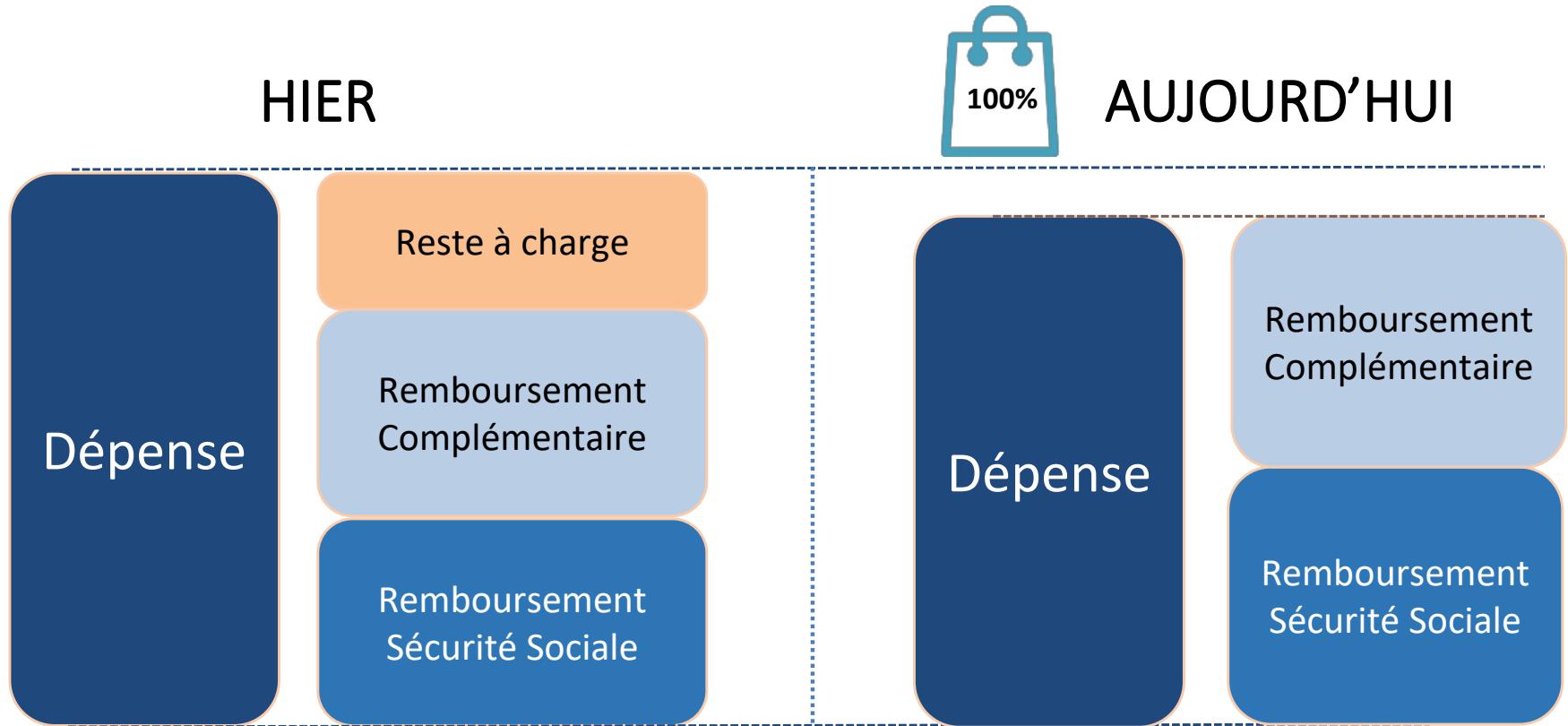
« Panier de soins 100% Santé »

Liste prédéfinie d'actes / soins pris en charge intégralement par l'assurance maladie et les complémentaires santé

- // **Les autres soins, avec reste à charge :**
  - à **tarifs plafonnés** : Panier « reste à charge maîtrisé »
  - Ou à **tarifs libres** : Panier « tarifs libres»

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Principales mesures



**IMPLICATION DES 3 ACTEURS**

- Professionnels : Baisse de prix (Prix Limites de Vente – PLV)
- Assurance Maladie : Hausse des bases de remboursement (BR)
- Organismes assureurs : Hausse des prises en charge

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

100% Santé – Optique : 2 paniers



Panier 100% Santé	Panier Tarifs libres
Verres et Montures « Classe A »	Verres et Montures « Classe B »
BR revalorisées	BR diminuées
Prix Limites de Vente (PLV)	Pas de contrainte sur les prix

- // **Devis : obligation** pour l'opticien de proposer un **équipement Classe A**
- // **Libre choix de l'assuré** : « **panachage** » possible verres / Monture entre Classe A et Classe B

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Optique : Actes concernés



Montures	Verres
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mini. 17 modèles adultes et 10 modèles enfants.</li> <li>▪ <b>Prix maximum (PLV) 30€</b></li> <li>▪ <b>Plafond contrat responsable abaissé à 100€</b> (vs 150€ actuellement)</li> <li>▪ Prise en charge Sécu améliorée sur le panier « 100% Santé » (et diminuée sur tarifs libres)</li> <li>▪ <b>1 prise en charge / 2 ans dès 16 ans</b> (vs 18 ans actuellement)</li> <li>▪ <b>Plus de distinction adulte/enfant dans les BR</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Qualité minimum (4 traitements)</b></li> <li>▪ Prix maximum (PLV) selon complexité du verre</li> <li>▪ <b>Une nouvelle nomenclature</b></li> <li>▪ <b>Conditions de renouvellement modifiées (1 / 2 ans dès 16 ans, conditions de renouvellement anticipé précisées)</b></li> <li>▪ Plus de distinction adulte/enfant dans les BR</li> <li>▪ <b>Baisse plafonds Contrats responsables</b></li> </ul>

Type d'acte	BR 2018	Classe A		Classe B	
		BR 2020	PLV 2020	BR 2020	PLV 2020
Montures adulte	2,84 €	9,00 €	30,00 €	0,05 €	
Montures enfant	30,49 €	9,00 €	30,00 €	0,05 €	

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

100% Santé – Dentaire : 3 paniers



Panier 100% Santé	Panier « reste à charge maîtrisé »	Panier Tarifs libres
BR revalorisées	BR revalorisées	BR revalorisées
Prix Limites de Vente (PLV)	Prix Limites de Vente (PLV)	Pas de contrainte prix
46% des actes en moyenne	25% des actes en moyenne	29% des actes en moyenne

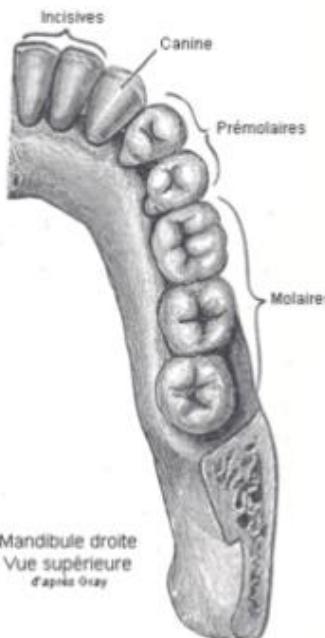
- // Avec toujours **le libre choix de l'assuré**
- // Parallèlement, **revalorisation de la BR des soins bucco-dentaires**

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Dentaire : Actes concernés



- // Inlays-core et prothèses
- // Répartition dans les paniers de soins / PLV **selon la position de la dent et le matériau**
- // **Nouvelle codification**
- // **Nouveauté** : Prise en charge depuis le 01/04/2019 des prothèses dentaires transitoires



Type de dents/ Matériau	Incisive	Canine	1ère prémolaire	2ème prémolaire	Molaire
Métallique	100% Santé	100% Santé	100% Santé	100% Santé	100% Santé
Céramo-métallique	100% Santé	100% Santé	100% Santé	Tarif maîtrisé	Tarif libre
Céramique monolithique (hors zircone)	100% Santé	100% Santé	100% Santé	Tarif maîtrisé	Tarif maîtrisé
Céramique monolithique (zircone)	100% Santé	100% Santé	100% Santé	100% Santé	Tarif maîtrisé
Céramo-céramique	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre	Tarif libre

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Audioprothèses : 2 paniers



 Panier 100% Santé	 Panier Tarifs libres
Aides auditives « Classe I »	Aides auditives « Classe II »
BR revalorisées	BR <u>revalorisées</u>
Prix Limites de Vente (PLV)	Pas de contrainte sur les prix

- // Avec toujours **le libre choix de l'assuré**
- // **Devis : obligation** pour l'audioprothésistes de proposer un **équipement Classe I**

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### 100% Santé – Audioprothèses : Actes concernés



- // Aides auditives différencierées selon l'âge (**< 20 ans / > 20 ans**)
- // **Tous les types d'appareils** sont concernés (contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire)
- // **Classe I :**
  - Au moins **12 canaux de réglage**
  - Au moins **3 options parmi une liste définie** (système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, ...)
- // **30 jours minimum d'essai** de l'aide auditive avant achat / **4 ans de garantie** (conditions absentes actuellement)
- // **Durée minimale avant renouvellement fixée à 4 ans** (pas de limite actuellement)
- // **Forfait « piles »** (actuellement remboursement frais entretien : piles, pièces, ...)

*Les aides auditives adulte (> ou = à 20 ans)*

	2018	2019	2020	2021
<b>BR (classe I et II)</b>	199,71 €	300,00 €	350,00 €	400,00 €
<b>PLV (classe I)</b>		1 300 €	1 100 €	950 €

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Lisibilité



- // Objectif :
- // Faciliter la compréhension et la comparaison des garanties complémentaire santé



#### « Engagement pour la lisibilité des garanties de complémentaire santé »

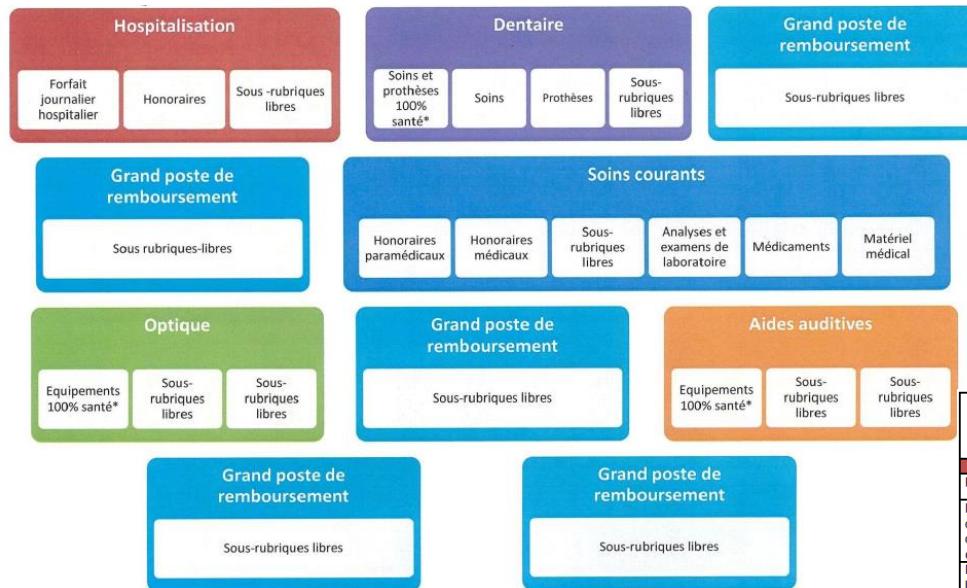


Signé le 14 février en présence d'Agnès Buzyn par les 3 fédérations d'organismes assureurs (CTIP, FFA, FNMF) et l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire)

- // Des libellés harmonisés / Des exemples chiffrés

# Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

## Lisibilité



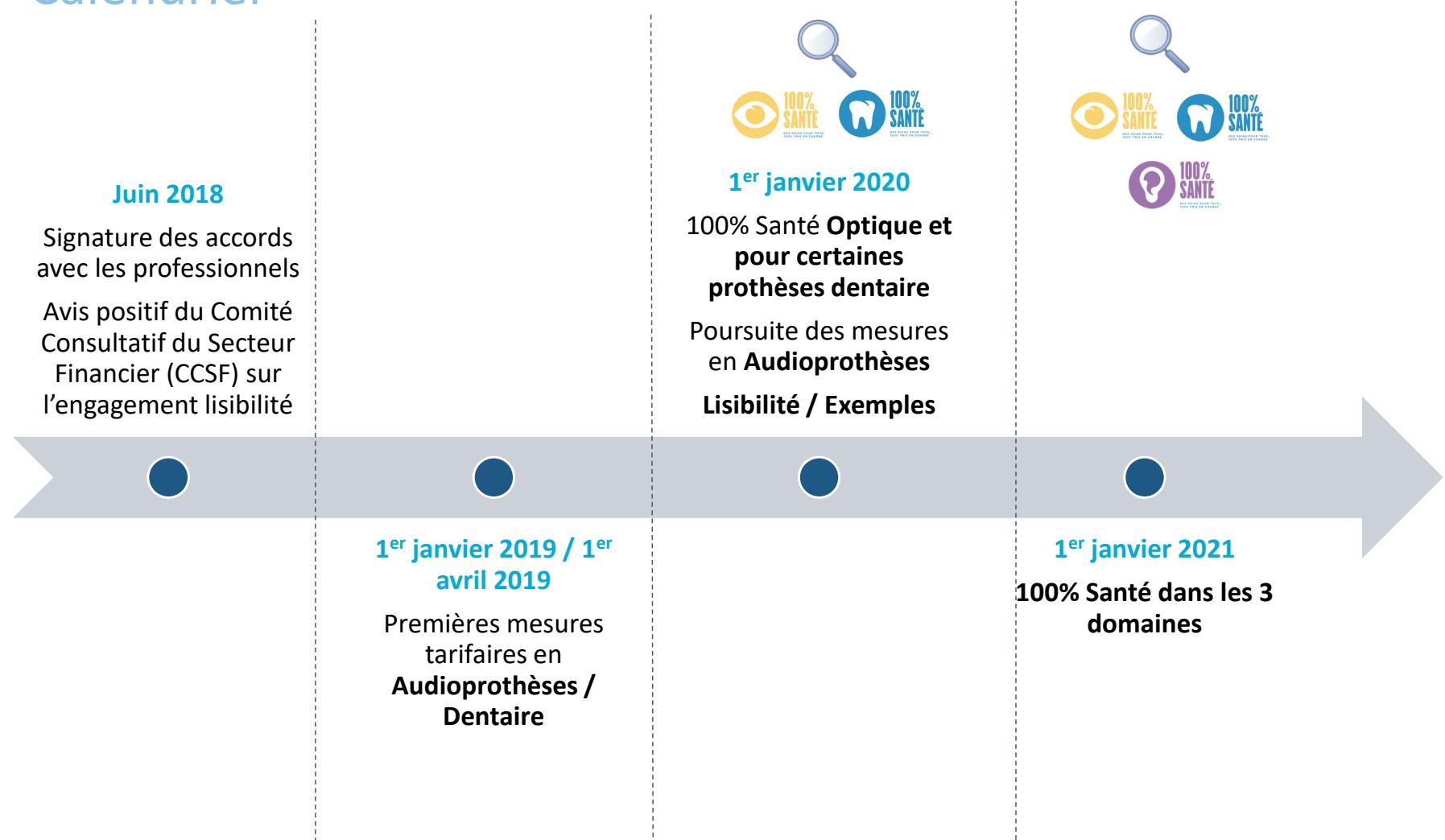
\* Tels que définis réglementairement.

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé *	Remboursement* de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement* de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge*	Précisions éventuelles
<b>Hospitalisation</b>					
Forfait journalier hospitalier	Tarif réglementaire				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérant à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) en clinique pour une opération chirurgicale	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
<b>Optique**</b>					
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	Prix limite de vente				
Équipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
<b>Dentaire**</b>					
Détartrage	Tarif conventionnel				
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	Honoraire limite de facturation				
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	Prix moyen national de l'acte				
Couronne céramo-métallique sur molaires	Prix moyen national de l'acte				
Exemples libres					
<b>Exemples libres</b>					
Exemples libres					

- Les tarifs, dépenses, remboursements et restes à charge sont présentés en euros.
- L'UNOCAM publiera sur son site une liste actualisée des prix moyens nationaux à utiliser pour ces exemples.

## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

### Calendrier



## Section 4.2 Le contrat responsable & 100% Santé

Nouveauté 2020 – Fin du remboursement de l'homéopathie

- // Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'homéopathie n'est plus remboursée par la Sécurité sociale.
- // Le processus de déremboursement de l'homéopathie a débuté le 1er janvier 2020. Ces traitements n'étaient pris en charge qu'à hauteur de 15%, contre 30% en 2019. Le taux de remboursement est passé à 0% le 1<sup>er</sup> janvier 2021.



//galea