



Les obligations des entreprises en matière de protection sociale complémentaire (santé et prévoyance)

1. Le droit des salariés à un régime de remboursement de frais médicaux

- Les sources de la généralisation de la complémentaire santé
- Les prestations minimum à offrir aux salariés
- Les modalités de la généralisation santé
- Une alternative à la généralisation santé

2. Le droit des salariés à un régime de prévoyance complémentaire

- Le prévoyance obligatoire des cadres
- Le maintien de salaire par l'employeur et son articulation avec le régime de prévoyance
- Les grands principes de la loi Evin en matière de prévoyance complémentaire

3. Les contraintes issues des conventions collectives du travail

- L'intensité des obligations conventionnelles
- Le choix de l'organisme assureur

4. Le maintien des garanties en cas de départ du salarié de l'entreprise

- La portabilité temporaire (frais de santé et prévoyance)
- La portabilité « viagère » (frais de santé)

5. Le traitement social et fiscal des régimes santé et prévoyance d'entreprise

- La portée des avantages sociaux et fiscaux
- Les conditions du bénéfices des avantages

❑ Les sources de la généralisation de la complémentaire santé

- L' ANI du 11 janvier 2013 et sa transposition légale
- Le calendrier de déploiement de l'obligation

❑ Les prestations minimum à offrir aux salariés

- Cartographie des prestations santé les plus courantes
- Les prestations obligatoires
- Les sanctions encourues par l'entreprise refusant de proposer une couverture à ses salariés

❑ Les modalités de la généralisation santé

- Les bénéficiaires (salarié, ayant-droit)
- Le financement patronal

❑ Une alternative à la généralisation santé

- Le versement santé

Les textes de référence

→ Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013

pour un nouveau modèle économique et social, au service de la compétitivité des entreprises, de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.



CGPME



MEDEF



→ Transformé en loi du 14 juin 2013

Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi



Un objectif majeur :

④ Ensemble des salariés

④ Se voit proposer l'accès à une complémentaire santé d'entreprise assortie d'un niveau de remboursement minimum

④ au plus tard le 01/01/2016

④ Article L. 911-7 du CSS





ALPTIS ASSURANCES D'ENTREPRISES

	SANTÉ	PRÉVOYANCE	ASSURANCE DE PRÊTS	EPARGNE RETRAITE	2014
Janvier	S 1	Mars	Avril	Mai	Juin
J 2	L 3	M 4	V 4	S 2	L 2
V 3	Gérolste	Stade	Castor	S 3	Klein
S 4	Gérolste	Wittmer	Castor	V 4	Charlier
D 5	Leclerc	Apôtre	Castor	S 5	S 5
L 6	Verano	Agathe	Castor	S 6	Verano
M 7	Raymond	Engels	Félicite	S 7	Edouard
V 8	Alain	V 7	Félicite	L 7	J & de la Salle
S 9	Reine	S 8	Castor	J 8	Castor
D 10	Leclerc	L 9	Castor	S 9	Castor
L 11	Verano	M 10	Verano	M 10	Verano
M 12	Lucas	M 11	Nicolas	M 11	Nicolas
V 13	Yves	M 12	Mathieu	V 11	Thiébaud
S 14	Nexa	V 13	Nicolas	S 12	Castor
D 15	Leclerc	V 14	Mathieu	D 13	Castor
L 16	Verano	M 15	Verano	L 14	Maurice
M 17	Mathieu	M 16	Verano	M 15	Verano
V 18	Rosine	L 17	Pierre	V 16	Verano
S 19	Max	M 18	Cyrille	S 17	Reinald
D 20	Leclerc	M 19	Mathieu	M 18	Verano
L 21	Edouard	J 20	Annie	M 19	Verano
M 22	Agathe	V 21	André	V 18	Verano
V 23	Edouard	S 22	André	S 20	Verano
S 24	Leclerc	D 23	Verano	M 21	Constantin
D 25	Leclerc	L 24	Cath de Seine	L 21	Lambert
L 26	Verano	M 25	Assurance	S 21	Edouard
M 27	Verano	M 26	Verano	V 22	Verano
V 28	Verano	M 27	Verano	S 22	Verano
S 29	Verano	V 28	Verano	M 28	Verano
D 30	Leclerc	M 29	Castor	V 23	Verano
L 31	Verano	M 30	Castor	S 23	Verano

Adhérents : 04 72 36 16 20 | Courtiers partenaires : 04 72 36 16 30 | Vie associative : 04 72 36 23 58 | Informations commerciales : 0 800 04 4000 | www.alptis.org

Calendrier

un déploiement en tiroirs

1

Négociation de branche du **01/06/2013 au 30/06/2014**

2

Négociation d'entreprise du **01/07/2014 au 01/01/2016**

3

Couverture balai imposée le **01/01/2016 par DUE**

123

Frais de séjour

Honoraires médicaux

Forfait journalier hospitalier

Chambre particulière

Séjour accompagnant

Honoraires médicaux (généralistes – spécialistes)

Actes techniques médicaux, obstétriques, imagerie, ...

Pharmacie

Cure thermale

Prothèses médicales et auditives

Transport

Cartographie des prestations les plus courantes dans les contrats

HOSPITALISATION
 MEDICALE / CHIRURGICALE /
 A DOMICILE / MATERNITE /
 ETABLISSEMENTS SPECIALISES

OPTIQUE

montures

Verres

Lentilles

chirurgie

FRAIS MEDICAUX COURANTS

DES EXPRESSIONS DE PRESTATIONS VARIEES

% BRSS - % TM - % PMSS
 – €

En complément ou sous déduction SS

DIVERS

Automédication

Médecines douces

Acte de prévention codifiés par la SS

Contraception, sevrage tabagique, vaccins non remboursés, etc.

DENTAIRE

Soins courants, inlays onlays, ...

Prothèses

Implants

Orthodontie

La loi impose la souscription d'un contrat présentant un **niveau de remboursement minimum** appelé
« panier de soins ANI »

Ce tableau ne tient pas compte de la réforme du « contrat responsable » et du « RACO » (abordé plus loin) BRSS = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

HOSPITALISATION	Frais de séjour	100 % BRSS
	Honoraires des médecins	100 % BRSS
	Forfait journalier hospitalier	« Frais réels » sans limite de durée
FRAIS MEDICAUX COURANTS	Honoraires des médecins	100 % BRSS
	Auxiliaires médicaux – biologie médicale – transport sanitaire – imagerie ...	100 % BRSS
	Pharmacie	100 % BRSS uniquement SMR majeur
DENTAIRE	Soins dentaires	100 % BRSS
	Prothèses dentaires	125 % BRSS
	Orthodontie	125 % BRSS
OPTIQUE	1 monture + 2 verres tous les 2 ans (sauf exceptions)	100 ou 150 ou 200 € selon la correction visuelle
	lentilles	100 % BRSS

Quid de l'employeur ne proposant aucune affiliation aux salariés à une couverture santé au 01/01/2016 ?

- » Risque « d'auto-assurance » = un salarié serait fondé à demander des dommages-intérêts, évalué en fonction du préjudice subi, et pouvant aller jusqu'au paiement des prestations dont il a été privé
- » Risque qu'un syndicat ou un salarié assigne l'employeur en justice pour le contraindre à souscrire un contrat collectif obligatoire servant au minimum le « panier de soins minimum »



Les bénéficiaires salariés

- ⊕ Les bénéficiaires des garanties sont les salariés titulaires d'un contrat de travail :
 - ⊖ En CDI, CDD, cumul emploi-retraite, etc.
 - ⊖ Contrats aidés (contrat d'apprentissage, professionnalisation, etc.)

- ⊕ Et quid des
 - ⊖ Stagiaires ? Intérimaires ? Personnels de sociétés sous-traitantes ?
 - ⊖ Le dirigeant d'entreprise ?

Les bénéficiaires ayants-droit

- ⊕ La notion d'ayant-droit n'est pas légalement définie. Chaque contrat d'assurance peut construire sa propre définition. En pratique, il est fréquent de couvrir:
 - ⊖ Conjoint/PACS/concubin (parfois avec un durée mini)
 - ⊖ Les enfants mineurs + les majeurs étudiants jusqu'à 25/28 ans
 - ⊖ Sans limitation de durée, les enfants atteint d'un handicap
 - ⊖ Certains contrats prévoient des définitions bien plus larges ou affinées

- ⊕ **La généralisation santé n'impose pas la couverture des ayants droit. C'est une simple faculté**

Les bénéficiaires

- ⊕ A noter que le régime mis en place doit notamment être :
 - ⊕ **collectif**, c'est-à-dire bénéficier à l'ensemble du personnel ou à défaut, à une catégorie objective de salariés.
 - ⊕ **obligatoire**, c'est-à-dire que tous les salariés de l'entreprise ou de la catégorie objective de personnel doivent être affiliés aux garanties, sauf exercice d'une faculté de refus légalement encadrée

Cf. développements suivants sur les avantages sociaux et fiscaux

Le financement patronal minimum

- ⊕ A minima, dans un contexte de généralisation santé, la répartition des cotisations doit être au moins égalitaire entre l'employeur et le salarié (« 50/50 »)
- ⊕ Rien n'empêche l'employeur d'aller au-delà, par exemple en finançant jusqu'à 100 % des cotisations santé
- ⊕ La part salariale des cotisations est collectée par l'employeur sur le salaire brut du salarié
- ⊕ L'employeur doit normalement participer à la même hauteur pour tous les salariés de l'entreprise ou de la catégorie objective instituée :
 - ⊕ Par exception, il peut faire un effort financier supplémentaire en fonction de la composition familiale du foyer du salarié, lorsque la structure de la cotisation intègre un paramètre famille
 - ⊕ Ou instituer un financement à 100% pour certains publics (apprentis + salariés à temps partiels dont la part salariale excéderait 10% de leur rémunération brute)

01/01/2016

L'obligation de couverture de certains salariés peut être assumée grâce au **versement par l'employeur d'une somme d'argent** se substituant à la part patronale du régime santé

« versement santé » ou « chèque santé employeur»

Exclusion d'autorité des garanties d'entreprise

En contrepartie d'une somme d'argent

Pour se financer une autre couverture santé

Quels salariés ?

Quelle justification ?

Quelle mise en œuvre ?

Quel montant ?

CDD d'une durée ≤ 3 mois
Temps partiel ≤ 15h/semaine

Contrat individuel responsable

Non compatible avec une garantie santé « aidée »

L'exclusion doit être prévue par :
Convention collective
Ou accord d'entreprise
Ou DUE

Part patronale mensuelle versée au profit des actifs

X

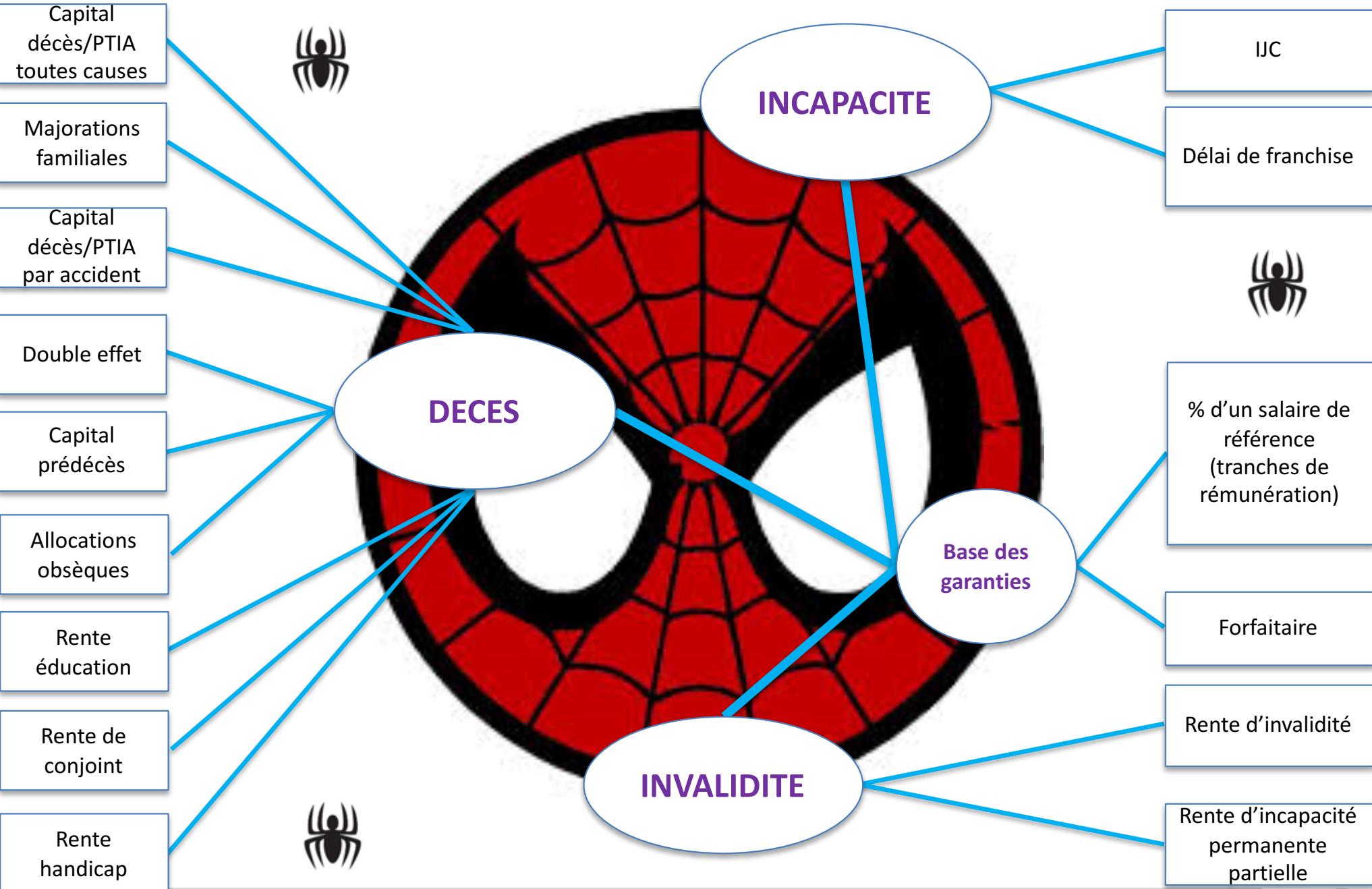
Nombre d'heures de travail / 151,67

X

105 % si salarié en CDI
125 % si salarié en CDD

Article L. 911-7-1 du CSS

- L'assiette des cotisations prévoyance
- Le prévoyance obligatoire des cadres
 - Les paramètres du 1,50% tranche A
 - Les sanctions de l'obligation
- Le maintien de salaire par l'employeur
 - Une obligation de droit du travail
 - L'articulation avec un régime de prévoyance complémentaire
- Les hypothèses de maintien des prestations (loi Evin)



En prévoyance, les cotisations sont le plus souvent assises sur le salaire

Prix en € = taux de cotisation x salaire de référence

Définition contractuelle d'un salaire de référence



Découpé en « tranches de rémunérations » multiple du PMSS

Tranches de salaires

Plafond Annuel de la Sécurité Sociale 2022 (PASS) 41 136€ soit 3 428 € mensuel

1	2	3	4	5	6	7	8
Tranche 1 Salaire ≤ à 3428 €		Tranche 2 Salaire mensuel entre 3 429 € et 8 plafonds (27424€)					

Depuis 1947, les cadres doivent bénéficier d'un régime de prévoyance complémentaire auquel l'employeur doit participer à hauteur d'un **montant minimal égal à 1,50 % du salaire plafonné à la tranche 1** (*historiquement article 7 de la CCN du 14 mars 1947 et désormais accord national interprofessionnel du 17/11/2017*)

- ⊕ **Bénéficiaires** : les cadres au sens de l'ANI du 17/11/2017
- ⊕ **Portée** : Obligation budgétaire. Pas d'exigence d'un niveau de garantie minimum
- ⊕ **Affectation** : au moins 0,76 % du salaire limité à la tranche 1 doit être consacré à la garantie décès. Il faut donc être vigilant sur la ventilation du coût des différents risques au sein d'une cotisation globale.
- ⊕ **Sanction du non – respect** : versement aux ayants droit d'une indemnisation forfaitaire égale à 3 PASS, et soumise à charges sociales.
- ⊕ **Vigilance** : il s'agit d'une obligation de financement à charge de l'employeur. Ne pas confondre la part patronale de cotisation et le tarif du contrat

Par exemple, la vente à une entreprise d'un produit « 1,50% cadre » implique une prise en charge employeur à 100 %

Les pratiques suivantes vous paraissent-elles conforme à l'obligation du « 1,50 % » ?

Une entreprise souscrit un produit prévoyance au taux de 4 % T1, dont la cotisation est répartie 50 % employeur et 50 % salarié.

Une entreprise souscrit un produit prévoyance à un taux inférieur à 1,50 % T1, mais assurant le versement d'un capital supérieur à 3 PASS.

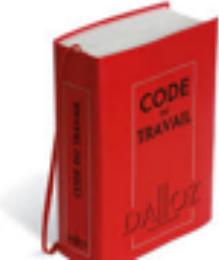
Une entreprise souscrit un produit prévoyance au taux de 1,50 % T1, dont la cotisation est répartie 50 % employeur et 50 % salarié.

Une entreprise souscrit un produit prévoyance au taux de 1% T1 et 1 % T2, supporté intégralement par l'employeur. L'unique cadre gagne 5000 € brut / mois.

Un principe de droit du travail, hors champ de la prévoyance complémentaire

⊕ Obligation patronale de maintenir le salaire du collaborateur sous conditions :

- ⊖ 1 an d'ancienneté dans l'entreprise
- ⊖ Bénéficiaire des IJSS
- ⊖ Justification à l'employeur dans les 48h de l'incapacité
- ⊖ Soigné en France ou dans l'Espace économique européen



⊕ Indemnisation acquise après un délai de carence de :

- ⊖ Avec un délai de carence de 7 jours en cas de maladie simple
- ⊖ 0 jour d'arrêt en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

⊕ Niveau et durée d'indemnisation :

- ⊖ 90% pendant 30 jours et 66,66% pendant les 30 jours suivants
- ⊖ durées d'indemnisation augmentée de 10 jours par tranche de 5 ans d'ancienneté dans la limite de 90 jours

» Article L. 1226-1 du code du travail, D. 1226-1 et suivants du code du travail

Ancienneté \ Niveau	< 1	1 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	31 à ...
90% du brut	0	30	40	50	60	70	80	90
66.6% du brut	0	30	40	50	60	70	80	90

Tous ces paramètres sont susceptibles d'être améliorés par une



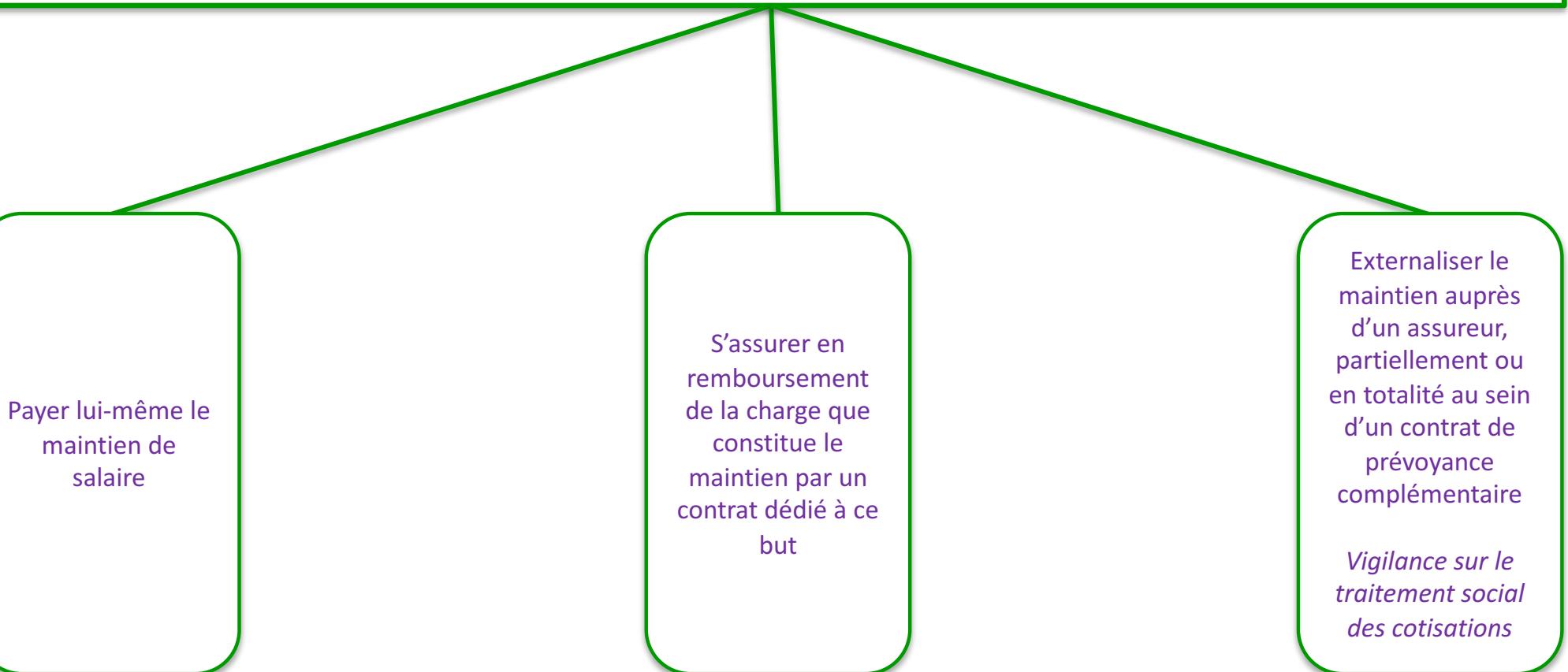
Suppression ou diminution de l'ancienneté d'1 an

Suppression ou diminution du délai de carence de 7 jours

Allongement des périodes d'indemnisation

Amélioration du taux d'indemnisation

L'employeur dispose de 3 manières d'assumer son obligation

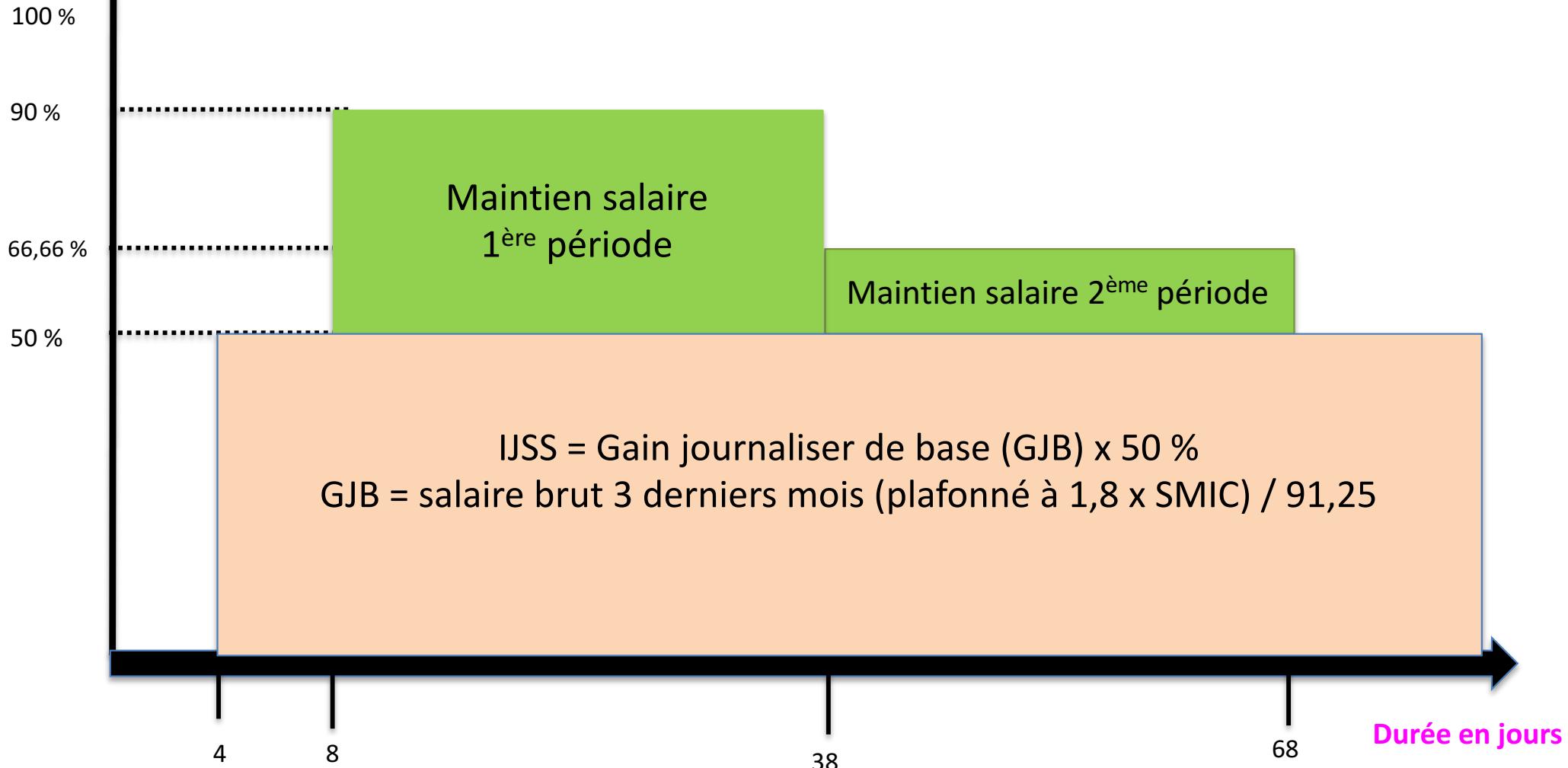


Indemnisation

Exemple

salarié 4 ans d'ancienneté

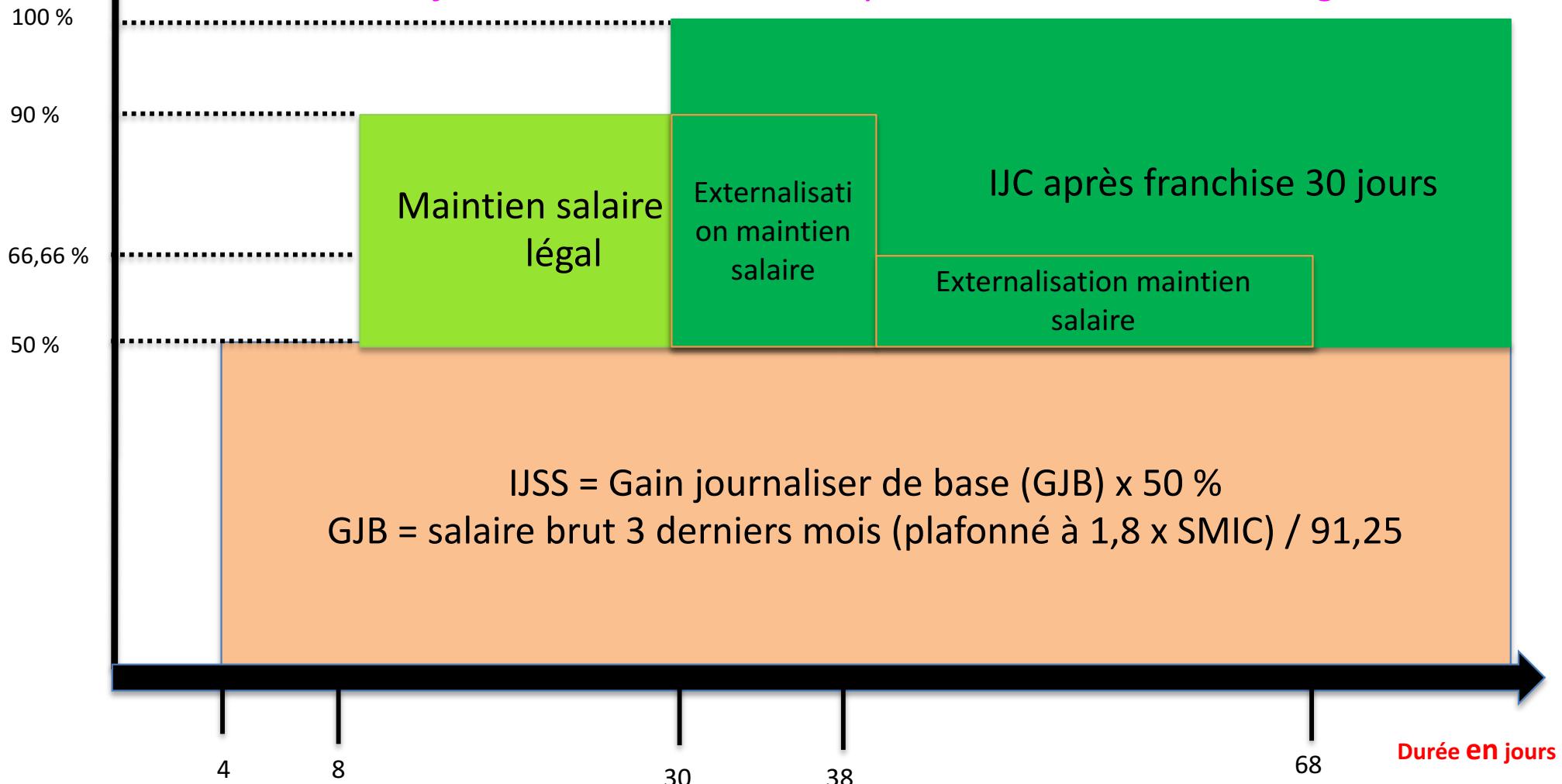
Pas d'amélioration CCN = application code du travail



Indemnisation

Exemple

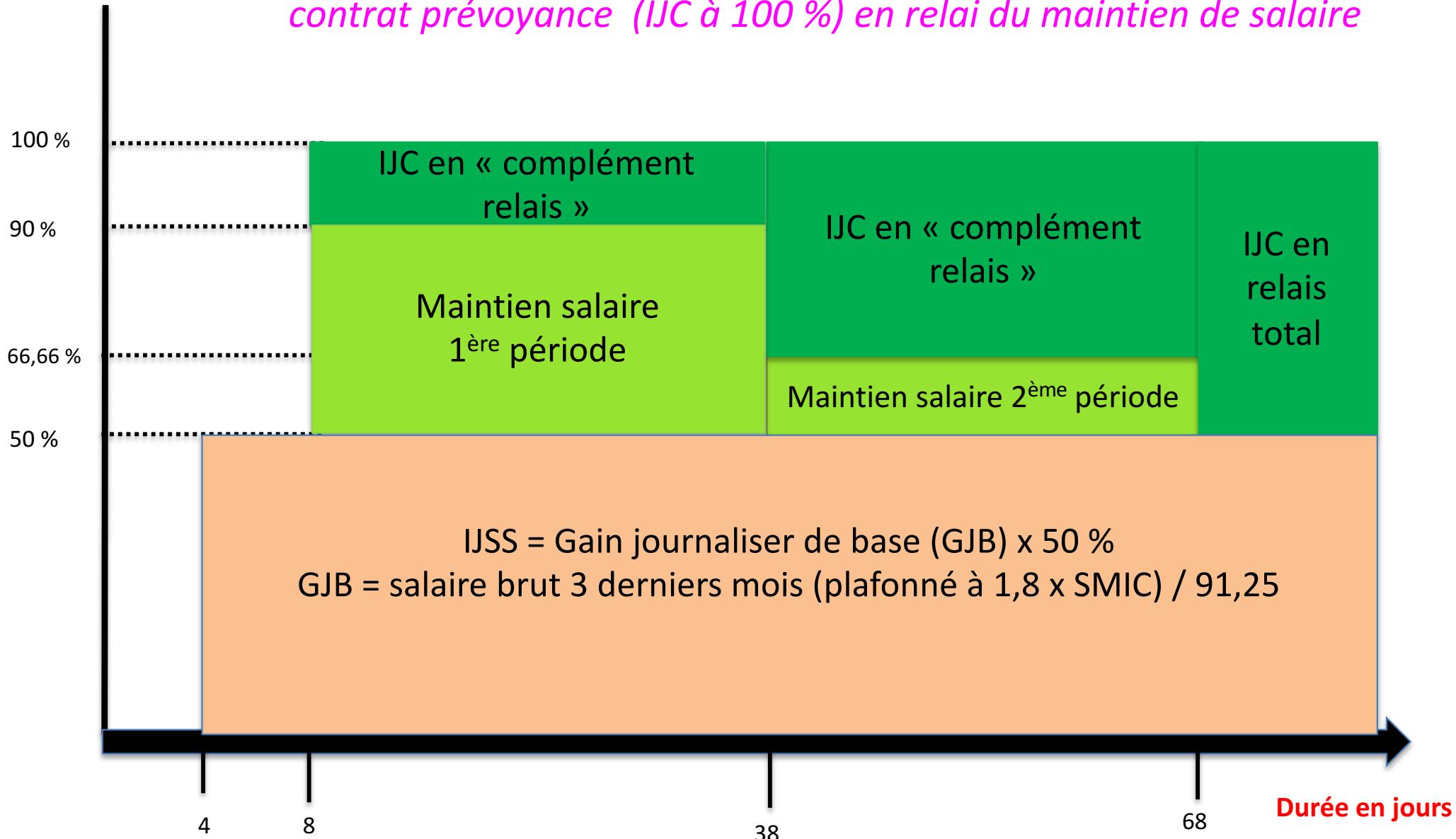
contrat prévoyance à 100% du salaire avec franchise fixe 30 jours externalisant une partie de la « mensu » légale



Indemnisation

Exemple

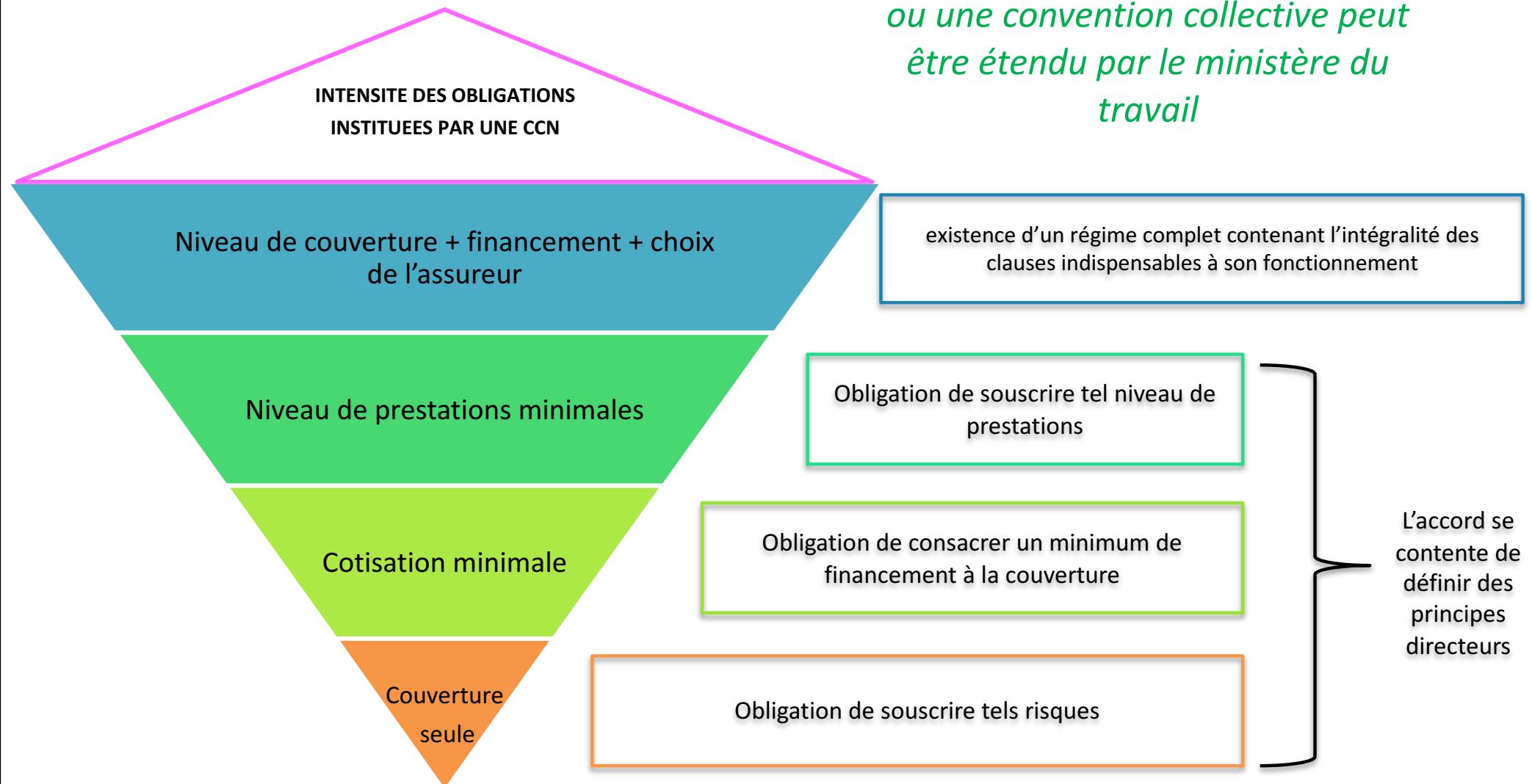
contrat prévoyance (IJC à 100 %) en relai du maintien de salaire



- ⊕ En 1989, une loi du 31 décembre (n° 89-1009) , dite loi EVIN, avait pour objectif d'harmoniser les règles applicables aux 3 grandes familles d'assureur tout en « *renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques* ».
- ⊕ 3 articles de cette loi ont un impact direct et concret sur le fonctionnement du régime de prévoyance
 - ⊕ **Article 2** : L'assureur doit prendre en charge les suites des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat ;
 - ⊕ **Article 7** : La résiliation du contrat d'assurance est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant l'exécution du contrat ;
 - ⊕ **Art 7-1** : La résiliation du contrat d'assurance est sans effet sur le maintien de la garantie décès en cas de survenance de celui-ci avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité.

- Qu'est ce qu'une convention collective
- L'intensité des obligations conventionnelles
- Le choix de l'organisme assureur

- ⊕ Texte négocié par les partenaires sociaux traitant des conditions d'emploi, de la formation professionnelle et des garanties sociales des salariés d'un secteur donné :
 - » Contrat de travail / Congés / Salaires / Licenciement / Prévoyance ...
- ⊕ Une convention collective détermine :
 - » Son champ d'application géographique : national / régional / départemental
 - » Son champ d'application professionnel : interprofessionnel / branche d'activité
- ⊕ Elle est identifiée par un numéro unique de 2 à 4 chiffres appelé IDCC
 - » *Quelle différence avec un accord de branche ?*
 - » *Comment connaitre la convention collective applicable dans l'entreprise ?*



L'existence d'une clause de désignation **empêchait les acteurs de proposer librement leurs offres** à une entreprise relevant d'une branche ayant désigné un organisme.

Jusqu'au
13/06/2013



Adhésion obligatoire auprès de
l'organisme désigné

Clause de désignation avec ou sans
clause de migration



Prix unique pour toutes les entreprises de la
branche



Décision du Conseil constitutionnel à l'occasion du vote de la loi relative à la Sécurisation de l'emploi
(généralisation santé)

13/06/2013



Contraire à la liberté d'entreprendre
et à la liberté contractuelle

Libre choix de l'organisme
assureur

Sauf pour les désignations déjà en cours en juin
2013 : ouverture progressive du marché



01/01/2014
L.912-1 du CSS



Nouveau cadre juridique :
les clauses de recommandation



CCN recommande un ou plusieurs OCAM
sans valeur contraignante, avec un tarif
unique des garanties

Libre choix de l'assureur mais obligation de
respecter les prestations minimales de la CCN

Garanties présentant un degré élevé
de solidarité

- La portabilité temporaire (frais de santé et prévoyance)
- La portabilité viagère (frais de santé)

- ⊕ Le principe du maintien des garanties santé et/ou prévoyance pendant une certaine durée à l'occasion de la sortie d'un collaborateur des effectifs d'une entreprise n'est pas nouveau.
- ⊕ En effet, soucieux de limiter les hypothèses de rupture des garanties collectives santé et prévoyance lorsque un salarié quitte son entreprise, un **Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008** avait organisé les modalités de ce maintien au profit des ex-salariés.
- ⊕ 4 ans plus tard, l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2013 a rénové le dispositif de 2008 en généralisant sa portée à l'ensemble des salariés tout en modifiant les modalités du maintien des droits.
- ⊕ Cette nouvelle mouture de la portabilité a été inscrite dans la loi de Sécurisation de l'emploi du 14/06/2013, il s'agit de la « *portabilité légale* » (*codifiée à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale*).



PRÉVOYANCE



SANTÉ

Objectif : prolonger les garanties santé/prévoyance après le départ du salarié de l'entreprise

ENTREPRISES CONCERNÉES	Entreprises tous secteurs d'activité confondus
SALARIES CONCERNÉS	Tous les salariés quelle que soit la nature de leur contrat de travail (CDI, CDD, contrat pro...)
CONDITIONS A RESPECTER	<p>Cessation du contrat de travail : rupture conventionnelle, fin de CDD, licenciement hormis celui pour faute lourde ...</p> <p>Avoir droit à indemnisation par l'assurance chômage</p> <p>Salariés effectivement couvert auprès du dernier employeur : le salarié dispensé d'affiliation ou ne remplissant pas la condition d'ancienneté requise au jour de la cessation de son contrat de travail n'a pas vocation à bénéficier du maintien</p>
AYANTS DROIT	Bénéficient également de la portabilité en santé sous réserve d'avoir été affiliés au régime avant la cessation du contrat de travail de l'ex-salarié

DUREE

La plus courte entre :

Durée de l'indemnisation chômage

Durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats si consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois arrondis au supérieur. Exemple : CDD de 15 jours = 1 mois de portabilité

12 mois

FINANCEMENT

Par un mécanisme de mutualisation

l'ancien salarié ne paie rien postérieurement à sa sortie des effectifs de l'entreprise car le coût est intégré à la cotisation des actifs

LA PORTABILITE TEMPORAIRE DES GARANTIES

GARANTIES MAINTENUES	<p>Celles en vigueur dans l'entreprise : les garanties des ex-salariés sont les mêmes que celles des salariés actifs.</p> <p>La résiliation du contrat d'assurance entraîne la radiation des « portés » du bénéfice des garanties : ils doivent être repris par le nouvel assureur.</p> <p>Effet miroir : toutes modifications du régime applicables aux salariés s'appliquent de la même manière aux ex-salariés bénéficiaires du maintien.</p>
NIVEAU DE PRESTATIONS	<p>Le niveau de prestations est identique à celui des salariés actifs</p> <p>Spécifiquement pour la prévoyance, les IJC et les rentes d'invalidité sont plafonnées au montant de l'allocation chômage</p>
OBLIGATION D'INFORMATION	<p>L'ex-salarié fournit à l'organisme assureur la justification de son admission à l'indemnisation chômage</p> <p>L'employeur a l'obligation de signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis à la cessation du contrat de travail</p> <p>L'employeur informe également l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail</p> <p>L'assureur contrôle périodiquement auprès de l'ancien salarié que les conditions ouvrant droit au maintien sont toujours réunies (indemnisation chômage)</p>

LA PORTABILITE VIAGERE DES GARANTIES

ARTICLE 4 DE LA loi EVIN : L'assureur doit proposer au salarié quittant son emploi un mécanisme de maintien des garanties santé visant à neutraliser les effets de la rupture du contrat de travail sur la protection sociale complémentaire

Bénéficiaires concernés ?

Ancien salarié bénéficiaire d'un « **revenu de remplacement** » : **pension de retraite** ou rente d'incapacité/invalidité ou allocation chômage, etc. L'assureur n'a pas l'obligation de couvrir les ayants droit.

Quelles garanties maintenues ?

Les mêmes garanties que **celles en vigueur au jour de la rupture du contrat de travail**. Selon la jurisprudence, les garanties devraient être identiques et figées à la date du départ de l'entreprise.
En pratique, les assureurs proposent souvent des garanties équivalentes et non identiques.

Comment sont-elles maintenues ?

L'assureur propose à l'ex-salarié un nouveau **contrat individuel**. La pratique admet aussi parfois la création de « collèges retraités » au sein des contrats d'entreprise
Interdiction des périodes probatoires et des questionnaires médicaux.

Quand formuler la demande ?

A compter de la rupture du contrat de travail ou l'expiration de la portabilité :
Le salarié dispose de **6 mois** pour faire sa demande, et l'assureur de **2 mois** pour adresser une proposition.
Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

Quelle durée du maintien ?

Aussi longtemps que l'assuré est bénéficiaire d'un revenu de remplacement (pour un retraité la garantie est donc viagère)

Quel tarif ?

1^{ère} année : le tarif global ne peut pas être majoré.
2^{ème} année : la majoration ne peut pas excéder **25 %**
3^{ème} année : la majoration ne peut pas excéder **50 %**

Années suivantes : majorations a priori possible dans le respect de l'article 6 de la loi Evin

Cas particulier

L'ayant droit garanti du chef d'un salarié décédé en cours de vie du contrat santé peut demander à bénéficier du maintien des garanties pendant **au minimum 12 mois** (avec la majoration tarifaire), sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois du décès.

En pratique, il est fréquent que les assureurs assurent le maintien gratuitement pendant 12 mois (et payant au-delà).

- ❑ La portée des avantages sociaux et fiscaux
 - Le traitement social et fiscal du financement
 - Le traitement social et fiscal des prestations
- ❑ Les conditions du bénéfices des avantages
 - Le recours obligatoire à un organisme assureur
 - La régularité de la source juridique de mise en place
 - L'existence de prestations de prévoyance complémentaires
 - Le caractère uniforme de la contribution patronale
 - La non substitution à un élément de salaire supprimé depuis - de 12 mois
 - Le caractère collectif du régime
 - La condition d'ancienneté
 - Le caractère obligatoire du régime
 - Le niveau de participation patronale au financement des garanties ?
 - Le contrat responsable

Traitements sociaux du financement

- ⊕ Financer une complémentaire santé (responsable) ou prévoyance coûte moins cher à l'employeur que de pratiquer une augmentation de salaire car la part patronale finançant le régime est exonérée de cotisations de sécurité sociale dans **la limite de 6% du PASS + 1,5% de la rémunération annuelle brute, dans la limite maximale de 12% PASS**
- ⊕ Dans les entreprises d'au moins 11 salariés, l'entreprise s'acquitte du **forfait social au taux de 8 %**
- ⊕ Le salarié s'acquitte de la **CSG/CRDS au taux de 9,2 + 0,5%**, assise sur la contribution patronale

④ Exemple de calcul du disponible social

Un salarié gagnant 30 000 € brut par an bénéficie d'un régime frais de santé dont la cotisation s'élève à 100 € par mois. L'employeur finance la moitié de la cotisation.

La participation employeur est-elle exonérée de cotisations de sécurité sociale et contributions alignées ?

- » 6% PASS = 2468,16 €
- » 1,5 % RAB = 450 €
- » Disponible social = $2468,16 + 450 = 2918,16$
- » 12 % du PASS = 4936,32 €
- » Part patronale santé par an = $100 * 0,5 * 12 = 600€$

Réponse : exonération totale, pas de réintégration.

Traitements fiscaux du financement

⊕ Le financement patronal est exclu de l'assiette du bénéfice imposable à l'**impôt sur les sociétés**

» *Article 39 du CGI*

⊕ Le financement patronal et salarial des régimes de prévoyance lourde ainsi que le financement salarial des régimes santé sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu **dans la limite de 5 % du PASS + 2% de la rémunération annuelle brute, le tout dans la limite maximale de 2 % de 8 PASS**. La part patronale des régimes frais de santé est donc assujettie à l'IR (LF 2014).

» *Article 83, 1^o quater du CGI*

⊕ **Taxe de solidarité additionnelle rénovée (TSA) appliquée sur la prime d'assurance.** Les contrats dits « responsables » sont soumis aux taux réduit de 13,27%. Les contrats non responsables sont soumis au taux de 20,27%. Les contrats prévoyance sont exonérés de TSA

Contrat santé : Article 995, 18^o du CGI et Article L. 862-4 du code SS

» *Contrat prévoyance : Article 998, 1^o du CGI*

Le traitement social et fiscal des prestations

PRESTATIONS Cotisations sociales et Impôts	CAPITAUX DECES*	RENTES INVALIDITE / CONJOINT / EDUCATION	PRESTATIONS INCAPACITE
Cotisations sociales	NON ASSUJETTI	NON ASSUJETTI	PENDANT CONTRAT TRAVAIL : ASSUJETTI AU PRORATA DU FINANCEMENT PATRONAL APRES RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : NON ASSUJETTI
CSG /CRDS	NON ASSUJETTI	ASSUJETTI Taux 8,30 % + 0,5 %	PENDANT CONTRAT TRAVAIL : ASSUJETTI AU PRORATA DU FINANCEMENT PATRONAL Taux 9,2 % + 0,5% APRES RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL : ASSUJETTI Taux 8,30 % + 0,5 %
Impôt sur le Revenu	NON ASSUJETTI	ASSUJETTI	ASSUJETTI

* A condition d'être servi par l'organisme assureur et non pas directement par l'employeur

⊕ Le bénéfice du traitement social et fiscal de faveur n'est ouvert que si le risque est porté par une **entreprise d'assurance habilitée** :

- ⊕ Une compagnie d'assurance (société commerciale et sociétés d'assurances mutuelle) : code des assurances
- ⊕ Une institution de prévoyance : code de la sécurité sociale
- ⊕ Une mutuelle : code de la mutualité

» Article L. 242-1 du code SS

» Article 1 Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques

⊕ Retenons globalement que la gestion « interne » par une entreprise de ses engagements de couverture santé/prévoyance est interdite : obligation d'externalisation.

⊕ Il faut donc toujours vérifier que l'entrée en vigueur du régime d'entreprise coïncide avec la prise d'effet du contrat d'assurance pour éviter tout litige prud'homal (promesse de couverture qui ne serait pas « gagée » par le contrat d'assurance).

⊕ Les garanties collectives relevant de la protection sociales complémentaires sont déterminées :

- ⊕ Soit par voie de convention ou accord collectif.
- ⊕ Soit à la suite de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise: accord référendaire.
- ⊕ Soit par une Décision unilatérale du chef d'Entreprise constatée dans un écrit remis par ce dernier à chaque intéressé

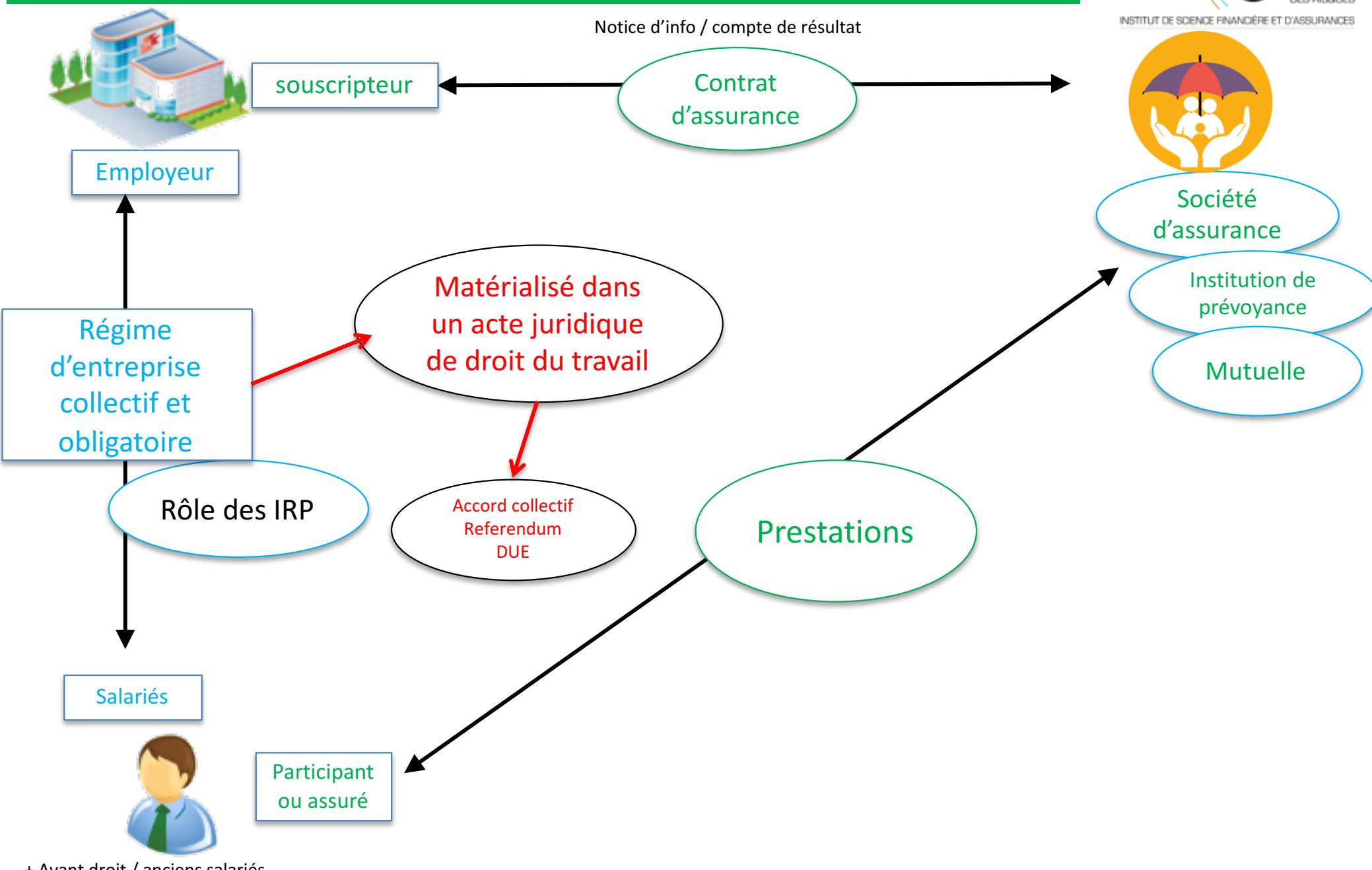
» *Article L. 911-1 du code SS*

⊕ Aucun autre acte de mise en place ne permet d'entrer dans le champ de la « prévoyance exonérée » (contrat de travail - accord atypique conclu avec le CSE, etc.)

⊕ Si aucun acte de mise en place n'est identifiable, la jurisprudence considère qu'il s'agit d'une décision unilatérale : La simple souscription et application d'un contrat d'assurance sans aucun formalisme crée un engagement unilatéral ayant valeur d'usage d'entreprise et créateur de droits pour les salariés

» *Cass. Soc. 4 février 1997, Sté Total Rafinage c/ Rocaboy et al.*

LA REGULARITE DE LA SOURCE JURIDIQUE DE MISE EN PLACE



⊕ **L'accord collectif** peut être négocié au niveau d'une branche professionnelle ou d'une entreprise.

⊕ Accord de branche :

- » Négocié entre les organisations syndicales représentatives d'employeur et de salariés au niveau de la branche ;
- » Peut être « complet » ou seulement fixer des « principes directeurs » ;
- » Peut-être étendu par l'autorité ministérielle ;

⊕ Accord d'entreprise :

- » Négocié entre l'employeur et une ou plusieurs Organisations Syndicales représentatives (délégués syndicaux)
- » Publicité obligatoire : Affichage dans l'entreprise renseignant sur le thème, la date d'effet, et lieu où l'intégralité du texte peut être consulté + Transmission à la DIRECCTE compétente et Dépôt au greffe du Conseil des Prud'hommes.

⊕ Concrètement, les négociations vont s'étaler sur plusieurs mois

⊕ Lorsqu'une entreprise relève d'un accord de branche ne fixant que des « principes directeurs », la formalisation du régime par un autre acte juridique complet devient indispensable (accord d'entreprise, référendum ou DUE)

Le referendum

- ⊕ Ce mode de mise en place peu utilisé en pratique car le régime juridique de l'accord référendaire est à ce jour incertain : Article L.911-5 du CSS renvoie à un décret qui n'est jamais paru. Par conséquent la jurisprudence et la pratique ont façonné les règles applicables.
- ⊕ L'employeur doit remettre avant le vote, à chaque salarié, un exemplaire du projet d'accord. Le vote doit se faire dans des conditions de transparence et de loyauté absolue.
- ⊕ L'accord référendaire doit être ratifié à la majorité des intéressés. La jurisprudence a précisé qu'il ne s'agit pas de la majorité des suffrages exprimés (= des votants), mais de la majorité des électeurs inscrits.
- ⊕ Il faut afficher le résultat du vote dans l'entreprise pour rendre opposable l'accord signé à tous les salariés. Aucune formalité de dépôt n'est requise au greffe du CPH ou à la DIRECCTE.

LA DECISION UNILATERALE DU CHEF D'ENTREPRISE

- ⊕ La DUE est l'acte le plus utilisé dans les TPE-PME
- ⊕ L'article *L.911-1 du CSS* impose de matérialiser cette décision par un écrit remis à chaque salarié présent dans l'entreprise au moment où la décision prend effet, ainsi qu'à chaque salarié entrant postérieurement.
- ⊕ Il est indispensable de conserver la preuve de la remise de la DUE (via une liste d'émargement ou LRAR ou remise en mains propres contre décharge).
- ⊕ Aucune obligation de négociation n'est attachée à sa mise en œuvre, néanmoins, cela ne dispense pas l'employeur de procéder à l'information-consultation du Comité Social et Economique (CSE) préalablement à la mise en place du régime.

⊕ Les prestations doivent compléter celles servies par les régimes de base de la sécurité sociale, et destinées à couvrir les risques maladie, maternité, invalidité, décès, AT/MP, dépendance.

» **fiche 9 de la circulaire DSS du 30/01/2009** : « *Les prestations de prévoyance sont, quelle que soit leur dénomination, les capitaux décès et les allocations d'obsèques, les rentes de conjoint survivant, les rentes d'orphelin, les rentes ou capitaux d'invalidité, les remboursements de frais de santé... »*

⊕ Le mot « **complémentaire** » doit s'entendre de manière large, c'est à dire qu'il est **nécessaire qu'un lien avec les risques couverts par le régime de base puisse être établi**.

⊕ C'est le cas pour le forfait maternité qui à proprement parler n'améliore pas une allocation servie par le régime de base mais est bien liée à la couverture contre le risque maternité. A contrario, une allocation en cas de mariage ne présente aucun lien avec un risque couvert par le régime de base.

⊕ Concernant les garanties d'assistance non directement liées à des situations d'hospitalisation, d'incapacité, d'invalidité ou de décès, elles n'entrent pas dans le champ de la prévoyance complémentaire exonérée. Même chose pour les garanties de frais de recherche et de secours (mer, terre, piste, montagne). Toutefois, par tolérance l'administration permet leur **exonération si n'excèdent pas 10 €/ an / salarié**.

⊕ Particularité pour les prestations servies couvrant le risque d'inaptitude du salarié : Pour se maintenir dans le champ de la prévoyance exonérée, l'inaptitude doit être d'origine médicale et non pas liée à un acte juridique. Par exemple, si le contrat sert la prestation au chauffeur poids lourd dont le permis est retiré à raison d'infractions routières, la perte des exonérations est encourue.

⊕ Par principe, la réglementation prévoit que les contributions versées par l'employeur « *sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie* » objective.

» Article R. 242-1-4 du code SS

» Circulaire N° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013

⊕ Toutefois par exception, l'employeur peut :

⊕ prendre intégralement à sa charge (et non en partie) la cotisation due par les salariés à temps partiels ou les apprentis dont le montant excède 10% de leur rémunération brute :

» Pour apprécier ce seuil de 10 %, il est tenu compte de l'ensemble des garanties de PSC dans l'entreprise

⊕ mettre en place de taux croissants en fonction de la rémunération dans la mesure où une progression au moins aussi importante est également appliquée aux contributions des salariés.

» Le rapport entre la contribution patronale et la contribution globale doit rester constant ou décroître à mesure que la rémunération du salarié augmente

⊕ Moduler sa contribution en fonction de la composition du foyer du salarié (cf. slide suivante)

» Cela signifie que l'employeur peut faire un effort financier supplémentaire selon la composition familiale du foyer du salarié, lorsque la structure de la cotisation intègre un paramètre famille.

» Vigilance alors sur le caractère facultatif ou obligatoire de l'affiliation des ayants droit au régime

⊕ **Vigilance sur le sort des ayants-droit lorsque l'expression tarifaire varie selon la situation familiale.** L'acte juridique de mise en place des garanties doit prévoir si les ayants droit sont :

- ⊕ Couverts à titre obligatoire = obligation pour le salarié de cotiser selon sa situation de famille réelle
- ⊕ Ou couverts à titre facultatif = le salarié décide, si oui ou non, il souhaite étendre le bénéfice des garanties à son ou ses AD
- ⊕ Lorsque le régime prévoit une couverture facultative des ayants droit, alors la participation financière de l'employeur à leur profit n'est pas exonérée de cotisations sociales (et n'est pas non plus déductible de l'assiette de l'impôt sur le revenu).

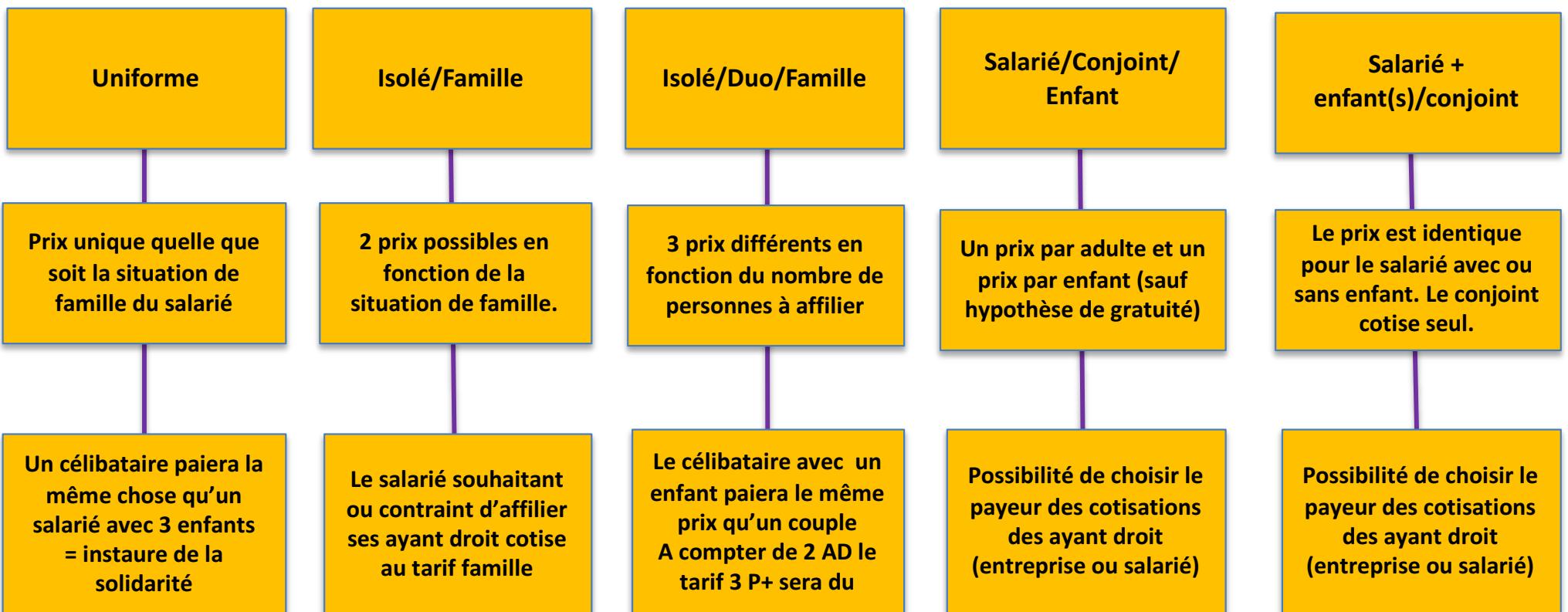
» Article R. 242-1-5 du code SS

Bonus : zoom sur les expressions tarifaires les plus courantes

⊕ Assiette des cotisations

- ⊖ Plafond Mensuel de Sécurité sociale (PMSS) dont le montant varie chaque année
- ⊖ Plus rarement : Forfait € ou Salaire (tranche de rémunérations T1/T2)
- ⊖ Plus rarement : combinaison PMSS et Salaire

⊕ Taux de cotisation = un pourcentage de l'assiette



- ⊕ Les contributions de l'employeur ne peuvent pas être exonérées lorsqu'elles se substituent à d'autres revenus d'activité soumis à cotisation, à moins qu'un délai de 12 mois ne se soit écoulé entre le dernier versement de la rémunération supprimée et le premier versement de la contribution patronale au régime.

» *Article L. 242-1 alinéa 9 du code SS*

- ⊕ Si ce délai de 12 mois n'est pas expiré, l'employeur peut retrouver son droit à exonération en rétablissant pour l'avenir l'élément de rémunération supprimé.

- ⇒ Pour **bénéficier des avantages sociaux et fiscaux**, le régime mis en place **doit être collectif**, c'est à dire bénéficier à l'ensemble des salariés de l'entreprise. Il peut aussi bénéficier à seulement **une partie des salariés, sous réserve qu'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs**.
- ⇒ La doctrine administrative est venu préciser, par diverses circulaires d'interprétation, ce qu'il faut entendre par « objectif ». Puis un décret du 09/01/2012 (modifié à plusieurs reprises) a défini dans le code de la Sécurité sociale les critères légaux permettant de constituer des catégories objectives.
 - » *Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012*
 - » *Décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014*
 - » *Circulaire N° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013*
 - » *Lettre-circulaire ACOSS n° 20140000002 du 04 février 2014*
 - » *Lettre-circulaire ACOSS n° 20150000045 du 12 août 2015*
 - » *Décret n° 2021-1002 du 30 juillet 2021*

- ⊕ Lorsque l'entreprise ne souhaite pas offrir les mêmes garanties à l'ensemble de ses salariés, le régime catégoriel institué doit donc couvrir une **catégorie objective de salarié**. Le code SS énonce **5 critères objectifs** pour délimiter la ou les catégories de salariés bénéficiaires des garanties. Il s'agit en fait de la liste des critères utilisables par l'entreprise, et de la liste des critères interdits

» *Article R. 242-1-1 du Code SS*

- ⊕ Critère n° 1 : L'appartenance aux catégories de **cadres et de non-cadres** au sens de la CCN du 14 mars 1947 (article 4, 4 bis, et 36 de l'annexe I) (remplacé par l'ANI du 17/11/2017 : article 2.1 et 2.2)
- ⊕ Critère n° 2 : Un seuil de rémunération au plafond de sécurité social ou à 2, 3, 4 ou 8 fois ce plafond

Seules 2 catégories de salariés au maximum peuvent être constituées. A noter que le personnel dont la rémunération excède 8 PASS ne constitue pas une catégorie objective.

- ⊕ **Critère n° 3** : La **place dans les classifications professionnelles** définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels.
- ⊕ **Critère n° 4** : Le niveau de responsabilité, le type de fonctions ou le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail des salariés correspondant aux **sous-catégories** fixées par les conventions ou les accords professionnels ou interprofessionnels.
- ⊕ **Critère n° 5** : L'appartenance au champ d'application d'un **régime légalement ou réglementairement obligatoire** assurant la couverture du risque concerné, ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que, l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des **usages constants, généraux et fixes** en vigueur dans la profession

- ⊕ Une fois le critère objectif connu, le **code de la sécurité sociale** définit les modalités d'utilisation des critères, qui varient en fonction de la nature des garanties mises en place. Il faut distinguer deux types de situations :

» *Article R. 242-1-2 du code SS*

- ⊕ Celles constituant des catégories objectives au sens de la loi. Le caractère collectif est ici présumé.
- ⊕ Celles nécessitant que l'employeur justifie du caractère objectif des catégories instituées, c'est à dire apporter la preuve que la ou les catégories établies permettent « *de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées* ». Le caractère collectif est dans ce cas à prouver.

Synthèse du système de présomption d'égalité de traitement croisant la lecture des articles R. 242-1-1 et R. 242-1-2 du code SS

Critères	1 : cadres / non cadres (au sens des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017)	2 : seuil de rémunération multiple du PASS (1, 2, 3, 4, 8)	3 : Place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels	4 : niveau de responsabilité, type de fonctions ou degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou accord de branche, professionnels ou interprofessionnels	5 : L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné, ou bien l'appartenance à certaines catégories spécifiques de salariés définies par les stipulations d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un accord national interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que, l'appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession
Garanties					
Incapacité et/ou invalidité et décès	OK	OK	OK	KO	KO
Décès seul en application de l'ANI du 17/11/2017 relatif à la prévoyance des cadres	OK	KO	KO	KO	KO
Décès seul hors ANI du 17/11/2017	KO	KO	KO	KO	KO
Frais de santé	OK	OK	KO	KO	KO

OK *L'entreprise bénéficie d'une présomption d'égalité de traitement (caractère collectif établi)*

OK *L'entreprise bénéficie d'une présomption d'égalité de traitement, à condition que l'ensemble des salariés soient couverts (caractère collectif établi, sous condition que tout le personnel soit couvert)*

KO *L'entreprise doit démontrer que la ou les catégories permettent de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées (obligation de démontrer le caractère collectif)*

Les critères interdits - Une catégorie ne peut en aucun cas être définie en fonction :

» Article R. 242-1-1 dernier alinéa du code SS

⊕ **du temps de travail des salariés**

⊖ Exemple : réservé l'accès aux garanties aux salariés travaillant à temps plein est interdit

⊕ **de la nature du contrat de travail**

⊖ Exemple : réservé l'accès aux garanties aux seuls salariés en CDI est interdit

⊕ **de l'âge du salarié**

⊖ Exemple : réservé l'accès aux garanties aux salariés de moins de 60 ans est interdit

⊕ **de l'ancienneté du salarié, sauf exception**

⊖ Exemple : réservé l'accès aux garanties aux salariés ayant 5 ans d'ancienneté dans l'entreprise est interdit.

⊖ Toutefois, ne fait pas échec au caractère collectif du régime, le fait de réservé l'accès aux garanties aux salariés ayant atteint une ancienneté de 12 mois dans l'entreprise (garantie prévoyance) ou 6 mois s'agissant de garanties santé. Ces durées sont des durées maximum (à concilier avec une éventuelle CCN pour sécuriser le risque prud'homal)

» Article R. 242-1-2 alinéa 7 du Code SS

⊖ Vigilance, selon la jurisprudence de la Cour de cassation, l'ancienneté s'apprécie de manière « discontinue » en tenant compte de tous les contrats de travail conclus auprès du même employeur, même non consécutifs.

» Civ2. 15 juin 2017 (16-18.532 à 16-18.536)

2 corps de règles dans le code de la Sécurité sociale avec des objectifs différents

Relation employeur / URSSAF

Droit des exonérations de charges
sociale

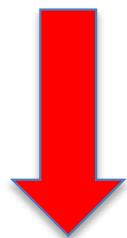
R. 242-1-2 du code
SS



Quelle articulation
entre ces
2 règles ?

Relation employeur / salarié
Droit du travail

L. 911-7 du code SS



Réserver l'accès aux garanties
santé aux salariés ayant
atteint au plus 6 mois
d'ancienneté dans l'entreprise

Circulaire DSS 29/12/2015

Pas de risque URSSAF à conserver une
condition d'ancienneté

Le risque de responsabilité civile de
l'employeur existe toujours



Offrir une couverture santé
conforme au panier de soins
ANI dès l'embauche du
collaborateur

Un mandataire social peut-il s'affilier au régime mis en place au profit des salariés ?

⊕ **Le dirigeant cumule un mandat social et un contrat de travail :**

- » La casquette de salarié prime, il est traité comme tous les autres salariés de l'entreprise

⊕ **Le dirigeant ne cumule pas son mandat social avec un contrat de travail :**

- » Doit être assimilé-salarié en droit de la sécurité sociale. Exemple : gérants minoritaires ou égalitaires de SARL, présidents CA et DG SA, présidents de SAS...
- » Rémunéré en contrepartie de l'exercice de son mandat social
- » Le mandataire social relève de l'article 4 de la CCN de 1947 (et désormais 2.1 de l'ANI de 2017), c'est-à-dire traité comme un cadre
 - » *Article L. 311-3 du code SS*
 - » *Circulaire N° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013, VII*
 - » *Lettre-circulaire ACOSS n° 20140000002 du 04 février 2014, Q/R n° 17*



INTERDICTION DE LIBELLER UNE CATEGORIE « MANDATAIRE SOCIAL »

AFFILIATION A TORT D'UN MANDATAIRE SOCIAL = Risque de redressement URSSAF (pas le collège entier)

- ⊕ Un salarié peut, sous réserve de se retrouver dans une situation particulière reconnue par la loi, refuser son affiliation au régime complémentaire d'entreprise. Il doit alors exercer une dispense d'adhésion sous le contrôle de l'employeur.
- ⊕ Depuis le 1^{er} janvier 2016, les dispenses d'affiliation en frais de santé ont été remaniées par le législateur. On distingue désormais :
 - ⊕ Les dispenses devant être mentionnées dans l'acte juridique formalisant le régime pour être invoquées par les salariés ;
 - ⊕ Les dispenses d'ordre public exerçables même dans le silence de l'acte juridique (ce qui ne dispense pas l'employeur de son devoir d'information à l'égard de ses salariés)

FOCUS SUR LES DISPENSES DE PLEIN DROIT (régime santé)

Situation du salarié	Moment pour formuler la dispense	Fondement textuel	commentaire
Salarié présent avant la mise en place du régime dans l'entreprise par DUE, avec financement salarial	Au moment de la mise en place des garanties	Article 11 loi Evin	Sur demande écrite du salarié + sans justificatif + uniquement si DUE et financement salarial
Salarié en CDD ou contrat de mission lorsque sa durée d'affiliation au régime d'entreprise est strictement inférieure à 3 mois et couverts par ailleurs par une garantie responsable	A l'embauche ou Mise en place des garanties si postérieures à l'embauche ou A la date de prise d'effet de l'autre couverture*	L. 911-7, III, alinéa 2 D. 911-6 L. 911-7-1, IV	Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à une autre complémentaire santé <u>responsable</u> = Garanties d'entreprise, CSS, etc... Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à une autre complémentaire santé <u>responsable</u> « non aidée » = Garanties individuelle ou Madelin Ouvre droit au dispositif du versement santé

FOCUS SUR LES DISPENSES DE PLEIN DROIT (régime santé)

Situation du salarié	Moment pour formuler la dispense	Fondement textuel	Commentaire
Salarié bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS)	A l'embauche ou Mise en place des garanties si postérieures à l'embauche ou À la date de prise d'effet de la CMU-C ou de l'ACS	D.911-2, 1°	Sur demande écrite du salarié + fournir justificatif du bénéfice de l'aide + Dispense temporaire prenant fin à l'expiration de l'aide, sauf renouvellement annuel (refournir chaque année un justificatif)
Salarié déjà couvert par un contrat santé individuel au moment de son embauche	A l'embauche ou Mise en place des garanties si postérieures à l'embauche	D.911-2, 2°	Sur demande écrite du salarié + justifier de l'adhésion à un contrat individuel (certificat d'adhésion ou équivalent) + Dispense prend fin à la première date anniversaire du contrat postérieure à l'embauche

FOCUS SUR LES DISPENSES DE PLEIN DROIT (régime santé)

Situation du salarié	Moment pour formuler la dispense	Fondement textuel	Commentaire
Salarié couvert par une autre garantie d'entreprise collective et obligatoire = cas du salarié multi-employeur	A l'embauche ou Mise en place des garanties si postérieures à l'embauche		Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à l'autre complémentaire santé d'entreprise (certificat d'affiliation ou équivalent) + Renouveler la demande écrite et le justificatif chaque année
Salarié couvert en tant qu'ayant droit de son conjoint sur sa garantie d'entreprise collective et obligatoire	ou A la date de prise d'effet de l'autre couverture	D.911-2,3° a)	Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à l'autre complémentaire santé d'entreprise (certificat d'affiliation ou équivalent) + vérifier que l'affiliation des ayant droit est obligatoire dans le régime du conjoint. (acte fondateur ou attestation employeur) + Renouveler demande écrite et le justificatif chaque année

FOCUS SUR LES DISPENSES DE PLEIN DROIT (régime santé)

Situation du salarié	Moment pour formuler la dispense	Fondement textuel	Commentaire
Salarié couvert, y compris en tant qu'ayant droit, par une garantie « fonction publique »			
Salarié couvert, y compris en tant qu'ayant droit, par une garantie « TNS Madelin »	A l'embauche ou Mise en place des garanties si postérieures à l'embauche	D.911-2, 3° b), c), d), e)	Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à l'autre complémentaire santé (certificat d'affiliation ou équivalent)
Salarié couvert, y compris en tant qu'ayant droit, via le régime complémentaire local Alsace-Moselle	ou A la date de prise d'effet de l'autre couverture		+ Renouveler la demande écrite et le justificatif chaque année
Salarié couvert, y compris en tant qu'ayant droit, via le régime des Industries Electriques et Gazières			

DISPENSES DEVANT TOUJOURS FIGURER DANS L'ACTE JURIDIQUE (régime santé)

Situation du salarié	Moment pour formuler la dispense	Fondement textuel	commentaire
Salarié présent dans l'entreprise avant la mise en la place des garanties par DUE, financées intégralement par l'employeur	À la mise en place des garanties	R. 242-1-6, 1°	Sur demande écrite du salarié + sans justificatif + uniquement si DUE. Contrairement à l'article 11 de la loi Evin, un financement 100 % employeur autorise l'exercice de cette dispense.
Salarié en CDD ou contrat de mission de + de 12 mois	A tout moment à moins que l'acte juridique n'encadre lui-même le moment d'exercice (conseillé en pratique)	R. 242-1-6, 2°, a)	Demande écrite + prouver l'affiliation à une garantie santé individuelle
Salarié en CDD ou contrat de mission de – de 12 mois		R. 242-1-6, 2°, b)	Demande écrite + pas de justificatif
Salarié dont l'adhésion aux garanties d'entreprise le conduirait à s'acquitter d'une part salariale excédant 10 % de sa rémunération brute		R. 242-1-6, 2°, c)	Demande écrite + comparaison de toutes les parts salariales (santé/ prévoyance / retraite) pour apprécier le seuil de 10 %
Salarié bénéficiaire, yc en tant qu'ayant droit, du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer	Circulaire DSS 25/09/2013		Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à l'autre complémentaire santé (certificat d'affiliation ou équivalent) + Renouveler la demande écrite et le justificatif chaque année
Salarié bénéficiaire, yc en tant qu'ayant droit, de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF)			
Salarié bénéficiaire d'une couverture, yc en tant d'ayant droit, d'une couverture listée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale	Arrêté du 26 mars 2012 (non codifié dans le CSS)		Sur demande écrite du salarié + Justifier de l'affiliation à l'autre complémentaire santé (certificat d'affiliation ou équivalent) + Renouveler la demande écrite et le justificatif chaque année. Cette liste de cas de dispense fait double emploi avec les dispenses d'ordre public issues du décret n°2015-1883 du 30/12/2015

⊕ L'employeur ne peut **pas imposer au salarié de se dispenser d'affiliation**. L'exercice de la dispense relève de la volonté du seul salarié. **Le salarié doit impérativement faire sa demande par écrit, comportant une mention selon laquelle il a bien été informé des conséquences de son choix par l'employeur et l'assortir du justificatif correspondant.**

» *Décret n° 2014-786 du 08 juillet 2014, codifié à l'article R. 242-1-6 du code SS*

⊕ Toutefois, par tolérance administrative, la DSS retient que s'agissant des dispenses de plein droit, le salarié peut simplement fournir une attestation sur l'honneur. Dans l'attente de la publication d'un modèle d'attestation (depuis janvier 2016), il est conseillé de continuer de recourir aux justificatifs de dispenses. Ces documents devront être **conservés précieusement par l'employeur**, en cas de contrôle URSSAF.

» *Question –réponse DSS du 29 décembre 2015*

⊕ L'entreprise doit aussi être vigilante :

- ⊕ sur la date d'expiration des dispenses afin d'affilier les salariés dès le lendemain de leur expiration ;
- ⊕ sur la conciliation entre les dispenses offertes et celles éventuellement prévues par la convention collective dont elle relève.

⊕ Il est déconseillé de recourir aux dispenses d'affiliation dans les régimes de prévoyance complémentaire car l'employeur pourrait faire échec à son obligation de consacrer **1,50% de la tranche 1** des rémunérations au financement d'une garantie de prévoyance au profit de sa population cadre.

- » Article 7 de la convention collective nationale des cadres du 14 mars 1947
- » Accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres

⊖ Toutefois seraient juridiquement exercables par les salariés les dispenses suivantes :

⊖ De plein droit : Salarié déjà présent dans l'entreprise avant la mise en place des garanties par DUE et sous réserve que le régime exige un financement salarial ;

- » Article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (loi EVIN)

⊖ Uniquement si l'acte juridique le prévoit : Salarié en CDD ou contrat de mission de – de 12 mois ou + de 12 mois si justificatif de couverture ; Salarié en CDD ou contrat de mission dont l'adhésion aux garanties d'entreprise le conduirait à s'acquitter d'une part salariale excédant 10 % de sa rémunération brute;

- » Article R. 242-1-6, 2[°] a), b) et c) du code SS.

⊕ Lorsque le régime constraint le salarié à inscrire ses ayants droit, certaines dispenses d'affiliation leur sont ouvertes de plein droit.

» *Article D. 911-3 du code SS*

» *Article R. 242-1-6, 2[°], f)*

» *Arrêté du 26 mars 2012 relatif aux facultés de dispense d'adhésion à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises*

⊕ Ces facultés de refus sont alors applicables aux ayants droit même en l'absence de leur mention dans l'acte juridique de mise en place des garanties. En pratique la dispense est alors exercée par le salarié pour le compte de l'ayant droit concerné.

» *Lettre-circulaire ACOSS n° 20150000045 du 12 août 2015*

④ Régime frais de santé

- ④ L'employeur doit financer 50 % des garanties mises en place par l'entreprise au profit du salarié, même si celles-ci s'avèrent supérieures au panier de soins minimum prévu par la généralisation de la complémentaire santé

» *Article L. 911-7 du Code SS*

- ④ Lorsque l'affiliation des ayants droit est rendue obligatoire par l'acte fondateur du régime, le financement patronal à 50% s'étend aussi à ces derniers.
- ④ **Le défaut de financement à 50% par l'entreprise ou la souscription d'un contrat inférieur au panier de soins ANI ne constituent pas une source de risque URSSAF**

» *Question –réponse DSS du 29 décembre 2015*

④ Régime de prévoyance complémentaire

- ④ La loi n'impose pas de minimum de participation patronale. Toutefois d'un point de vue fiscal, l'administration exige que les cotisations doivent comporter **une participation effective, significative de l'employeur, c'est-à-dire ne pas se limiter à une prise en charge des frais de commercialisation et gestion du contrat .**

» *BOI-RSA-BASE-30-10-20-20170621*

- ④ En pratique, une part patronale à partir de 25% est sécurisée.

Vigilance :
une
convention
collective peut
contraindre
l'employeur à
un niveau de
participation
minimale plus
élevé

Ne pas oublier
de concilier
avec l'exigence
du 1,50 % T1
s'agissant
d'une
population de
cadres.

⇒ En frais de santé, le contrat souscrit par l'entreprise doit être « solidaire et responsable » :

⇒ Interdiction de la sélection médicale individuelle ;

» Pas de questionnaire de santé au moment de la souscription du contrat et en cas d'inscription d'un nouveau salarié

⇒ Planchers de remboursements minimum

» Prise en charge du ticket modérateur sur tous les actes remboursés par la SS

» Prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée

» Forfait optique minimum

» 50 € pour les équipements à verres simples

» 200 € pour les équipements à verres complexes et très complexes

⊕ Plafonds de remboursement maximum

» Forfait optique plafonné

- » 420 € pour les équipements à verres simples
- » 700 € pour les équipements à verres complexes
- » 800 € pour les équipements à verres très complexes
- » Y compris la monture limitée à 100 €

» Si le contrat rembourse les dépassements d'honoraires médicaux : distinction des prises en charges entre les médecins adhérents à l'OPTAM et les non-adhérents

- » Adhérents : pas de limite, possibilité de rembourser jusqu'aux frais réels
- » Non adhérents : 200% BRSS y compris la SS
- » Delta de remboursement d'au moins 20% BRSS entre les adhérents et non adhérents

⊕ Interdiction de rembourser

- » Les participations forfaitaires et les franchises sur les consultations (1€), les boîtes de médicament (50 cent) et les transports sanitaires (2€)
- » Les majorations du ticket modérateur en cas non-respect du parcours de soins coordonné (exemple : absence de désignation d'un médecin traitant)

- ⊕ Respect de la réforme du « 100% santé » ;
 - » Suppression des restes à charge sur des paniers de soins réglementaires en audologie, dentaire, et optique
 - » Application du tiers-payant
- ⊕ Information du client sur le niveau des frais de gestion et de commercialisation du contrat
 - » Avant la souscription du contrat
 - » Puis annuellement
- ⊕ Information du client sur le niveau de S/P
 - » Avant la souscription du contrat
 - » Puis annuellement

Merci de votre attention