



Guide de la mutuelle d'entreprise

2014 : Loi "ANI", nouvelles règles du jeu

Ce guide est destiné à tous les responsables d'entreprise désireux de comprendre les principes et les modalités de mise en place d'une mutuelle collective en tenant compte de la loi "ANI"

SOMMAIRE

Que m'impose la loi "ANI" ?

Est-ce que mon entreprise est concernée par la loi "ANI" ?	4
Ce que la loi "ANI" change pour les entreprises	4
Quels sont les points principaux de la loi "ANI" ?	5
À partir de quand dois-je couvrir tous mes employés ?	7

Les questions à se poser avant de se lancer

Puis-je prendre les décisions seul en tant qu'employeur ?	8
Combien coûte une mutuelle d'entreprise ?	9
L'employeur paie-t-il l'intégralité de la cotisation ?	9
En quoi consistent les avantages fiscaux ?	10
Puis-je choisir le niveau de couverture de mes salariés ?	11
Dois-je couvrir le salarié seul ou également sa famille ?	11
Comment choisir l'assureur ?	11
Comment vérifier que mon contrat est éligible à l'exonération de charges sociales ?	12
Que dois-je prévoir pour les salariés qui quittent l'entreprise ?	13
Est-ce l'employeur qui rédige le contrat, ou l'assureur ?	14
Combien de temps serai-je engagé avec l'assureur que je choisirai ?	14

Les principales étapes de la mise en place ?

GLOSSAIRE

Les expressions marquées par une * sont précisées dans le glossaire.

INTRODUCTION

Saviez-vous que toutes les entreprises du secteur privé devront proposer une mutuelle de groupe à tous leurs salariés avant le 1er Janvier 2016 du fait de la mise en place de la loi "ANI" ?

Vous trouverez ici toutes les étapes nécessaires à la mise en place d'une mutuelle d'entreprise qui correspondra à vos obligations légales, à vos besoins et à ceux de vos salariés.



QUE M'IMPOSE LA LOI "ANI" ?

La loi sur la sécurisation de l'emploi, officialisée le 14 Juin 2013, transpose un accord national interprofessionnel ou "ANI". Cette loi a notamment pour objectif de généraliser l'accès à une mutuelle d'entreprise pour tous les salariés de toutes les entreprises françaises, avec un panier de soins minimal, et ce, au plus tard, le 1er Janvier 2016. En bref, toutes les entreprises privées vont devoir se munir d'une couverture santé collective, qui couvrira tous leurs salariés.



Est-ce que mon entreprise est concernée par la loi "ANI" ?

Toutes les entreprises privées, quel que soit le nombre de salariés et le domaine d'activité, sont concernées par la loi "ANI". Les associations sont également concernées.

Ce que la loi dite "ANI" change pour les entreprises

Voyons cas par cas, ce qui change concrètement pour une entreprise avec la loi "ANI" :

Avant "ANI"	Après "ANI"
 <p>Vos salariés ne disposent pas d'une mutuelle groupe.</p>	<p>Tous vos salariés doivent être couverts par une mutuelle d'entreprise obligatoire avant le 1er Janvier 2016.</p>
 <p>Une partie de vos salariés sont couverts en fonction de leur statut dans l'entreprise.</p>	<p>Attention vous devez couvrir tout votre personnel, cadre ou pas, avant le 30 juin 2014 pour continuer à bénéficier des avantages fiscaux .</p>
 <p>Tous vos salariés sont couverts par une mutuelle groupe.</p>	<p>Mettre en adéquation votre mutuelle santé et la nouvelle réglementation : il est possible que vous deviez changer des éléments de votre couverture pour qu'elle reste conforme à la législation et aux exigences de votre convention collective*.</p>

Quels sont les points principaux de la loi "ANI" *?

■ Le panier de soins minimum*

La loi "ANI"* prévoit un panier de soins minimum entériné par des décrets publiés en Août et en Septembre 2014. Les principaux éléments de ce panier sont déjà connus. En effet, on sait que, pour les prothèses dentaires, la couverture devra correspondre au minimum à 125% du tarif de la Sécurité Sociale et 100 euros par an en optique pour les lunettes à verres simples. Pour les autres postes, le panier devrait correspondre au minima imposé par les contrats responsables* (voir p12).

■ Une couverture pour tout le personnel salarié

Tous les salariés, cadres ou non cadres doivent être couverts par la mutuelle d'entreprise. L'entreprise ou les branches peuvent cependant choisir de faire des différences entre les catégories de salariés en fonction des coefficients hiérarchiques. Dans ce cas, elles doivent être en mesure de prouver à l'URSSAF (Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) que cette catégorisation a été faite de façon objective et qu'elle correspond à une réalité par rapport aux risques.

Il existe quelques rares cas de dispenses (voir détails p17).



■ La portabilité* pour les salariés qui quittent l'entreprise

Portabilité*

Lorsqu'un salarié quitte l'entreprise et est éligible au chômage, il peut choisir de rester couvert par la mutuelle et la prévoyance de son entreprise gratuitement et pendant 12 mois maximum.

Jusqu'à présent, la loi prévoyait une portabilité* optionnelle d'une durée maximale de 9 mois, avec l'"ANI"* la durée maximale de portabilité passe à 12 mois.

Autre point non négligeable : la portabilité*, qui était jusqu'à présent cofinancée par l'employeur et l'ancien salarié, sera désormais gratuite pour le salarié sortant, et sera à la charge de l'assureur. Afin de financer cette charge supplémentaire, la plupart des assureurs ont déjà revu à la hausse les cotisations depuis le 1er Janvier 2014. Ainsi, la portabilité* "gratuite" est en réalité financée par mutualisation, c'est à dire que les mensualités des actifs sont plus élevées en prévision de la gratuité pour les sortants.

Les mesures concernant la portabilité* s'appliqueront à partir du 1er juin 2014 pour la couverture santé et à partir du 1er juin 2015 pour la prévoyance (incapacité, invalidité, décès).

Attention, un salarié qui a démissionné, ou a été licencié pour faute lourde ne peut pas bénéficier de la portabilité.

La participation de l'employeur

Le financement sera pris en charge, a minima, à hauteur de 50% par l'employeur. La part imposée à l'entreprise pourra être supérieure à 50%, en fonction des différents accords de branche ou de l'issue des négociations de l'employeur avec les délégués syndicaux. Par exemple, dans le cas de la branche de l'habitat social, la cotisation pour la mutuelle d'entreprise est prise en charge à 60% par l'employeur et 40% par les salariés.

Pour connaître la part employeur dans votre convention collective*, rendez-vous sur www.kelassur.com/pro



Une couverture responsable*

La loi du 13 août 2014 oblige les chefs d'entreprises à mettre en place une couverture dite responsable*, s'ils veulent bénéficier d'une exonération sociale et de la déduction fiscale. Pour cela, le contrat doit respecter certains critères que nous détaillons dans la partie "questions à se poser".

Des accords de branche*

La loi prévoit des négociations dans les branches professionnelles*, afin qu'au sein d'une branche ou d'une convention collective*, on puisse imposer aux entreprises des conditions de couverture plus avantageuses que celles prévues par la loi: ainsi, il se peut que dans certaines branches, la participation de l'employeur soit définie au dessus de 50%, que la famille du conjoint doit être couverte, que la couverture minimum soit supérieure au panier initial... Les branches pourront également aboutir à des clauses de recommandation*, c'est à dire recommander un ou plusieurs assureurs aux entreprises de cette branche, mais sans que les entreprises soient de fait obligées de les choisir.

Les négociations au sein des branches professionnelles* ont commencé depuis le 1er juin 2013 et elles sont encore en cours. Si vous mettez en place une mutuelle d'entreprise aujourd'hui et qu'un accord de branche est signé par la suite, vous pourrez conserver votre contrat jusqu'à son échéance et devrez l'adapter au moment de le renouveler s'il ne correspond pas aux critères de l'accord de branche.

Pour les accords de branche qui existaient déjà avant "ANI", les contrats devront également être adaptés à échéance. C'est le cas par exemple pour les branches restauration et coiffure.

Suivez l'évolution de votre convention collective*

Il est important de vérifier, avant toute démarche vers la mutuelle de groupe, si votre convention collective* présente des conditions particulières. Vous pouvez trouver ces informations sur le site www.legifrance.gouv.fr ou contactez un conseiller Kelassur au 04 13 24 11 95 (numéro non surtaxé).

A partir de quand dois-je couvrir tous mes employés ?

L'ensemble des salariés de votre entreprise doit être couvert au 1er janvier 2016 par une couverture complémentaire santé. Cette couverture va se déployer étape par étape jusqu'à la date où tous les salariés devront bénéficier d'une mutuelle d'entreprise.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE MISE EN PLACE DE LA LOI

Négociations avec les partenaires sociaux pour les conditions spécifiques à chaque branche* ou convention collective

1er Juin 2013

Si aucun accord n'est conclu: négociations avec les délégués syndicaux

1er Juillet 2014

Pas d'accord et/ou pas de délégué syndical: décision unilatérale de l'employeur

Avant le 1er Janvier 2016

Tout le monde est couvert !

1er Janvier 2016

NB: "Tout le monde, sauf pour les cas de dispenses prévus par la loi, notamment les CDD et contrats de moins de 12 mois et personnes déjà couvertes par une mutuelle obligatoire en tant que conjoints."



LES QUESTIONS À SE POSER AVANT DE SE LANCER

Puis-je prendre les décisions seul en tant qu'employeur ?

Il existe trois modalités possibles pour mettre en place une mutuelle collective selon la situation de votre entreprise : la DUE* (décision unilatérale de l'employeur), le référendum* et l'accord d'entreprise.

Il vous faudra ensuite distribuer une notice d'information à vos employés. Vous avez également la possibilité de recourir au **référendum***, à savoir soumettre un projet de couverture collective à tous vos salariés. Pour être accepté, il devra être ratifié par la moitié de vos salariés. Dans le cas contraire, vous aurez la possibilité de passer par une DUE*.

Si votre entreprise a des délégués syndicaux : vous devez dès lors engager des négociations avec eux. Ces négociations aboutiront à un **accord d'entreprise** défini entre les organisations syndicales présentes dans votre entreprise, et vous-même. Si aucun accord n'est conclu, vous devrez tout de même mettre en place une mutuelle d'entreprise avant le 1er Janvier 2016, par DUE*.

Si votre entreprise n'a pas de délégués syndicaux, vous avez le droit de prendre les décisions seul, c'est-à-dire par **DUE***. Vous devrez alors respecter les conditions minimum imposées par l'ANI** ou déjà définies par votre convention collective*. Vous pouvez retrouver toutes les infos sur www.kelassur.com/pro.

“Le mode de décision choisi dépend essentiellement de la présence de délégués syndicaux dans l'entreprise.”



Combien coûte en moyenne une mutuelle d'entreprise ? Quels sont les critères qui déterminent ce coût ?

Le coût de la mutuelle est déterminé par chaque entreprise en fonction des critères suivants.

Les critères

- + Age des salariés
- + Département
- + Situation familiale des salariés
- + Convention collective* + taux de prise en charge
- + Négociations de branches avec certains assureurs

Par ailleurs, le coût variera en fonction des garanties proposées, notamment en matière de dépassements d'honoraires, de soins dentaires et optiques, de forfaits "bien être", et d'autres critères de service.

Le coût de votre contrat devrait être compris entre 20€ et 150€ par mois et par salarié, sachant qu'une partie de cette somme (au moins 50%) sera à la charge de l'entreprise, et l'autre partie à la charge de l'employé.

Pour obtenir une mutuelle au meilleur coût, comparez les chiffres! Obtenez facilement un devis sur

www.kelassur.com/pro/mutuelle-entreprise

L'employeur paie-t-il l'intégralité de la cotisation?



Selon la loi, l'employeur doit prendre en charge au minimum 50% de la cotisation. L'autre partie est prise en charge par le salarié et est déduite mensuellement de son salaire net, ce qui apparaîtra sur son bulletin de paie.

Toutefois, certaines conventions collectives peuvent imposer à l'employeur une prise en charge plus importante. Enfin, l'employeur peut également décider lui-même d'augmenter son niveau de prise en charge par rapport à ce que prévoit la loi et la convention collective*, et ce jusqu'à 100%.

En quoi consistent les avantages fiscaux ?

A condition de choisir un contrat responsable*, mettre en place une mutuelle d'entreprise s'accompagne des avantages fiscaux suivants :

- Pour le financement des prestations de frais de santé, votre entreprise est exonérée des cotisations sociales comprises dans les cotisations patronales.
- L'entreprise peut déduire les cotisations de son bénéfice imposable.

BON À SAVOIR

Financer une complémentaire santé pour ses salariés s'avère plus avantageux qu'une augmentation de salaire

Cas particulier :

Changement de fiscalité au 30 juin 2014 !

Attention, si votre entreprise couvre déjà un ou plusieurs salariés mais pas tous (par exemple: seulement les cadres, ou seulement le dirigeant)

A partir du 30 Juin 2014, si vous souhaitez conserver les avantages fiscaux déjà en place, vous devez vous assurer d'être en conformité avec le décret 2012-25 qui redéfinit les catégories objectives de personnel, ainsi que le caractère "collectif" et "uniforme" de votre contrat. Pour rester éligible à l'exonération de charges , votre contrat devra couvrir tous les salariés ou, au minimum, tous les salariés d'une même catégorie objective de personnel, et ce , avec une couverture identique, et une participation de l'employeur égale pour tous les salariés.

Donc, pour continuer à bénéficier des avantages fiscaux, il est possible que votre date butoir soit au 30 Juin 2014.

VOICI UN TABLEAU RÉCAPITULANT VOS AVANTAGES PAR RAPPORT À UNE AUGMENTATION DE SALAIRE :

	Augmentation de salaire	Participation à la complémentaire
Montant	50€	50€
Charges patronales	+25€	0€
Déduction fiscale	0€	-16,50€
Coût pour l'entreprise	75€	33,50€

Puis-je choisir le niveau de couverture de mes salariés ?

La loi définit le niveau de couverture des salariés selon un panier minimum avec la prise en charge des éléments décrits dans l'encadré ci-dessous

Le Panier Minimum "ANI"

- + Ticket modérateur*
- + Forfait journalier hospitalier*
- + forfait optique de 100€/an
- + 125% de la base remboursement des prothèses dentaires

Toutefois, votre convention collective peut vous imposer un panier de soins avec des prises en charge supérieures à celui prévu par l'ANI*. Vous pouvez également choisir par vous-même d'augmenter le niveau de prise en charge. Il vous faudra néanmoins prendre garde à ce que le contrat que vous proposez soit responsable.

Vous pouvez également choisir d'assurer différemment les catégories objectives de votre personnel (cadres ou non-cadres).

Dois-je couvrir le salarié seul ou également sa famille ?

La loi "ANI"* n'impose que la couverture pour les seuls salariés, ce qui, par défaut, n'inclut pas leurs familles. Toutefois, là encore, il est possible que la convention collective propose une solution différente et inclut la famille dans la couverture obligatoire.

Sachez que si vous choisissez d'étendre le contrat aux familles de vos employés, vous serez également exemptés de charges sociales.

FAUT-IL COUVRIR ABSOLUMENT TOUS LES SALARIÉS ?

Oui, la loi impose à l'entreprise de couvrir absolument tous les salariés, y compris en période d'essai, CDD etc. En revanche, les salariés ont la possibilité de refuser le contrat collectif de l'entreprise, s'ils bénéficient des conditions donnant lieu à une dispense*. Retrouvez les conditions de dispenses dans le glossaire.

Comment choisir l'assureur ?

Certaines conventions collectives peuvent recommander un ou plusieurs assureurs, mais l'entreprise n'a, en aucun cas, l'obligation d'y adhérer et peut donc choisir un autre organisme, puisqu'il s'agit bien d'une recommandation* et non d'une désignation*.

La façon la plus simple de trouver le meilleur assureur, avec des tarifs avantageux pour vous et vos salariés, est de procéder à une comparaison entre les différents organismes, via un comparateur en ligne. Vous pouvez également être conseillés par un ou plusieurs courtiers qui pourront vous orienter vers l'assureur le mieux adapté à vos besoins.

OBTENEZ LES
MEILLEURS DEVIS SUR

KelAssur.com

Que dois-je prévoir pour les salariés qui quittent l'entreprise ?

En cas de rupture de contrat avec l'entreprise, la loi "ANI" prévoit le maintien, et l'amélioration, de la portabilité des droits.

La portabilité des droits est issue d'une loi de 2008 qui permet aux salariés ayant droit à une indemnité chômage, du fait de la rupture de leur contrat de travail, de continuer à bénéficier du régime santé et prévoyance choisi par leur ancienne entreprise. La durée maximum de prolongement du contrat a été définie à 9 mois en 2008. Les cotisations de cette période pouvaient, jusqu'à présent, être cofinancées par l'employeur et l'employé.

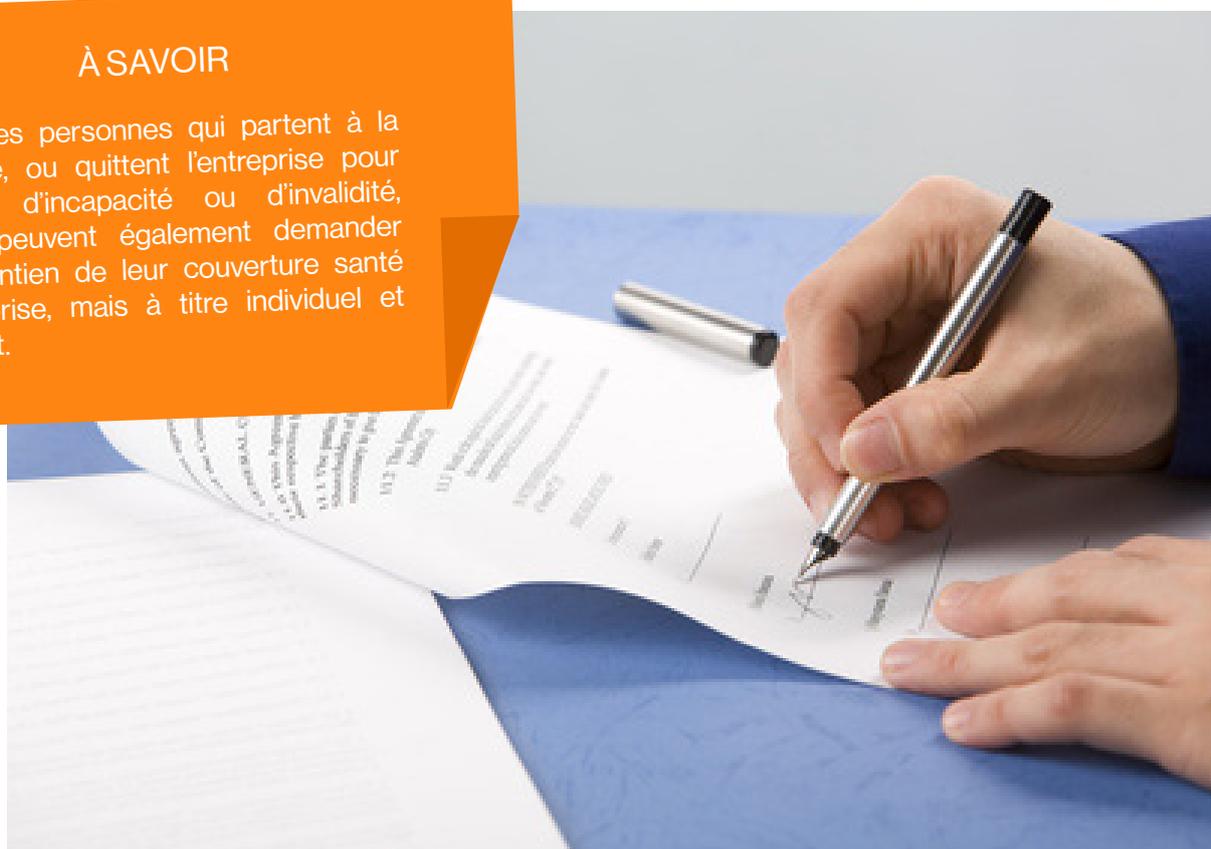
Cette mesure de portabilité ne s'applique pas en cas de rupture de contrat pour cause de faute lourde, ni en cas de démission. L'employeur doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail remis à l'employé lors de son départ de l'entreprise. Il doit également prévenir l'organisme assureur en cas de rupture du contrat de travail.

NOUVELLE PORTABILITÉ "ANI"

- 1) La portabilité* est étendue à 12 mois maximum (versus 9 mois jusqu'à présent). Cela s'applique toutefois dans la limite de la durée d'indemnisation chômage et dans la limite de la durée du contrat de travail.
- 2) La portabilité est gratuite pour les anciens salariés.
- 3) Les droits sont automatiquement maintenus à compter du 1er Juin 2014 pour toutes les garanties liées au risque santé et à partir du 1er Juin 2015 pour les garanties prévoyance, à savoir les garanties incapacité, invalidité et décès.

À SAVOIR

Pour les personnes qui partent à la retraite, ou quittent l'entreprise pour cause d'incapacité ou d'invalidité, elles peuvent également demander le maintien de leur couverture santé entreprise, mais à titre individuel et payant.



Comment vérifier que mon contrat est éligible à l'exonération de charges sociales ?

Pour pouvoir bénéficier de l'exonération de charges et de la défiscalisation, votre contrat doit être considéré comme "responsable"*, c'est-à-dire répondre aux critères suivants :

- En cas de non-respect du parcours de soins, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur* de la Sécurité Sociale.
- La participation forfaitaire* de 1€ et les franchises médicales ne sont pas prises en charge par la mutuelle.
- Les consultations et prescriptions suivantes doivent également être prises en charge par la mutuelle :
 - 30% des consultations chez le médecin traitant (ou autre médecin correspondant)
 - 30% des médicaments à vignette blanche (remboursés à 65% par la Sécurité sociale) prescrits dans le cadre du parcours de soin
 - 35% des analyses médicales prescrites par le médecin traitant

La mutuelle doit également communiquer annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés à la garantie en pourcentage des cotisations.



De plus, selon la loi de financement 2014, deux nouvelles conditions viennent s'ajouter pour caractériser un contrat responsable* et solidaire:

- La prise en charge intégrale, par la mutuelle, du ticket modérateur* pour toutes les prestations couvertes par l'assurance maladie.
- Un plafonnement sur les niveaux de remboursements des dépassements tarifaires sur les consultations, et sur les autres frais de santé, notamment sur les prothèses dentaires et l'orthodontie. Ce plafond sur les remboursements a pour but, notamment, d'encourager les médecins et praticiens dentistes à modérer leurs dépassements tarifaires. Ainsi, les dépassements d'honoraires ne seront désormais pris en charge qu'à hauteur de 125%, et 100% en 2017. Ceci s'applique uniquement si le médecin n'a pas signé un contrat d'accès aux soins (CAS)*. Dans le cas contraire, la prise en charge restera illimitée.

Concernant l'optique, la prise en charge à hauteur de 470€ pour une paire de lunettes à verres simples, 750€ pour des verres complexes et 850€ pour des verres très complexes. Pour les montures, la prise en charge est plafonnée à 150€

Il revient à l'assureur de vous informer du caractère responsable* ou non du contrat proposé.

DATES À RETENIR

Tout contrat souscrit ou renouvelé à partir de Janvier 2015 devra appliquer la nouvelle législation pour être considéré comme responsable. Pour les contrats antérieurs à la publication de la loi sur le Financement, les entreprises bénéficieront d'une dérogation et auront jusqu'à fin 2017 pour se mettre en conformité.

Est-ce l'employeur qui rédige le contrat, ou l'assureur ?

C'est l'assureur qui proposera un contrat à signer par l'employeur, puis un bulletin d'adhésion qui sera signé par chaque salarié et fera office de contrat individuel.

En revanche, il revient à l'employeur les responsabilités suivantes :

- Vérifier que le contrat est responsable* (ce sera mentionné dans les conditions générales).
- Vérifier que le contrat mentionne les conditions de portabilité.

Combien de temps serai-je engagé avec l'assureur que je choisirai ?

A priori, un contrat engage l'employeur pour un an. Il sera ensuite libre de changer d'organisme s'il le désire. De son côté, l'assureur peut revoir son tarif tous les ans. Il peut aussi choisir lui-même de ne pas prolonger le contrat s'il ne le souhaite pas.

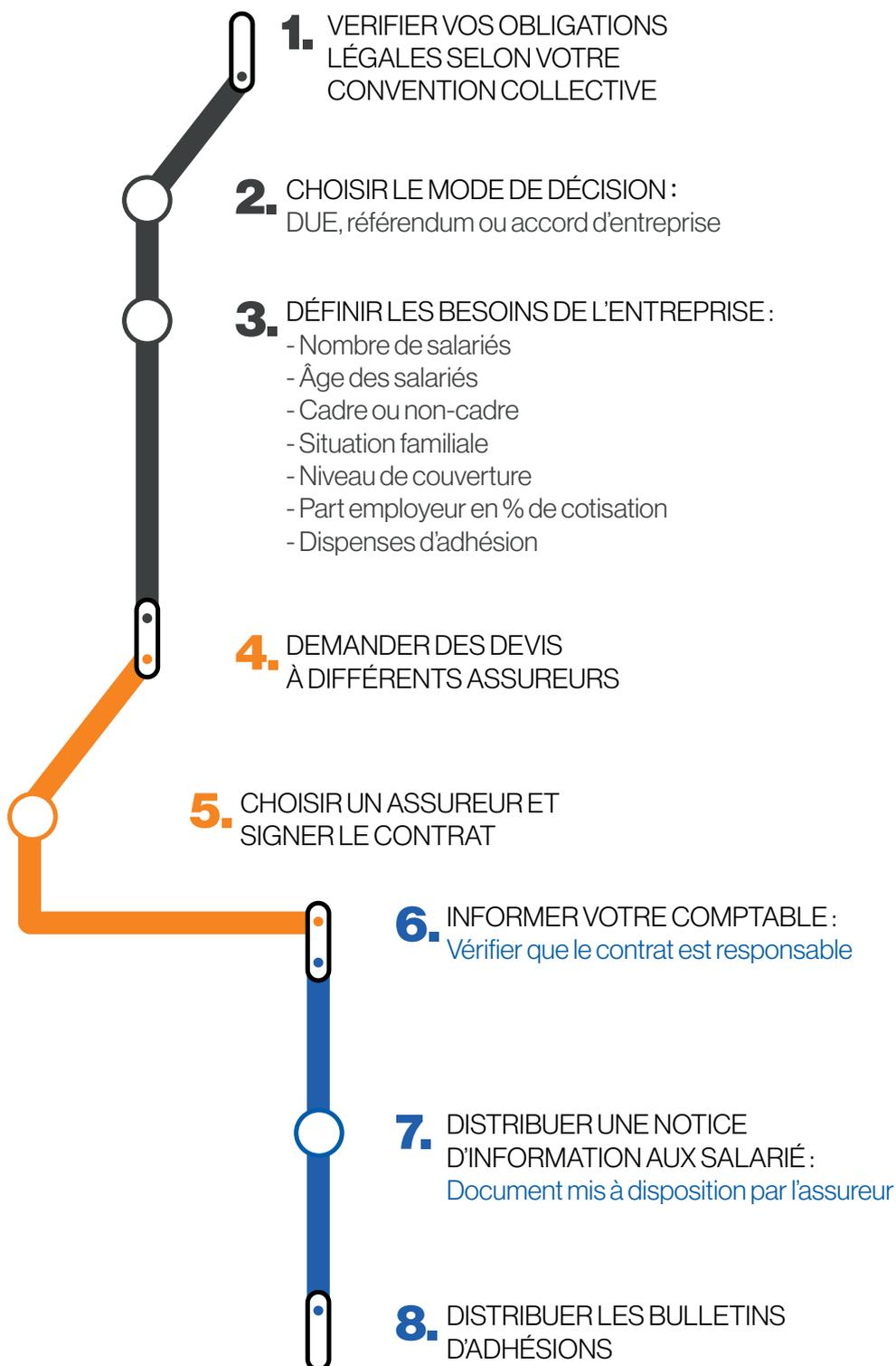


D'AUTRES QUESTIONS ?
CONTACTEZ UN CONSEILLERS AU
04 13 24 11 95 (numéro non surtaxé)

VOUS ÊTES PRÊT À
VOUS LANCER ?



LES PRINCIPALES ÉTAPES DE LA MISE EN PLACE



GLOSSAIRE

A

“ANI” : L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, transposé dans la loi du 14 juin 2013, consacre plusieurs engagements pris par les confédérations syndicales d'employeurs et de salariés. L'un des engagements principaux de cet accord concerne la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés d'ici le 1er janvier 2016.

B

Base de remboursement (BR) : La base de remboursement ou tarif de convention se définit comme la base de calcul de la Sécurité Sociale pour les frais de santé. Elle est déterminée via une convention entre les professionnels de la santé et la caisse d'assurance maladie. Chaque acte médical se voit ainsi attribuer un barème qui permettra de déterminer le taux de prise en charge par la Sécurité Sociale. La base de remboursement se compose du ticket modérateur ([voir p.19](#)), de la participation forfaitaire ([voir p.18](#)), et de la part remboursée par la Sécurité Sociale.

La base de remboursement est également utilisée comme référence par les mutuelles et assurances santé.

Attention la base de remboursement n'est donc pas égale à la part remboursée par la sécurité sociale, comme on le croit souvent. La SECU rembourse généralement environ 70% de cette base, et le reste (souvent 30%) , appelé "ticket modérateur", est à compléter par la mutuelle. Dans le cas d'actes conventionnés de secteur 1, le tarif réel des actes sera égal à la base de remboursement et donc un remboursement de 100% suffit. Mais dans beaucoup de cas, le tarif réel des actes peut atteindre plus du triple de la base de remboursement. D'où le besoin de remboursements de 200%, 300% et même au

delà , de la part de la complémentaire santé! NB: on trouve souvent la Base de remboursement mentionnée sous les initiales "BR " , "BRSS" ou TC.

Branche professionnelle : Une branche professionnelle, regroupe des entreprises du même secteur d'activités économiques, et partage une même convention collective.

C

Contrat d'accès aux soins (CAS) : Il s'agit d'un contrat signé par des médecins s'engageant à modérer leurs dépassements d'honoraires et à ne pas dépasser le double du tarif de la Sécurité Sociale. Ce contrat concerne plus particulièrement les médecins de secteur 2 qui peuvent définir librement leurs tarifs. Pour les patients, le taux de remboursement pour une consultation chez un médecin adhérent au CAS s'aligne sur ceux des médecins de secteur.

Convention Collective : La convention collective est un texte règlementaire, elle résulte d'accords entre les partenaires sociaux d'une même branche professionnelle (représentants des entreprises et des salariés), en vue de décider et de mettre en application des avantages sociaux pour les salariés de cette branche.

D

Désignation : Par clause de désignation, on appelle le fait que les partenaires sociaux des branches professionnelles octroient une exclusivité de gestion de la complémentaire santé de toutes les entreprises rattachées à un organisme assureur en particulier. Les clauses de désignation ont été jugées anticonstitutionnelles par le conseil de la concurrence , elles n'ont donc plus lieu d'être.

Les clauses de désignation qui existaient dans les conventions collectives cesseront donc de s'appliquer à date de résiliation des contrats en cours. Elles pourront être remplacées par des clauses de recommandations non-obligatoires.

Dispense d'affiliation :

Un salarié peut refuser d'adhérer au contrat de prévoyance et de complémentaire santé obligatoire mis en place par l'entreprise, à certaines conditions. Cette dispense ne peut être octroyée que pour les cas suivants :

- Les salariés ou apprentis en CDD, deux conditions doivent être remplies: L'acte juridique instituant le contrat de complémentaire santé collectif doit prévoir la faculté de dispense, et tous les documents justifiant d'une complémentaire santé souscrite par ailleurs doit être fournis.

- Pour les salariés ou apprentis en CDD inférieur à 1 an, une couverture santé souscrite par ailleurs n'est pas indispensable, toutefois la demande de dispense doit être faite par écrit.

- Les salariés à temps très partiel ou les apprentis, peuvent refuser une mutuelle collective obligatoire, si l'adhésion entraîne une cotisation au moins égale à 10% de leurs salaires. Et si le contrat groupe prévoit la faculté de dispense.

- Les salariés embauchés avant la mise en place de la mutuelle entreprise, si celle-ci résulte d'une décision unilatérale de l'employeur (DUE). Ou si le contrat collectif prévoit la faculté de dispense. Dans les deux cas, la demande de dispense doit se faire par écrit.

- Les bénéficiaires de la CMUC, de l'ACS ou d'une complémentaire santé individuelle, l'acte juridique instituant le contrat de complémentaire santé groupe doit prévoir la faculté de dispense.

L'exemption d'adhésion doit être faite par écrit. La dispense n'est valable que jusqu'à la date à laquelle le bénéficiaire ne profite plus de la CMUC, de l'ACS ou d'une complémentaire santé individuelle.

- Les bénéficiaires d'une complémentaire santé collective, doivent justifier chaque année de la couverture obligatoire dont ils bénéficient. La faculté de dispense doit également être prévue

DUE : La Décision Unilatérale de l'Employeur est un engagement auquel l'employeur a recours lorsqu'il souhaite instaurer unilatéralement les conditions de la mise en place de la mutuelle d'entreprise. Dans le cas de l'ANI, l'employeur ne peut en faire usage que lorsque les négociations avec les délégués syndicaux n'ont pas abouti ou en l'absence de délégués syndicaux.



F

Forfait journalier : Le forfait journalier ou forfait hospitalier représente les frais d'hébergement et d'entretien à la charge du patient pendant sa période d'hospitalisation, si celle-ci dépasse les 24H. Le forfait journalier n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie, mais peut être pris en charge par la mutuelle selon les garanties choisies. Toutefois, le patient peut être pris en charge pour le forfait journalier si il bénéficie de l'AME, de la CMU ou en cas de grossesse. De même, les accidentés du travail et les maladies professionnelles pourront être exemptés de paiement.

P

Panier minimum de soins : Par ce terme, on désigne l'ensemble des biens et services de santé dont le remboursement est prévu par la complémentaire santé, dans le cadre de la loi. Toute couverture collective mise en place devra respecter, sur chaque poste de soins, le palier minimum défini par décret.

Parcours de soins coordonnés : Depuis Août 2004, le parcours de soins coordonnés oblige les assurés à choisir un médecin traitant, qui servira de référent pour chaque consultation et les orientera, si nécessaire, vers un spécialiste. Le but, est de mettre en place pour chacun un dossier médical personnalisé qui permettra un suivi précis sur le long terme. Toute consultation d'un médecin spécialiste sur la recommandation du médecin référent permet ainsi au patient d'être remboursé de façon optimale par la Sécurité Sociale. Toutefois, si le parcours de soin n'est pas respecté, il sera moins bien remboursé.

Participation Forfaitaire : Depuis le 1er Janvier 2005, la participation forfaitaire, s'élevant à 1€, est demandée à tous les patients de plus de 18 ans à chaque consultation, acte médical, examen radiologique ou analyse de biologie médicale.

Cette mesure s'applique quel que soit le médecin choisi, que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonnés. Toutefois, vous en êtes exemptés si:

- Vous êtes âgé de moins de 18 ans
- A partir du sixième mois de grossesse et 12 jours après votre accouchement
- Si vous êtes bénéficiaire de la CMU ou de l'AME

Portabilité : C'est un dispositif qui permet, en cas de rupture de contrat de travail d'un salarié, un maintien à l'identique de la couverture complémentaire de l'ancien employé, pendant une durée de 12 mois maximum à la suite de la rupture de son contrat. La portabilité ne s'applique pas en cas de licenciement pour faute lourde, ni en cas de démission.



R

Recommandation : Contrairement à la désignation, la clause de recommandation désigne le fait que les partenaires sociaux d'une branche professionnelle recommandent aux entreprises membres de la branche un organisme pour la prévoyance ou la complémentaire santé. Les entreprises de la branche ont le choix d'adhérer ou non.

Référendum : Le projet de complémentaire santé peut être soumis aux salariés pour être entériné par référendum, par la majorité des salariés concernés. Attention, la mise en place d'une complémentaire est de toute façon obligatoire au 1er janvier 2016 : le référendum portera sur les conditions particulières de mise en place (part de l'employeur, niveau des garanties, prise en charge de la famille des salariés ou non...). Si le référendum n'aboutit pas, l'employeur devra utiliser le procédé de la décision unilatérale et en informer ses salariés.

Responsable : Pour éviter les abus de certains patients et praticiens, le gouvernement a mis en place en 2004 des critères définissant un contrat de couverture santé responsable. Ces critères, qui veulent responsabiliser les patients, exigent de la complémentaire santé de bien couvrir ses clients, sans pour autant encourager les dépenses inutiles.

S

Surcomplémentaire : On parle de surcomplémentaire, quand un salarié déjà couvert par une complémentaire santé, juge ne pas être suffisamment couvert, et souscrit à une autre complémentaire santé afin d'augmenter ses remboursements.



T

Ticket modérateur : C'est la partie de la BASE DE REMBOURSEMENT (BR) de la Sécurité sociale, qui n'est pas prise en charge par la sécurité sociale et reste à la charge du patient. Attention, ne pas confondre ticket modérateur et total du reste à charge: lorsqu'il y a dépassement d'honoraire, une complémentaire qui prend en charge 100% du ticket modérateur ne couvrira pas tout, puisque la partie au delà de la base de remboursement restera à charge du patient.

Par exemple, pour une consultation chez un spécialiste dont la base de remboursement est de 28€, si le tarif pratiqué par le médecin est de 40€, la sécurité sociale prendra en charge 70% de la BR, c'est à dire 70% de 28€ (19.60€), si la mutuelle couvre 100% du ticket modérateur, elle prendra en charge l'écart entre les 28€ et les 19€60 : elle remboursera 8.40€. le dépassement d'honoraire, de 12€ (40€ -28€) , reste entièrement à la charge du patient dans ce cas. D'où l'utilité de choisir une complémentaire santé qui couvre plus de 100% du BR ! Par exemple 150% ou 200%..."

KelAssur,
Toutes les assurances
des professionnels

KelAssur.com