



SOMMAIRE

L'acte fondateur

Le caractère collectif

- 1- Fin de la clause d'ancienneté
- 2- Critère n°2 : Tranches de rémunération

Le caractère obligatoire :

- 1- Le cas spécifique des salariés multi employeur.
- 2- Dispense et ayant-droit
La notion d'ayant-droit ?
Le régime social de la contribution versée pour les ayant-droit ?
- 3- Pas de dispense sans « conscience »

Le contrat responsable :

- 1- Résumé des garanties responsables :
Consultation et actes médicaux
Forfait journalier hospitalier
Dépassement d'honoraires
Optique
- 2- Régime transitoire du nouveau cahier des charges des contrats responsables

AU 1ER JANVIER 2016 ... « BONNE ANNEE ... BONNE SANTE ! »

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 oblige les entreprises, à compter du 1er janvier 2016, de couvrir leurs salariés en matière de frais de santé par des garanties collectives et obligatoires et cela quel que soit l'effectif de l'entreprise.

Attention, certains accords de branche ou d'entreprise ont anticipé ces obligations légales.

Cette obligation s'inscrit dans le cadre d'une réglementation très complexe. Ainsi au cours de ces dernières années, pas moins de 2 lois, 4 décrets et 5 circulaires, sont venues préciser les obligations des entreprises en matière de protection sociale complémentaire et des modalités d'assujettissement aux cotisations sociales des contributions des employeurs dans le cadre des régimes en place.

La règle paraît simple : j'ai des salariés, je mets en place une mutuelle et je finance 50 % de la cotisation équivalant au panier minimum.

Simple ? C'est oublier les contrôles URSSAF et les règles applicables du code de la sécurité sociale.

La part de cotisation payée par l'entreprise (au moins 50 %) est exonérée de charges sociales et considérée comme une charge lors de la détermination du bénéfice imposable. La part de cotisation payée par le salarié est, de son côté, déduite de son revenu imposable.

Toutefois, ces exonérations sont possibles, si, et seulement si, toutes les règles imposées par la législation de la sécurité sociale sont respectées ...

Pour résumer, l'employeur doit disposer :

- d'un acte fondateur (Accord de branche, Accord d'entreprise, Décision Unilatérale de l'Employeur - « DUE »),
- d'un contrat collectif, (Couverture de l'ensemble des salariés ou d'une catégorie objective)
- d'un contrat obligatoire, (avec des possibilités de dispenses d'adhésion sous certaines conditions)
- de garanties conformes au panier minimum
- de garanties conformes au contrat responsable

Chaque condition est subordonnée au respect de règles contraignantes qui elles-mêmes, ont nécessité, et nécessitent encore, des précisions.

En dernier lieu, le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 et la circulaire n° 2015-0045 du 12 août 2015 viennent apportées des précisions.

L'acte fondateur :

Il est impératif de mettre en place une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE) ou de négocier un accord d'entreprise. Si un accord de branche a été conclu, il faut impérativement s'y reporter et l'appliquer.

Le caractère collectif :

1- Fin de la clause d'ancienneté

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 impose la couverture de l'ensemble des salariés. Or la réglementation URSSAF permettait d'inclure une clause d'ancienneté de 6 mois maximum au sein des contrats de frais de santé. Cette clause est apparue en contradiction avec les règles de droit du travail.

Le décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014 et la circulaire n° 2015-0045 du 12 août 2015, ont effectivement rappelé qu'**aucune condition d'ancienneté ne peut être retenue pour l'ouverture du bénéfice au contrat de frais de santé.**

« Lorsque ce n'est pas déjà le cas dans l'entreprise, l'article 1er de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoit que la **couverture santé** devra bénéficier à tous les salariés. A cette date, aucun salarié ne pourra être exclu d'une couverture santé au titre d'une clause d'ancienneté d'un contrat (...) ».

2- Critère n° 2 : Tranches de rémunération

Pour bénéficier des exonérations sociales sur la cotisation employeur, l'URSSAF impose que le contrat frais de santé soit proposé à l'ensemble des salariés de la société ou l'ensemble des salariés appartenant à une même catégorie objective.

La circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 a apporté des précisions sur les 5 catégories objectives pouvant être retenues :

- Critère n° 1 : catégories cadres / non cadres
- Critère n° 2 : tranches de rémunération
- Critère n° 3 : catégories des conventions collectives
- Critère n° 4 : sous-catégories des conventions collectives
- Critère n° 5 : catégories issues d'usages

En pratique, beaucoup d'entreprises utilisent le critère n° 1 : cadre / non cadre qui ne présente pas de difficulté spécifique dès lors que l'acte fondateur a bien défini les salariés appartenant à la catégorie cadre et à la catégorie non-cadre.

Le décret du 8 juillet 2014 a apporté des précisions quant à la rédaction de 4 des 5 critères, notamment concernant le critère n° 2 : « tranches de rémunération ».

- La référence à un seuil de rémunération implique la constitution, au plus, de deux catégories de salariés sur la base de ce critère ;
- Il ne peut être constitué une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche définie par l'article 6 de la convention AGIRC, à savoir 8 plafonds ;
- La tolérance selon laquelle les salariés dont la

rémunération est soit inférieure ou égale, soit supérieure ou égale à 2 plafonds peuvent constituer une catégorie objective n'est pas remise en cause. En outre, les catégories objectives définies en référence à 3 plafonds (limite supérieure de la tranche 2 de la convention ARRCO) sont toujours admises.

En résumé : peuvent donc être retenus les seuils en référence à 1, 2, 3 et 4 PASS ainsi que le seuil inférieur à 8 PASS.

Le caractère obligatoire :

Si l'entreprise doit, en application de la loi de sécurisation de l'emploi, faire bénéficier l'ensemble de ses salariés d'un contrat de frais de santé au 1^{er} janvier 2016, il existe toutefois, à condition que l'acte fondateur le prévoie, des cas de dispense autorisée, concernant :

- les salariés à durée déterminée et des apprentis, avec l'obligation spécifique pour ceux titulaires d'un contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois, de justifier par écrit qu'ils sont déjà couverts à titre individuel pour les mêmes garanties, en produisant tous documents utiles ;
- les salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute,
- les salariés bénéficiaires de la CMU-C ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Dans ces cas, la dispense, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite ;
- à condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant de l'un des dispositifs de protection sociale complémentaire suivants (cf. arrêté 26 mars 2012 modifié) :
 - dispositif de protection sociale complémentaire présentant un collectif et obligatoire selon les modalités rappelées par la présente circulaire (ainsi, la dispense d'adhésion ne peut jouer, pour un salarié ayant-droit au titre de la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire) ;
 - régime local d'Alsace-Moselle ;
 - régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) ;

- mutuelles des fonctions publiques dans le cadre des décrets n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- contrats d'assurance de groupe dits « Madelin » ;
- régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

En outre, certains salariés peuvent demander à ne pas adhérer au régime de frais de santé sur le fondement de l'article 11 de la loi EVIN, à condition que :

- le régime soit mis en place par DUE et non par accord de branche ou d'entreprise,
- le salarié soit embauché avant la mise en place du régime de frais de santé.

Concernant les cas de dispense, le décret du 8 juillet 2014 et la circulaire du 12 août 2015 ont apporté des éclaircissements sur les points suivants :

1- Le cas spécifique des salariés multi employeur.

Les salariés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, ne disposent pas du droit d'être dispensés d'adhésion à ce seul motif.

Il est simplement permis que la contribution patronale fasse l'objet d'un partage par quotes-parts entre chacun des employeurs selon les conditions qu'ils déterminent conjointement.

Le décret du 8 juillet 2014 n'exige pas que le partage soit nécessairement prévu dans l'acte juridique instituant le régime de garanties complémentaires.

En revanche le caractère collectif ne pourra être considéré comme respecté au regard du montant de la contribution patronale, qu'à la condition qu'il puisse être justifié, par tout moyen, de la situation « multi employeurs » du salarié et de la répartition de la contribution patronale entre les employeurs concernés.

2- Dispense et ayant-droit

Le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 prévoit que peuvent être dispensés d'adhésion : « A condition de le justifier chaque année, des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

Ainsi, une société A peut mettre en place un régime de frais de santé s'appliquant obligatoirement aux ayant-droit de ses salariés. L'ayant-droit engagé au sein d'une société B, pourra être dispensé d'adhésion au régime mis en place par cette dernière, à condition qu'elle ait prévu ce cas de dispense.

Deux précisions ont été apportées à ce titre :

La notion d'ayant-droit ?

La circulaire n° 2014-0000002 du 4 février 2014 précise que cette « notion ne renvoie pas à celle applicable en matière de sécurité sociale mais aux règles définies par chaque régime au sens qu'en donne l'accord ou la décision unilatérale : il s'agit donc, par construction, des personnes bénéficiant, au titre de la cotisation versée par le salarié, des prestations du régime (soit, le cas échéant, le conjoint et les enfants, selon les définitions données par le texte institutif) ».

Le régime social de la contribution versée pour les ayant-droit ?

Le décret du 8 juillet 2014 prévoit que les contributions patronales finançant des garanties complémentaires au profit des ayants-droit des salariés bénéficient de l'exclusion de l'assiette des cotisations si elles sont mises en place à leur profit, à titre obligatoire, sous réserve des dispenses autorisées.

3- Pas de dispense sans « conscience »

Le décret du 8 juillet 2014 renforce l'information des salariés sur les conséquences des dispenses dont ils peuvent se prévaloir en exigeant que la demande du salarié mentionne expressément qu'il a préalablement été informé des conséquences de son choix.

A ce titre, il faut que le salarié reconnaisse avoir conscience qu'il ne bénéficiera pas :

- du régime de frais de santé mis en place,
- de la prise en charge par son employeur de tout ou partie du financement,
- du maintien des garanties en cas de chômage indemnisé (portabilité prévue par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale)
- de la possibilité de maintien des garanties en cas d'incapacité, d'invalidité ou de départ à la retraite à sa charge (article 4 de la loi EVIN du 31 décembre 2009)

Le contrat responsable :

En matière de prévoyance complémentaire «Frais de santé», le respect du cahier des charges des contrats responsables est une des autres conditions exigées pour le bénéfice de divers avantages sociaux et fiscaux.

L'employeur doit impérativement prendre contact avec l'organisme frais de santé choisi afin de vérifier que les conditions proposées par lui sont conformes au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

1-Résumé des garanties responsables :

Consultation et actes médicaux :

Obligation de prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur (TM), à l'exception : des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie (médicament dont le service médical rendu est modéré ou faible) ; de l'homéopathie ; des cures thermales.

Forfait journalier hospitalier :

Obligation de prise en charge intégrale sans limitation de durée, à l'exception des établissements médico-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) pour lesquels la prise en charge par l'organisme complémentaire reste facultative.

Rem : «Depuis le 1er janvier 2010, le forfait journalier est de 18 €/jour en hôpital ou en clinique privée conventionnée, et de 13,50 €/jour en psychiatrie

Dépassement d'honoraires :

Obligation de plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Rem : Si le médecin n'a pas signé le CAS, le contrat d'assurance ne pourra prendre en charge les dépassements d'honoraires qu'à hauteur maximum de 125 % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité sociale dans un premier temps (2015 et 2016) puis à 100 % de ce tarif à compter de 2017.

Optique :

Si le contrat prévoit des remboursements au-delà du Ticket Modérateur, le contrat responsable doit inclure :

- des garanties situées entre un plancher et un plafond sur les équipements optiques en fonction des corrections,
- la limitation de la monture à 150 € maximum par équipement (verres + monture),
- la limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans. Cette limitation est ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

2- Régime transitoire du nouveau cahier des charges des contrats responsables :

Si la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a posé les bases d'un renforcement de ce cahier des charges, le calendrier d'entrée en vigueur de la réforme ayant par la suite été modifié par une loi de financement rectificative du 8 août 2014. Au final, c'est seulement en novembre 2014 qu'un décret a défini le nouveau cahier des charges à respecter. Compte tenu de l'échelonnement de ces textes, une période transitoire a été prévue et reprise par la circulaire du 19 novembre 2014.

Acte fondateur mis en place <u>avant</u> le 19 novembre 2014	
Pas de modification de l'acte fondateur du 19 novembre 2014 au 31 décembre 2017	Le régime relève de l'ancien cahier des charges des contrats responsables jusqu'au 31 décembre 2017. Le nouveau cahier des charges s'applique à partir du 1 ^{er} janvier 2018.
Acte fondateur modifié ou mise en place <u>à partir</u> du 19 novembre 2014	
Contrat ou bulletin d'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur est déjà en cours au 1 ^{er} avril 2015	Le régime relève de l'ancien cahier des charges des contrats responsables jusqu'au renouvellement du contrat ou du bulletin d'adhésion ou jusqu'à sa prochaine échéance (et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017).
Contrat ou bulletin d'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur a été modifié ou conclu à partir du 1 ^{er} avril 2015	Application immédiate du nouveau cahier des charges des contrats responsables. Idem si le régime qui serait modifié entre le 19 novembre 2014 et le 31 mars 2015, mais dont la modification ne serait intégrée au niveau du contrat ou du bulletin d'adhésion que le 1 ^{er} avril 2015 ou à une date ultérieure

La législation en la matière étant particulièrement complexe, il reste encore de nombreuses questions en suspens. Il est en outre,

Pour conclure sur une note un peu plus positive : l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a pour ambition d'atténuer les effets d'un redressement en cas de contrôle des cotisations de sécurité sociale issues des régimes collectifs de prévoyance complémentaire en place dans l'entreprise.

Ce projet pourrait limiter le coût du redressement aux seules sommes « litigieuses », sans remettre automatiquement en cause l'ensemble des cotisations de l'employeur au régime.

Affaire à suivre ...

Parlons-en ensemble !