

NOTE INFORMATIVE

CONTRAT FRAIS DE SANTE

Chers clients,

En vertu de la loi ANI, depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur du secteur privé, entreprise et association, a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salariés, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Ces contrats d'assurance santé sont dits « collectifs » et « obligatoires », car ils concernent théoriquement tous les salariés, quels que soient leur statut, leur fonction ou leur ancienneté. Et ces derniers ne peuvent pas, en principe, refuser d'adhérer à la mutuelle qui leur est proposée.

1. Obligations de l'employeur :

Loi du 14 juin 2013

1 - Votre entreprise dépend d'une convention collective nationale et l'accord de branche prévoit des dispositions obligatoires:

Dans ce cas, l'accord s'applique dans votre entreprise et vous devez souscrire un contrat de complémentaire santé collective pour vos salariés dans les conditions définies par cet accord.

Vous avez néanmoins la possibilité de souscrire un contrat avec des garanties d'un niveau supérieur aux conditions de la convention collective.

2 – Votre convention collective ne prévoit aucune disposition pour la garantie frais de santé :

- Si votre entreprise est dotée d'un délégué syndical, vous devrez ouvrir des négociations d'entreprise au plus tôt et négocier la mise en place d'une couverture pour tous vos salariés.

- Si vous n'avez pas de délégué syndical, vous pouvez dès à présent souscrire une couverture santé collective afin d'anticiper votre obligation.

3 - Aucune référence d'accord de branche ou d'entreprise n'existe pour vos salariés

Dans ce cas, l'employeur devra mettre en place une couverture santé au profit des salariés. Le contrat collectif devra proposer un panier de soins minimum précisé par décret.

L'entreprise choisit librement l'assureur, auprès de qui elle négocie le contrat d'assurance.

Les partenaires sociaux de la branche peuvent recommander un organisme. Dans ce cas, cette recommandation doit intervenir après une procédure de mise en concurrence préalable.

La couverture des ayants droit (enfants ou conjoint) du salarié n'est pas obligatoire, mais l'employeur (ou les partenaires sociaux) peut décider de les couvrir aussi.

2. Comment mettre en place votre contrat collectif et obligatoire ?

Si vous respectez **strictement** les dispositions de votre convention collective, vous n'avez aucune autre formalité à effectuer.

Dans le cas contraire, la mise en place de votre contrat doit être formalisée par un acte juridique qui peut prendre la forme :

- d'un accord d'entreprise dans le cadre d'une commission paritaire (employeur et délégués syndicaux)
- d'un référendum auprès des salariés
- d'une décision unilatérale de l'employeur, constatée par un écrit remis à chaque salarié.

L'acte juridique doit prévoir les conditions d'application du contrat, ainsi que les cas éventuels de dispense d'adhésion, prévus en plus des cas de dispense d'ordre public qui s'imposent à l'employeur.

Il est à noter qu'il est essentiel de pouvoir fournir ce document à l'URSSAF en cas de contrôle. Le Pôle Social peut vous proposer ses services pour la rédaction de cet acte juridique.

3. Conditions du contrat :

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes :

- la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste étant à la charge du salarié) ;
- le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum) ;
- le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans les cas où le salarié peut refuser la mutuelle (voir paragraphe suivant).

En cas de suspension du contrat de travail, la couverture doit être maintenue lorsque le salarié est en cours d'indemnisation. En revanche, si la suspension n'est pas indemnisée (congé parental par exemple), le maintien de la mutuelle n'est pas obligatoire.

4. Garanties minimales ou « panier de soins » :

Le panier de soin doit répondre au cahier des charges des contrats responsables.

La couverture « frais de santé » établie par l'employeur doit donc :

- prévoir des planchers et des plafonds de remboursement pour certains frais (optique)
- exclure la prise en charge de certaines dépenses.

Le panier de soins minimal doit proposer les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- totalité du forfait journalier hospitalier ;
- frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel ;

- frais d'optique forfaitaire par période de 2 ans (sauf pour les enfants) avec un minimum de prise en charge, par exemple de 100 € pour une correction simple avec la monture ou 200 € pour des verres complexes avec la monture.

Certains contrats de frais de santé proposent en plus des garanties minimales des options supplémentaires, appelées aussi sur-complémentaires santé. Il s'agit principalement de complément de garanties pour les soins dentaires ou les frais optiques. Ces suppléments sont à la charge exclusive du salarié et prélevés généralement directement sur son compte bancaire personnel

5. Dispenses d'adhésion :

Il existe cependant des situations particulières, définies par l'**article L911** du Code de la Sécurité Sociale, dans lesquelles certains employés sont autorisés à ne pas accepter le contrat de mutuelle collective, même si l'acte juridique ne prévoit pas ces cas de dispense :

- Les employés recrutés avant la mise en place de la complémentaire santé d'entreprise ;
- Les employés bénéficiant déjà d'une mutuelle santé en tant qu'ayants droit du contrat collectif obligatoire de son conjoint ou auprès d'un autre employeur ;
- Les employés bénéficiant de la CMU ou de l'ACS ;
- Certains salariés et apprentis employés en CDD ou à temps très partiel...

Dans tous les cas, leurs employeurs restent toutefois dans l'obligation de leur proposer une solution de complémentaire santé collective, qu'ils auront ensuite la possibilité de refuser.

Pour information, il est conseillé aux chefs d'entreprise de conserver les justificatifs de dispenses qui pourront servir en cas de contrôle URSSAF. Ces justificatifs doivent être fournis chaque année.

La dispense est à l'initiative du salarié. La demande doit être adressée au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place collective.

6. Portabilité :

Depuis le 1^{er} juin 2015, le salarié dont le contrat de travail est rompu pour un motif autre qu'une faute lourde ou une démission peut continuer à bénéficier gratuitement de sa complémentaire santé.

Si le salarié a moins d'un an d'ancienneté, la durée de la portabilité est égale à celle de la période d'emploi. Par exemple, un salarié ayant travaillé trois mois dans l'entreprise aura droit au bénéfice gratuit de la mutuelle pendant trois mois. Au-delà d'un an d'ancienneté, la durée de la portabilité est limitée à une année.

Le maintien de ces droits prend fin si le demandeur d'emploi trouve à nouveau du travail pendant cette période.

Il est à noter que cette portabilité doit être mise en évidence dans le certificat de travail.

7. Exonération fiscale et sociale

L'employeur peut déduire de son bénéfice imposable sa part de contributions au financement du contrat frais de santé. Pour les entreprises à partir de 11 salariés une taxe de 8% doit être payée à l'URSSAF sur les cotisations patronales de prévoyance.

Si la participation de l'employeur reste raisonnable, le salarié est exonéré de charges sociales sur ces cotisations, à l'exception de la CSG.

A compter du 1^{er} janvier 2018, les entreprises qui n'ont pas mis en conformité leur contrat frais de santé pour les garanties légales perdront leurs exonérations fiscales et sociales liées au contrat responsable.

8. Risques en cas de mauvais fonctionnement ou « oubli » de mutuelle :

Non couvert par un contrat de santé collectif un salarié est ainsi tout à fait en droit d'intenter une action à l'encontre de son employeur qui aurait « oublié » la mise en place de la mutuelle collective, comme la loi l'y oblige.

Et bien qu'il n'y ait pas encore de jurisprudence en la matière, rien n'empêche d'imaginer que l'entreprise soit tenue de rembourser les frais de santé de ses salariés non pris en charge depuis le 1er janvier 2016.

Autre risque non négligeable, en cas de contrôle, le défaut de mutuelle obligatoire ou le non-respect des dispositions légales, peut entraîner un redressement Urssaf.

Pour rappel, en effet, la part de cotisation mutuelle payée par l'entreprise (50 % de la cotisation mensuelle) est à la fois exonérée de charges sociales et déductible du bénéfice.

En conséquence, l'entreprise qui aurait indûment bénéficié des exonérations sociales prévues par la loi ANI, par exemple avec un contrat de mutuelle non conforme, verrait ses exonérations et déductions annulées et son imposition recalculée à la hausse. De plus, un rappel de cotisations serait également demandé par l'URSSAF, entièrement à la charge de l'employeur.

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Le Service Social