

**BIEN COMPRENDRE**  
LES NOUVELLES RÉFORMES  
DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

en toute simplicité !



# LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

D'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises devront mettre à disposition de leurs salariés une couverture complémentaire santé.

## 1- En quoi consiste cette réforme ?

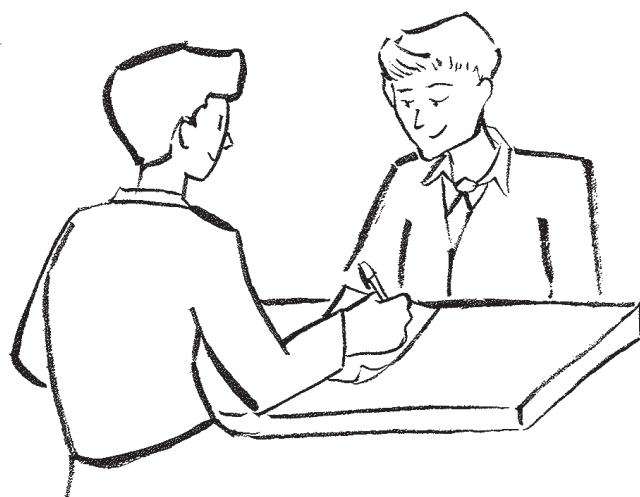
**La loi du 14 juin 2013** relative à la sécurisation de l'emploi modifie l'ANI (Accord National Interprofessionnel) initié le 11 janvier 2013 et entraîne des changements majeurs au sein de la protection sociale des salariés.

Cette réforme s'inscrit dans la continuité des lois de Finances 2014, en articulation étroite avec l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins, de l'ANI et de la réforme ACS (Aide à la complémentaire santé).

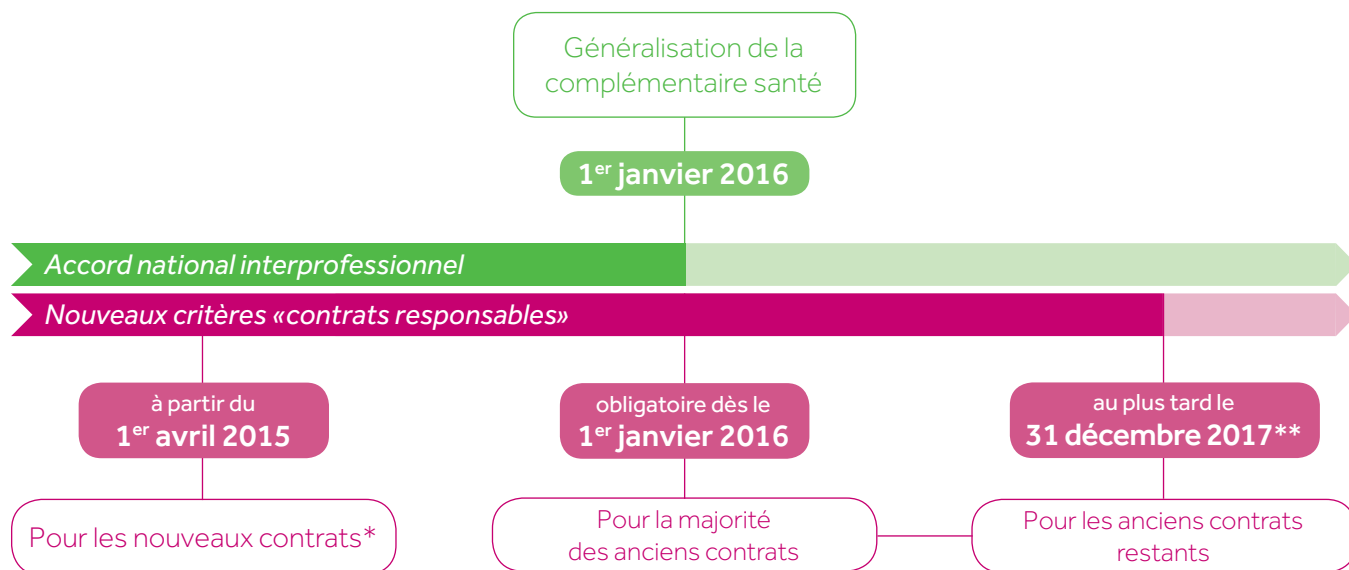
**Tous les salariés du domaine privé sont concernés.**

Ne sont donc pas concernés : les fonctionnaires, les étudiants, les chômeurs et les retraités.

Le régime est **obligatoire** pour le seul salarié et ne concerne donc pas ses ayants droit.



## CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE



\* individuels et collectifs facultatifs.

\*\* sous certaines conditions.

## 2- Que prévoit cette Loi ?

Cette Loi prévoit la mise en œuvre de plusieurs dispositifs destinés à maîtriser les dépenses de santé.

### LE PANIER DE SOINS :

Dans le cadre de la généralisation de la couverture santé d'entreprise, le panier de soins représente le niveau minimum des garanties à prévoir par l'employeur. **Le décret du 8 septembre 2014** publié au Journal Officiel le 10 septembre 2014 précise le contenu de ce panier minimum ainsi que les dispenses d'affiliation.

### La couverture minimale comprend la prise en charge :

1



#### De l'intégralité du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré

pour les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire, la pharmacie (à l'exception des médicaments remboursés à 30% et 15%), les frais d'appareillage...

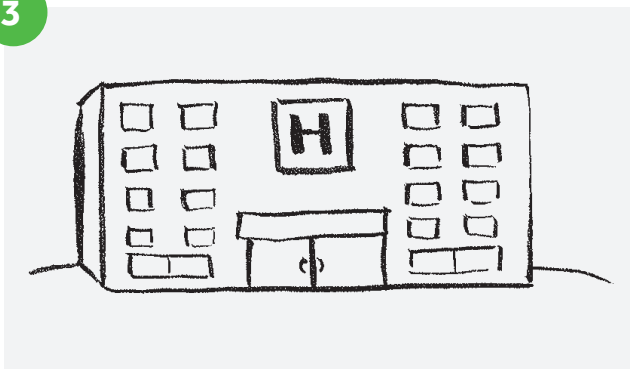
2



#### Des dépenses de frais dentaires prothétiques et d'orthopédie dentofaciale

à hauteur de 125% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

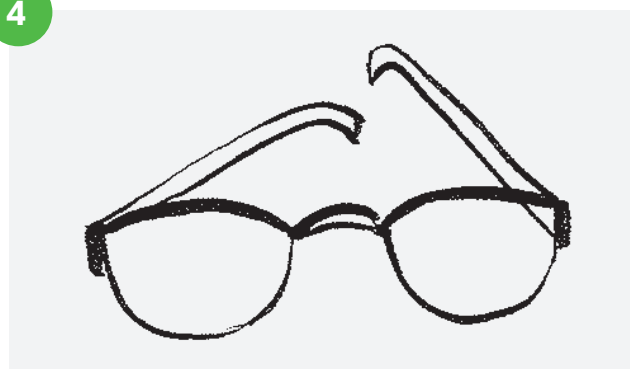
3



#### Du forfait journalier hospitalier

sans limitation de durée, sauf pour les EMS (Établissements médicaux sociaux).

4



#### D'un forfait tous les deux ans pour les frais d'optique

à hauteur de 100 € pour 2 verres simples, 200 € pour 2 verres complexes, multifocaux ou progressifs et 150 € pour les équipements mixtes. **Par équipement il faut entendre 2 verres + monture.**

## L'ANI (ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL)

Un Accord National Interprofessionnel (ANI) est un accord portant sur les conditions de travail et les garanties sociales des salariés. Il concerne par définition plusieurs secteurs d'activité des entreprises du territoire national.

Employeurs et organisations syndicales dialoguent et négocient pour trouver un compromis. L'accord, signé par les partenaires sociaux, peut donner lieu à un projet de loi présenté et voté au Parlement. Si l'accord est négocié au niveau national et concerne de nombreux secteurs d'activité, on parlera d'ANI. Mais il peut aussi concerner une branche d'activité spécifique, auquel cas on parlera « d'accord de branche ».

### 3- Quels sont les impacts pour les entreprises ?

En fonction de l'accord signé par les partenaires sociaux de chaque branche, les garanties fournies par l'entreprise, la cotisation et la date de mise en application peuvent varier. À noter que l'employeur devra financer au moins la moitié du coût des cotisations de ce contrat santé, quelle que soit la taille de l'entreprise.

#### LES MODALITÉS À METTRE EN PLACE :

- La mise en place et le délai de préparation dépend des dispositions antérieures de l'entreprise et de son appartenance ou non à une Convention Collective Nationale (CCN). Dans tous les cas, des négociations devaient être ouvertes avant le 1<sup>er</sup> juin 2013 pour les branches non dotées d'un régime « santé » afin de préciser le contenu et les niveaux des garanties de la complémentaire santé obligatoire, la répartition des cotisations, les dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié...
- > Pour les entreprises non dotées d'un régime « santé », ouverture des négociations.
- Si une entreprise n'est pas couverte par un accord de branche, elle devra négocier en interne. En l'absence d'accord d'entreprise, l'employeur devra instituer une couverture santé par décision unilatérale. Il appartiendra alors à l'employeur de trouver un contrat collectif et un assureur qui proposeront les garanties minimales fixées par voie réglementaire.
- Si une entreprise est couverte par un accord de branche, les négociations se passent à ce niveau. À chaque entreprise de se renseigner sur les dispositions et recommandations établies par celle-ci.



#### LES AVANTAGES :

- Une politique sociale reconnue : la prise en charge de la cotisation à hauteur de 50% par l'entreprise constitue un excellent outil de motivation et de fidélisation des salariés.
- Des avantages sociaux et fiscaux : les contributions patronales sont exonérées de charges sociales et non imposables dans certaines conditions.
- Des conseils et un tarif négocié : les entreprises proposeront à leurs salariés une couverture collective à un tarif négocié et elles bénéficieront des conseils d'un professionnel de la protection sociale.

## 4- Quels sont les changements pour l'adhérent ?

La loi renforce également le **dispositif de portabilité** des anciens salariés en étendant la durée maximale de **9 mois à 12 mois** et en généralisant le financement par mutualisation.

### LES AVANTAGES POUR LE SALARIÉ :

#### Un coût intéressant :

une protection santé collective est financée en partie par l'entreprise, avec des niveaux de remboursement garantis sur les dépenses essentielles de santé : hospitalisation, consultations de spécialiste, soins dentaires, optique etc. Elle permet de protéger éventuellement les ayants droit, conjoint et enfant(s).

#### Des conditions d'adhésion avantageuses :

le salarié profite d'une protection immédiate sans questionnaire de santé.



#### Des services complémentaires :

proposées selon le choix de l'organisme assureur (tiers payant national, assistance, espace client privé...).

#### Le maintien des garanties :

les garanties sont maintenues dans le cadre de la portabilité des droits sans contribution financière, pour les salariés bénéficiant de l'assurance chômage qui voient leur contrat de travail rompu (pour un motif autre qu'une faute lourde) et qui adhèrent au régime en place.

Tous les salariés doivent se voir proposer par leur employeur une complémentaire santé collective à adhésion obligatoire. Il existe toutefois des **cas de dispenses prévues par décret**, par exemple pour les salariés embauchés postérieurement à la mise en place des garanties, disposant déjà d'une couverture individuelle au moment de la mise en place des garanties. Cette dispense vaut **jusqu'à échéance du contrat individuel**.

# FOCUS SUR LE CONTRAT RESPONSABLE

La réforme du **Contrat responsable** s'inscrit dans la continuité des lois de finances 2014, en articulation étroite avec l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins, de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) et de la réforme de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).

La refonte du Contrat responsable porte tout d'abord sur la fiscalité des contrats. La Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) est portée au taux de **14% pour les**

**contrats non responsables** et demeure de **7% pour les contrats responsables**.

En parallèle, les exonérations de charges prévues pour les contrats collectifs sont maintenues et **reposent sur deux critères** : les contrats souscrits doivent être **responsables** et avoir également un caractère **collectif et obligatoire**, conformément au décret du 9 janvier 2012 sur les catégories objectives.

La nouvelle version du Contrat responsable reprend les obligations et les interdits de l'ancienne version et en prévoit de nouveaux :



#### **Pour l'hospitalisation :**

une prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée (sauf EMS et EHPAD).



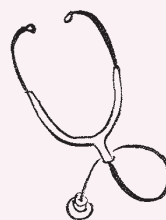
#### **Pour l'optique :**

des remboursements plafonnés par type d'équipement tous les 2 ans.



#### **Pour les frais médicaux :**

100% du ticket modérateur



#### **Dépassement d'honoraires médicaux :**

meilleure prise en charge pour les médecins adhérents au contrat d'accès aux soins.

Aujourd'hui, **si près de 94%** des contrats sont responsables, **plus des trois quarts des contrats collectifs seraient non conformes** au nouveau cahier des charges.

Une évolution des garanties est donc à prévoir sur ces contrats, afin qu'ils conservent leur caractère responsable, **la baisse éventuelle de garanties pouvant être compensée par une surcomplémentaire**.

## GLOSSAIRE

### Accord de branche

L'accord de branche est un accord conclu par les représentants des salariés et des employeurs d'entreprises d'un même secteur d'activité. Son objectif est d'organiser les conditions de travail, les garanties sociales, mais également d'améliorer et de compléter les dispositions du Code du travail pour les entreprises d'une même branche professionnelle. Le détail de la couverture sociale est consultable dans la convention collective.

### Accord national interprofessionnel

Accord conclu entre une ou plusieurs organisations professionnelles d'employeurs et une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives au plan national en vue de déterminer les conditions de travail et/ou les garanties sociales. Lorsque cet ANI fait l'objet d'une procédure d'extension par les pouvoirs publics, il s'applique obligatoirement à tous les employeurs relevant du champ interprofessionnel. Le hors champ comprend principalement l'agriculture, l'économie sociale et les professions libérales.

### Complémentaire santé d'entreprise

Contrat d'Assurance maladie complémentaire souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés à titre obligatoire, et généralement de leurs ayants droit, à titre facultatif.

Synonyme : contrat groupe, contrat collectif, assurance collective, garanties collectives

### Contrat responsable

Caractère obligatoire d'un contrat complémentaire santé d'entreprise pour ouvrir droit aux avantages fiscaux et sociaux pour l'employeur et les salariés. Pour être « responsable », un contrat complémentaire santé doit respecter un cahier des charges fixé par les pouvoirs publics, avec des interdictions de remboursement – par exemple la participation forfaitaire de 1 euro – et a contrario des obligations de prise en charge – notamment pour les consultations réalisées dans le parcours de soins.

### Panier de soins

Ensemble de garanties qui fixe un niveau minimum et maximum de prise en charge des frais de santé. Le panier de soins ANI constitue le niveau minimum de garanties au bénéfice des salariés dans le cadre de la loi de généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

### Surcomplémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire ou d'un premier niveau de garantie sur certains postes de soins.

### Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'assurance maladie.

### EMS

> Établissement médico-social

Les EMS sont des institutions qui pratiquent l'hébergement médico-social pour les personnes dépendantes ou partiellement dépendantes ne pouvant plus vivre à domicile.

### EHPAD

> Établissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

Un EHPAD est un établissement médico-social accueillant principalement des personnes âgées, aussi bien autonomes que très dépendantes.

### CMU

> Couverture maladie universelle

La CMU de base facilite l'accès aux soins et leur remboursement à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie.

### CAS

> Contrat d'accès aux soins

Le CAS est un contrat dont le contenu est négocié nationalement entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux représentatifs signataires de la convention médicale, proposé à l'adhésion individuelle des médecins de secteur 2, et à certains médecins de secteur 1, notamment les anciens chefs de clinique. Le contrat d'accès aux soins est destiné à favoriser l'accès aux soins pour des patients en permettant que ceux-ci soient mieux remboursés.

Pour les dépassements d'honoraires médicaux :

- si le patient fait appel à un médecin adhérent au CAS, il bénéficie d'une meilleure prise en charge ;
- s'il fait appel à un médecin non adhérent, il bénéficie d'un remboursement limité.

# LA MUTUELLE UMC : NOS NOUVELLES GARANTIES RESPONSABLES ET SOLIDAIRES

Soucieuse de vous offrir le meilleur service, la Mutuelle UMC a revu ses garanties santé et propose, aux particuliers comme aux entreprises, de toutes nouvelles gammes de garanties conformes à la réglementation sur les contrats responsables.

## NOTRE OFFRE

### PARTICULIERS

**Varial Santé Particuliers,**  
ce sont 6 formules, correspondant  
à 6 niveaux de garanties et 3 packs  
optionnels, pour vous permettre de choisir  
la complémentaire santé qui vous ressemble !

### ENTREPRISES

- **Varial Santé Entreprises Modulable**  
(jusqu'à 100 salariés)  
Choix entre 6 niveaux de garanties  
obligatoires et 2 options facultatives
- **Varial Santé Sur Mesure**

Pour découvrir les nouvelles offres santé responsables qui vous sont destinées,  
contactez-nous à l'adresse [mutuelle-entreprise@mutuelle-umc.fr](mailto:mutuelle-entreprise@mutuelle-umc.fr),  
et consultez notre site [www.mutuelle-umc.fr](http://www.mutuelle-umc.fr).

POUR EN SAVOIR PLUS  
sur cette nouvelle réglementation,  
consultez sur le site  
notre FAQ (Foire Aux Questions)  
« Généralisation  
de la complémentaire santé ».



Bien vous accompagner, c'est notre métier.

Mutuelle UMC - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007 - Siège social : 35 rue Saint Sabin 75011 Paris - Adresse postale : MUTUELLE UMC 35 RUE SAINT SABIN 75534 PARIS CEDEX 11 - [www.mutuelle-umc.fr](http://www.mutuelle-umc.fr) - Agissant sous l'autorité de l'ACPR ( Autorité de contrôle prudentiel et de résolution ) - 61 rue taitbout 75436 Paris Cedex 11.

