LE GUIDE ESSENTIEL POUR L'EXONÉRATION SOCIALE EN ENTREPRISE

Ce qu'il faut savoir sur la conformité des contrats pour vos clients

Partenaire Expert-Comptable

Vasa

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 03

Objectif du guide 04

Définition de la protection sociale 04

Le cadre légal :
les garanties solidaires et responsables 05

Fonctionnement de la participation employeur 07

Le caractère obligatoire de la garantie 08

Modalité de mise en place du régime 12

Le principe de responsabilité dans la
complémentaire santé collective 13

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée 14

Modalité d'encadrement de la prise en
charge des équipements OPTIQUE 15

Traitement social et fiscal des cotisations
de prévoyance et de frais de santé 19

AVANT-PROPOS

Ce guide a été construit pour simplifier l'étude de la question de la conformité des contrats de protection sociale complémentaire.

- La loi Fillon du 21.08.2003.
- Le décret n°2008 – 435 du 9.05.2005.
- La loi de financement de la Sécurité sociale du 19.12.2005 et précisées par la circulaire DSS du 30.01.2009 et par l'instruction fiscale du 25.11.2005.
- Le nouveau décret n°2012-25 du 09.01.2012 et le décret du 8 juillet 2014 modifient les conditions d'exonération sociale.
- L'arrêté du 26.03.2012 et le décret n° 2015-1883 du 30.12.2015, sont venus préciser certaines facultés de dispense d'affiliation à des systèmes de prévoyance collectifs et obligatoires mis en place dans les entreprises.
- La circulaire n°DSS/SD5B/2013/344 du 25.09.2013, précise les dispositions du décret n°2012-25 du 09.01.2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire et la circulaire n°DSS/SD2A/ SD3C/SD5D/2015/30 DU 30 janvier 2015 apportant des précisions quant aux contrats responsables, (contenu du nouveau panier de soins).

Ce guide mis à disposition gratuitement n'est pas un conseil juridique. Il ne saurait se substituer à un avis circonstancié d'un professionnel du droit. Cependant, si vous souhaitez plus de conseils, nos équipes restent à votre disposition.

OBJECTIF DU GUIDE

En notre qualité d'expert de l'assurance en France, nous souhaiterons attirer votre attention sur l'importance de vérifier que vos régimes de protection sociale complémentaire sont conformes aux critères énoncés par la loi.

À cet égard, nous vous proposons de vous référer à un guide qui vous aidera à faire le point sur la situation de vos contrats et sur les obligations qui en découlent.

Il est important de souligner que toutes les entreprises doivent respecter les mêmes règles afin de bénéficier des avantages sociaux réservés aux régimes de prévoyance et de frais de santé.

En effet, les conditions d'exonération sociale du financement patronal ont évolué à la suite de la publication du décret n°2012-25 du 09.01.2012, relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire, modifié par le décret n°2014-786 du 8 juillet 2014.

Il est donc crucial de s'assurer que les régimes de protection sociale complémentaire mis en place par votre entreprise répondent aux exigences lé- gales en la matière.

DÉFINITION DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale a pour but de couvrir différents risques tels que la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, l'accident du travail, ainsi que la maladie professionnelle. Il convient de noter que la dépendance est assimilée à de la prévoyance.

Ces prestations regroupent donc ce que l'on appelle les prestations de frais de santé et de prévoyance, qui comprennent notamment la Garantie arrêt de travail (sous certaines conditions).

Elles sont mises en place afin de garantir une couverture complémentaire en cas d'imprévus et de compléter les prestations du régime général de Sécurité sociale.

Afin de bénéficier de cette exonération, il est impératif que ces contributions soient destinées à financer des régimes répondant aux critères suivants :

Les prestations doivent être versées par un organisme habilité, à savoir les institutions de prévoyance, les mutuelles et les compagnies d'assurance.
AXA ou April sont des assureurs, Malakoff ou AG2R sont des organismes de prévoyance, Aesio ou Mutuelle Mieux-Etre sont des mutuelles.

Le régime doit avoir un caractère collectif, conformément à l'article R.242-1-1 et 1-2 du Code de la Sécurité Sociale (CSS).

En principe, le régime doit bénéficier à l'ensemble des salariés. Toutefois, il est possible de couvrir différemment les salariés en fonction de caté- gories objectives définies à l'article R.242-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Uniformité des garanties

Le texte se réfère à l'article R.242-1-3 du Code de la sécurité sociale et stipule que les garanties offertes doivent être uniformes pour tous les employés ou pour tous ceux appartenant à la même catégorie.

Cependant, pour les prestations de prévoyance complémentaire, il est possible de prévoir des garanties plus favorables pour certains employés en fonction de leurs conditions d'exercice de leur activité, à titre exceptionnel, sans que cela ne remette en cause le caractère collectif de ces garanties.

Il est important de préciser que les catégories de salariés pour lesquelles le régime est instauré doivent être définies de manière générale, impersonnelle et selon des critères non restrictifs.

Il existe **cinq critères objectifs alternatifs** pour identifier les situations identiques. Pour les critères 3 à 5, l'employeur doit justifier que la catégorie bénéficiaire englobe tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard du risque concerné.

Les cinq critères sont les suivants :

01 **L'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres telles que définies par les dispositions des articles 4 et 4 bis de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947 et de l'article 36 de l'annexe I de cette convention ;**

02 **Les tranches de rémunération définies pour le calcul des cotisations Agirc et Arrco ;**

03 **La place dans les classifications professionnelles définies par les CCN (Convention Collective Nationale) ou ANI (Accord Na- tional Interprofessionnel) ;**

04 **Le niveau de responsabilité, les types de fonction ou le degré d'autonomie dans le travail des salariés doivent correspondre aux sous-catégories fixées par les CCN ou ANI ;**

05 **L'appartenance au champ d'application d'un régime légale- ment ou réglementairement obligatoire assurant la couver- ture 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 condi- tions d'emploi ou des activités particulières, ainsi que l'appar- tenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession.**

Il est important de noter que toute catégorie déterminée dans le but d'accorder un avantage personnel ne peut être considérée comme «objective et non restrictive».
Par exemple, les mandataires sociaux salariés peuvent bénéficier des garanties collectives accordées à l'ensemble des salariés ou à la catégorie à laquelle ils appartiennent en qualité de salariés.
Les critères liés au temps de travail, à la nature du contrat de travail, à l'âge et à l'ancienneté du salarié ne peuvent pas être utilisés pour déterminer l'accès aux garanties collectives. Toutefois, une exception est faite pour l'accès aux garanties collectives pour les salariés remplissant une condition d'ancienneté, à savoir une ancienneté de 12 mois pour les prestations de retraite supplémentaires et les prestations destinées à couvrir les risques d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude ou de décès, et une ancienneté de plus de 6 mois pour la prestation dépendance.

Dans les cas où les garanties collectives ne couvrent pas l'ensemble des salariés de l'entre- prise, l'employeur doit être en mesure de justifier que la ou les catégories établies à partir de critères objectifs permettent de couvrir tous les salariés du régime de protection sociale envisagé. Toutefois, l'article R. 242-1-2 du Code de la Sécurité sociale établit une présomption de conformité des catégories objectives définies dans l'acte fon- dateur (décision unilatérale de l'employeur, accord collectifs, référendum cf. § 1.7), en fonction des critères retenus et de la nature de la garantie.

NOTA BENE

Vasa vous propose une solution d'accompagnement simple, rapide et sécurisée pour la rédaction et le suivi de vos DUE.
Pour en savoir plus, rendez-vous sur : **https://vasa.fr/offre**

Le décret n°2012-25 du 09.01.2012 établit des présomptions de conformité pour les régimes collectifs, tel que défini par l'article R.242-1-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ces présomptions s'appliquent aux régimes de retraite supplémentaire qui bénéficient à des catégories de salariés définies à partir des trois premiers critères mentionnés dans le § 1.2 du présent document. Les prestations destinées à couvrir la prévoyance décès, qui sont obligatoires pour les cadres en vertu de la convention Agirc du 14.03.1947 (conformément au premier critère énoncé dans le § 1.2), ainsi que celles couvrant le risque d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude, de décès (si le risque décès est associé à l'un des trois premiers risques cités) et de maternité bénéficient aux catégories de salariés établies à partir des deux premiers critères ou à partir du troisième critère si l'ensemble des salariés est couvert.

Les prestations destinées à couvrir les frais de santé bénéficient aux catégories de salariés établies à partir des critères autorisés, sous réserve que l'ensemble des salariés de l'entreprise soit couvert.

FONCTIONNEMENT DE LA CONTRIBUTION EMPLOYEUR

La contribution patronale relative aux garanties collectives à adhésion obligatoire s'inscrit dans le cadre de l'article R.242-1-4 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à cette disposition, la contribution de l'employeur doit être d'au moins 50% du montant de la cotisation exprimée en taux ou en montant pour tous les salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie objective.

Cependant, il existe des exceptions à cette règle, notamment lorsque l'employeur prend en charge l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis, ou encore lorsqu'il modifie les contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire et de frais de santé en fonction de la composition familiale du salarié.

Pour la retraite supplémentaire, l'incapacité de travail, l'invalidité ou l'inaptitude, l'employeur peut mettre en place des taux croissants en fonction de la rémunération, à condition que cette progression soit également appliquée aux contributions des salariés.

Il est important de souligner que la part de la contribution employeur doit être significative et que la prise en charge des frais de gestion du régime de prévoyance ne constitue pas, à elle seule, une participation significative.

En revanche, la prise en charge totale du financement du régime par l'employeur est possible, sous réserve du calcul de l'avantage fiscal et social en fonction des plafonds réglementaires. En cas de couverture couple ou famille, la part employeur n'est exonérée en totalité que si l'affiliation des ayants droit est obligatoire. Si leur affiliation est facultative, l'exonération est limitée à la part patronale de la cotisation «Isolé».

La réglementation permet aux salariés de souscrire des garanties de protection sociale complémentaire pour eux-mêmes ou pour leurs ayants droit en matière de retraite supplémentaire, de prévoyance et de frais de santé. Toutefois, si cette option est choisie, la part des contributions de l'employeur correspondant à cette majoration n'est plus exclue de l'assiette des cotisations sociales.

Attention : la contribution patronale ne doit pas se substituer à un élément du salaire

La contribution patronale ne doit pas se substituer à un autre élément de rémunération supprimé, en tout ou partie, depuis moins de douze mois et doit être identique pour tous les salariés.

LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE DE LA GARANTIE

Le régime de protection sociale complémentaire mis en place doit être obligatoirement affilié à tous les salariés ou à tous ceux d'une même catégorie objective.

Néanmoins, la réglementation prévoit des dispenses d'affiliation. Ces dispenses sont au choix de l'employeur et doivent être incluses dans l'acte fondateur qui régit les garanties pour les nouveaux régimes, qu'il s'agisse de l'acte fondateur initial instituant les garanties ou des actes fondateurs modificatifs ultérieurs. L'employeur doit conserver tous les justificatifs pour être en mesure de bénéficier des exonérations sociales et fiscales.

L'employeur doit demander à ses salariés les attestations manuscrites des demandes de dispense d'affiliation et, selon les tolérances applicables, les justificatifs correspondants.

Ces documents serviront en cas de contrôle de l'Urssaf.

Les dispenses d'affiliation valables à la date d'embauche ou à la mise en place du régime sont les suivantes :

les salariés bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée (CDD) ou d'un contrat de mission ainsi que les apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée au moins égale à 12 mois qui peuvent produire tous les documents justifiant de la couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties, ainsi que les salariés bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission et les apprentis bénéficiaires d'un contrat d'une durée de moins de 12 mois.

les salariés travaillant à temps partiel et les apprentis dont la cotisation (forfaitaire ou proportionnelle au revenu), serait au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.

les dispenses d'affiliation sont valables à tout moment pour les salariés relevant du ré- gime de sécurité sociale des gens de la mer (ENIM) ainsi que de la caisse de prévoyance et de retraite des personnes de la SNCF.

d'autres salariés peuvent bénéficier d'une dispense d'affiliation valable uniquement à la mise en place du régime par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE), tels que les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime et dont le financement du contrat santé est exclusivement pris en charge par l'employeur.

En vertu de l'article D.911-2 du code de la sécurité sociale, les employés ont la possibilité de se dispenser de l'adhésion à la couverture santé collective et obligatoire de leur propre initiative.

Bien que la liste des exemptions d'ordre public ne soit pas nécessairement incluse dans l'acte fondateur, l'employeur est tenu d'en informer ses employés.

Ci-dessous, nous énumérons les différents cas de dispenses d'adhésion :

DISPENSE D'ADHÉSION VALABLE UNIQUEMENT À LA MISE EN PLACE DU RÉGIME PAR DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR (DUE) :

Les employés qui étaient présents dans l'entreprise au moment de la mise en place initiale du régime, peuvent être dispensés d'affiliation s'ils doivent cotiser, sans que cela remette en cause le caractère obligatoire du contrat. Toutefois, les employés embauchés après la mise en place du régime doivent obligatoirement y adhérer.

DISPENSES D'ADHÉSION VALABLES À L'EMBAUCHE OU À LA MISE EN PLACE DU RÉGIME :

Les employés qui sont déjà couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de leur embauche si elle est postérieure, peuvent bénéficier de la dispense. Celle-ci ne peut être appliquée que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Les salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois peuvent également être dispensés d'adhésion.

DISPENSES D'ADHÉSION VALABLES À LA DATE À LAQUELLE PRENNENT EFFET LES COUVERTURES PAR AILLEURS ET SUR PRÉSENTATION DES JUSTIFICATIFS :

1/ Les employés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire peuvent être dispensés d'adhésion, mais celle-ci ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les employés cessent de bénéficier de cette couverture.

2/ Les employés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants peuvent également être dispensés d'adhésion :

- Dispositif de garanties remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 (régime collectif et obligatoire) ;
- Dispositif de garanties prévu par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ou par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents (régime des fonctionnaires d'Etat et territoriaux) ;
- Contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (régime Loi Madelin) ;
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en application des articles D.325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n°46-1541 du 22 juin 1946.

En somme, la dispense d'affiliation à la couverture santé collective et obligatoire peut être accordée dans diverses situations, et il est important pour l'employeur de les connaître et de les mentionner dans l'acte fondateur du régime, ou à défaut, d'en informer ses salariés.

NOTA BENE

Il importe que l'employeur soit toujours en capacité de démontrer avoir informé l'ensemble des collaborateurs. Lorsqu'une garantie mise en place est strictement conforme à un accord conventionnel, il est envisageable de considérer que la convention collective suffit. Cependant, les conventions collectives ne sont pas nécessairement à jour, et un défaut d'information peut vous être reproché. Nous invi- tons donc à rédiger systématiquement une DUE et la mettre à jour à chaque évolution légale.

Toutefois , il convient de souligner que ces dispenses ne doivent pas porter atteinte au caractère obligatoire du contrat, sauf dans le cas des salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place initiale du régime.
En outre, il est à noter que ces dispenses ne sont pas applicables aux garanties prévoyance et aux contrats collectifs facultatifs.
Enfin, si un salarié bénéficie d'une dispense d'affiliation, il doit en in- former son employeur et fournir les justificatifs nécessaires.

Qu'en est-il des ayants-droits ?

Au sein des régimes de protection sociale, l'affiliation des ayants droit peut être obligatoire. Dans
ce cas, l'employeur est tenu de les affilier non seulement lors de la mise en place du régime, mais également par la suite.

Dans cette situation, la contribution patronale est entièrement exonérée des cotisations de Sécurité sociale.
Si deux membres d'un couple travaillent pour la même entreprise et que la couverture des ayants droit est obligatoire, l'un des deux doit être affilié en propre, tandis que l'autre peut l'être en tant qu'ayant droit.

Les contributions de l'employeur en faveur de ce couple sont alors exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, conformément aux conditions définies dans la circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25/09/2013.

Cependant, la réglementation autorise des dispenses d'affiliation pour les ayants droit. D'une part, ces dispenses doivent être explicitement prévues dans l'acte fondateur initial instaurant les garanties ou dans les actes fondateurs ultérieurs, et l'employeur doit conserver l'ensemble des justificatifs sous peine de ne plus pouvoir bénéficier des exonérations sociales et fiscales.

Les ayants-droits bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire ainsi que les ayants droit couverts au titre d'une couverture individuelle peuvent bénéficier d'une dispense, jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de cette couverture.

D'autre part, une faculté de dispense d'affiliation des ayants droit est ouverte, au choix du salarié, sans que la liste des dispenses d'affiliation n'ait à figurer dans l'acte fondateur, sous réserve que les ayants droit bénéficient d'un contrat de santé collectif et obligatoire tel que défini dans l'article D.911-3 du code de la sécurité sociale.

Dans ce cas, il appartient au salarié de fournir annuellement les justificatifs de couverture de ses ayants droits.

Les ayants droit qui bénéficient de prestations servies au titre de certains dispositifs spécifiques peuvent également être dispensés d'affiliation. Ces dispositifs incluent notamment les contrats d'assurance de groupe issus de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle (régime loi Madelin), le régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en application des articles D.325-6 et D.325-7 du code de la sécurité sociale, le régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946, ainsi que le régime de sécurité sociale des gens de la mer (ENIM) et la caisse de prévoyance et de retraite des personnes de la SNCF.

MODALITÉ DE MISE EN PLACE DU RÉGIME

La mise en place d'un régime de prévoyance peut être effectuée par convention ou accord collectif, par référendum ou par Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE).
Si la DUE est utilisée, elle doit être formalisée par un écrit remis à chaque salarié et l'employeur doit conserver la preuve de la remise de cet écrit. Depuis une récente décision judiciaire, il est possible de démontrer la remise d'une DUE via une signature électronique.
Dès lors, c'est la solution que nous vous recommandons pour sécuriser totalement votre process de gestion, car son automatisation et sa facilité de conservation permettent d'éviter bien des risques.

Spécificités du BTP

Les régimes de prévoyance de base pour le BTP ont été mis en place selon différents accords collectifs et conventions collectives, en fonction des catégories professionnelles.

Le régime National de complémentaire santé a été mis en place pour l'ensemble des salariés non cadres et cadres selon un avenant à la convention collective nationale. Pour les Carrières et Matériaux, les régimes de prévoyance de base ont également été mis en place selon des accords collectifs.

Dans le cas particulier de la mise en place de la garantie Arrêts de travail (GAT), les contrats GAT Etam/cadres et les options 1 et 2 du contrat ouvrier sont considérés comme des primes d'assurance et ne sont donc pas soumis aux charges sociales.

Pour les options supérieures à 2 et mises en place par DUE ou référendum, la part de la cotisation correspondant au supplémentaire sera considérée comme une cotisation de prévoyance et donc soumise à CSG/CRDS et au forfait social. La contribution patronale sera alors assujettie au forfait social de 8% (si plus de 11 salariés) et à la CSG/ CRDS, mais ne devra pas être intégrée dans l'assiette des cotisations de Sécurité sociale dans les limites énoncées.

Il est important de respecter tous les critères de conformité pour ces régimes.

Maintien de la couverture après suspension du contrat de travail

Depuis l'épisode COVID, une modification importante du cadre légale a été apportée :
Le régime doit prévoir le maintien des garanties au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu, notamment pour les périodes avec maintien du salaire ou versement d'indemnités journalières.

NOTA BENE

Si cet élément n'est pas prévu dans votre DUE, nous vous invitons à la modifier en conséquence. C'est en effet une information essentielle à communiquer aux salariés

LE PRINCIPE DE RESPONSABILITÉ DANS LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE

Le 11 janvier 2019, un nouveau décret relatif au contrat responsable a été publié, prenant en compte les modifications apportées par la réforme du 100% santé. Ce texte est entré en vigueur à partir du 1er janvier 2020 (1er janvier 2021 pour les prestations d'audiologie). Ainsi, tous les contrats responsables doivent être conformes à ce décret.

Les exigences du contrat responsable sont définies comme un panier minimum de garanties à couvrir par le contrat responsable. Il est précisé que le contrat doit maintenir les obligations de prise en charge déjà existantes dans le cadre juridique précédent.

Ces obligations incluent la prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville tels que les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé, les médicaments à 65%, les soins dentaires, etc.

De plus, le contrat responsable doit prendre en charge la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation, tels que le remboursement du ticket modérateur à hauteur de 100% pour les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, ainsi que pour les consultations et actes externes des établissements de santé.

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion toutefois de celui facturé par les établissements médicaux sociaux (MAS, EHPAD, etc.), doit également être pris en charge.

Enfin, le contrat responsable doit obligatoirement prendre en charge les frais de l'assuré pour les équipements 100% Santé, tels que les soins et prothèses dentaires 100% santé, les aides auditives de «classe I» et les soins prothétiques dentaires définis par arrêté ministériel.

Les remboursements de ces équipements doivent être effectués dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) qui s'imposent aux opticiens et aux audioprothésistes, ainsi que dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF), fixés par la convention dentaire et auxquels sont tenus les chirurgiens-dentistes.

LE DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISE

Le 11 janvier 2019, un nouveau décret relatif au contrat responsable a été publié, prenant en compte les modifications apportées par la réforme du 100% santé. Ce texte est entré en vigueur à partir du 1er janvier 2020 (1er janvier 2021 pour les prestations d'audiologie). Ainsi, tous les contrats responsables doivent être conformes à ce décret.

Les exigences du contrat responsable sont définies comme un panier minimum de garanties à couvrir par le contrat responsable. Il est précisé que le contrat doit maintenir les obligations de prise en charge déjà existantes dans le cadre juridique précédent.

Ces obligations incluent la prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville tels que les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé, les médicaments à 65%, les soins dentaires, etc.

De plus, le contrat responsable doit prendre en charge la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation, tels que le remboursement du ticket modérateur à hauteur de 100% pour les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, ainsi que pour les consultations et actes externes des établissements de santé.

Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion toutefois de celui facturé par les établissements médicaux sociaux (MAS, EHPAD, etc.), doit également être pris en charge.

Enfin, le contrat responsable doit obligatoirement prendre en charge les frais de l'assuré pour les équipements 100% Santé, tels que les soins et prothèses dentaires 100% santé, les aides auditives de «classe I» et les soins prothétiques dentaires définis par arrêté ministériel.

Les remboursements de ces équipements doivent être effectués dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) qui s'imposent aux opticiens et aux audioprothésistes, ainsi que dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF), fixés par la convention dentaire et auxquels sont tenus les chirurgiens-dentistes.

LA MODALITÉ D'ENCADREMENT DE LA PRISE EN CHARGE DES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

**(Verres ou montures) hors 100% santé*

Respect de planchers et plafonds pour des verres et monture de classe B, distincts selon les catégories de verre :

Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère +cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries .

Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) .

Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont lasphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) .

Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) .

- **Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros** par équipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) .

- **Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :**

  - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00dioptries ;
  - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
  - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
  - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Cas d'un équipement mixte avec une monture de classe A et des verres de classe B (et inversement) :

Application du plafond de l'équipement de classe B, dans la limite des Prix Limites de vente sauf si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optique, un forfait verres d'une part et un forfait monture d'autre part (c'est le cas de la gamme) alors la prise en charge de chacun de ces postes s'effectuera dans la limite des garanties prévues (sans dépasser celle des contrats responsables). Le plancher de prise en charge inclut le ticket modérateur et le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Le plafond de remboursement inclut :

La couverture de la monture limitée dans tous les cas à 100 €, le ticket modérateur et le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Encadrement de la prise en charge des aides auditives hors 100 % santé (classe II) :

Plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive de classe II, incluant le ticket modérateur et le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire. Il ne comprend pas les prestations annexes à l'aide auditive, telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Périodicité et conditions de renouvellement :

Les équipements d'optique et les aides auditives connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.

Equipements optique 100% santé et hors 100% santé :

ASSURÉS DE 16 ANS ET PLUS :

Principe : prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans.

Dérogations :

- Période réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue, sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale, ou adaptation de la prescription par l'opticien lors d'un renouvellement de délivrance,
- Sans délai, pour les verres seuls, en cas d'évolution de la réfraction *(2)* liée à des situations médicales particulières bien définies (pathologie ophtalmique, pathologie plus générale, etc....).

ASSURÉS DE 6 ANS À MOINS DE 16 ANS:

Principe : une prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par an.

Dérogations : sans délai en cas d'évolution de la vue *(2)* objectivée par une nouvelle prescription médicale et encas de situations médicales particulières, pour les verres seuls (cf. ci-dessus).

ENFANTS JUSQU'À 6 ANS :

Principe : une prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par an.

Dérogations :

- Période réduite à 6 mois, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur,
- Sans délai, pour les verres, en cas de situations médicales particulières (cf. ci-dessus).

(2) Minimum de variation à respecter : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ou variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ou somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ou variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ou variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre(+) de 1,25 à 4,00 dioptries ou variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Application de ces dispositions à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge effectuées antérieurement sur les périodes indiquées.

Point de départ de la période de renouvellement :

Dernière facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle devra s'assurer avant d'effectuer le renouvellement du remboursement de l'absence de toute prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle.

Aides auditives 100% santé et hors 100% santé :

Principe : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant son acquisition : on entend par acquisition la date de facturation de ladite aide.
Le délai court séparément pour chaque aide auditive. Application de ces dispositions à compter du 1er janvier 2021, en tenant compte des 4 années antérieures.

Précisions : L'alinéa V.2.1 de l'article 1 de l'arrêté du 14 novembre 2018, portant modifi- cation des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, et entré en vigueur le 1er janvier 2019, précise les modalités de renouvellement des aides auditives : « *Le renouvellement de la prise en charge d'une*
aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. »

En synthèse, le contrat responsable impose uniquement de limiter la prise en charge par période de 4 ans.

Le renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge, et intervient notamment après prescription médicale (dans les conditions rappelées dans l'arrêté susmentionné).
En vue du remboursement au titre du présent I, le prescripteur atteste de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, de l'aide auditive, en précisant la raison, sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

Point de départ de la période de renouvellement : Dernière facturation ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire. La complémentaire santé devra aussi s'assurer avant d'effectuer le renouvellement du remboursement de l'absence de toute prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par l'assuré concerné.

TRAITEMENT SOCIAL ET FISCAL DES COTISATIONS DE PRÉVOYANCE ET DE FRAIS DE SANTÉ

En ce qui concerne l'entreprise, du point de vue fiscal, les contributions patronales destinées à financer les régimes de santé et de prévoyance sont déductibles du bénéfice imposable.

Pour les entreprises de 11 salariés et plus, le forfait social est également dû sur les contributions patronales destinées à financer les régimes complémentaires de prévoyance, sous réserve que les conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale et d'assujettissement à la CSG soient remplies.

Sur le plan social, les contributions patronales sont exonérées de charges sociales dans la limite de 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) + 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de la Sécurité sociale, le tout étant limité à 12 % du PASS. Elles supportent la CSG et la CRDS (sans abattement).

En ce qui concerne le salarié, du point de vue fiscal, les cotisations patronales sur les garanties Frais de santé sont imposables dès le premier euro et doivent être ajoutées à la rémunération prise en compte pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Les cotisations ou primes (y compris celles versées par l'employeur) sont déductibles dans les limites suivantes : 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute.

Le total des cotisations exonérées ne peut dépasser 2 % de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Du point de vue social, les cotisations salariales sont intégralement soumises à charges sociales, à la CSG et à la CRDS.

LE MOT DE FIN

Et voilà ! Après lecture de ce guide, vous devriez désormais avoir une base de connaissances assez solide sur la protection sociale d'une entreprise.

Vous avez apprécié notre travail ? Vous avez des questions ? Des suggestions de nouvel ebook ? Nous restons disponibles pour vous répondre.

Suivez-nous sur nos réseaux sociaux :

Ou envoyez-nous un mail à bonjour@vasa.fr. N'hésitez pas non plus à faire un tour sur notre blog et à vous inscrire à notre newsletter.

Nous répondons à tous vos messages et nous partageons régulièrement des astuces ou des conseils sur la protection sociale des entreprises !

À très bientôt,

L'équipe Vasa