

ADRESSE POSTALE : BP 342
64603 ANGLET CEDEX
TEL : 05 59 57 75 95 - FAX : 05 59 52 91 79
E-mail : aga@assaprol.fr
Site Internet : www.assaprol.com



Assurances prévoyance et santé : obligation et/ou acte de gestion

Réunion ASSAPROL – CECECOBA
du 27 janvier 2015

intervenante:
Stéphanie TASTET
OCSO ASSURANCES

“ASSURANCES PREVOYANCE ET SANTE : OBLIGATION ET/OU ACTE DE GESTION ?”

Un sondage récent (novembre 2014 – MetLife/CSA) réalisé auprès de plus de 400 patrons de TPE ou TNS, révèle que si trois dirigeants sur quatre déclarent avoir déjà souscrit une complémentaire santé, seulement 44 % détiennent un contrat de prévoyance pour maintenir leur revenu en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité, et 46 % une assurance décès...

Toujours selon ce sondage, si vous n'êtes que 67 % à avoir entendu parlé de l'ANI sur la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés, vous vous déclarez prêts à consacrer 48 € par mois et par salarié pour une complémentaire santé, et 52 € pour une prévoyance...

**Comment optimiser ces outils, entre obligation sociale et gestion
entrepreneuriale ?**

1er partie : LES REGIMES DE SANTE ET DE PREVOYANCE DES SALARIES :

Quelles sont les obligations légales (Loi sur le sécurisation de l'emploi) et/ou conventionnelles (Accords de branches, etc.) ?

A – SANTE DES SALARIES :

L'ANI du 11 janvier 2013 et la Loi de transposition dite de « Sécurisation de L'Emploi » organisent la généralisation des frais de santé, et réforment la portabilité des droits

1)- Au plus tard le 01/01/2016, tous les salariés devront être couverts par un régime de santé (ART L 911-7 Code Sécurité Sociale)

RAPPEL DU PRINCIPE : Obligation de négocier jusqu'au 31/12/2015, au niveau des branches professionnelles, ou au niveau de l'entreprise.

Le 01/01/2016, quelle que soit l'issue de ces négociations, **obligation de mettre en place au sein de chaque entreprise un régime minimal de remboursement de frais de santé, dit « panier de soins »**.

Les entreprises qui ont déjà mis en place un régime de remboursement de frais de santé, doivent respecter les dispositions ci-après, dans le cadre de la période transitoire (Loi du 08 août 2014 sur le nouveau contrat responsable).

2)- Les garanties devront respecter à minima le « Panier de Soins » ANI et à maxima le “Contrat Responsable”

PANIER DE SOINS :

- Prise en charge du ticket modérateur pour tous les actes, à l'exclusion :
 - médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par la SS,
 - homéopathie,
 - cures thermales.
- Prise en charge du forfait journalier en intégralité et sans limitation de durée,
- Prise en charge des soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale à hauteur de 125 % de la base de remboursement SS,
- Prise en charge des frais d'optique, sous forme de 3 forfaits (100 €, 150 et 200 € en fonction de la correction), limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par bénéficiaire, tous les 2 ans (1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

CONTRATS DITS « RESPONSABLES » :

Pour bénéficier des avantages sociaux, les contrats doivent être « responsables » et remplir les conditions du cahier des charges suivant :

- Ils doivent exclure la prise en charge :
 - de la participation forfaitaire de 1 €,
 - de la franchise sur les médicaments, actes d'auxiliaires médicaux et transport sanitaire,
 - de la majoration de la participation de l'assuré hors parcours de coordonnés,
 - des dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques pratiqués sur un assuré hors parcours de soins coordonnés.
- Ils doivent prendre en charge :
 - le ticket modérateur sur les tarifs des actes indemnisés par la SS, à l'exception des frais de cure thermale, des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 %, et de l'homéopathie,
 - le forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limitation de durée.
- Ils doivent encadrer la prise en charge de l'équipement optique (avec des valeurs planchers et des plafonds de garanties) selon la correction visuelle et la limiter à un équipement tous les 2 ans.
- Ils doivent limiter la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

cf. les grilles de garanties santé – contrats collectifs entreprise et contrats individuels 2015
(cf. annexe 1)

Le régime de remboursement de frais santé qui est ainsi mis en place dans les entreprises, qu'on appellera « régime socle », peut être complété par des formules facultatives, au choix et à la charge exclusive des salariés.

3)- Les modalités de mise en place du régime obligatoire : par une **Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)** à défaut d'accord de branche ou d'entreprise

Votre Convention Collective peut prévoir le contenu et le niveau des garanties, la répartition de la cotisation entre Employeur/Salariés, les dispenses d'adhésion ...

A défaut, et en l'absence d'accord d'entreprise, la Loi prévoit que le régime de remboursement de frais de santé doit être mis en place par **l'Employeur au moyen d'une Décision Unilatérale (DUE)**.

C'est l'acte fondateur de l'engagement de l'entreprise. Sans lui, le régime mis en place n'est pas **collectif, ni obligatoire** et ne peut bénéficier des exonérations sociales.

La DUE permet, notamment, de :

- Définir une ou deux catégorie(s) de salariés,
- Prévoir une ancienneté dans l'entreprise (**maxi 6 mois**),
- Définir la répartition du financement du régime entre Employeur/Salariés,
- Autoriser ou pas des cas de dispense d'adhésion,
- Rappeler que le contrat d'assurance est « responsable » au sens de la Loi,
- Définir les modalités de modification et de dénonciation.

L'employeur doit être en mesure **d'apporter la preuve écrite** qu'il a informé chaque salarié du contenu de la DUE : la DUE est opposable à chaque salarié compte tenu de son caractère collectif et obligatoire.

Les décrets des 9 janvier 2012 et 8 juillet 2014, ainsi que la Circulaire DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 précisent les conditions des contrats collectifs et obligatoires.

Que faut-il en retenir ?

- L'exonération sociale de la part patronale de vos cotisations d'assurance s'applique si le régime de santé couvre **l'ensemble des salariés de l'entreprise**.
- Toutefois, **en santé**, cette exonération sociale est également admise lorsque le régime couvre **l'ensemble des salariés regroupés dans deux catégories objectives de salariés** (cf. tableau des critères en annexe 2).
- Les salariés peuvent se dispenser d'adhérer sous certaines conditions (cf. annexe 3)

4)- Les cas de dispense (ART R 242-1-6 Code Sécurité Sociale)

L'employeur doit mettre en place et proposer à tous ses salariés un régime de remboursement des frais de santé.

Toutefois, **ces derniers ont la faculté de refuser d'adhérer au régime**, sous certaines conditions. Les cas de dispense doivent être mentionnés dans l'acte.

1- Salariés embauchés avant la mise en place du dispositif par DUE.

Le décret 2014 rappelle également que les salariés qui le souhaitent peuvent faire application des dispositions de l'article 11 de la Loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 lorsque le dispositif n'est pas financé intégralement par l'employeur puisque ce dernier ne peut contraindre ses salariés à **cotiser au futur système de garanties contre leur gré**.

2- Cas de dispense autorisés quelle que soit la date d'embauche :

- a) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée au moins égale à douze mois** à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle pour le même type de garanties ;
- b) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée inférieure à douze mois**, sans justificatif à fournir ;
- c) 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** ;
- d) Salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire **CMU-C** ou d'une aide **ACS**. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- e) Salariés couverts par une **assurance individuelle de frais de santé** au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- f) **Salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire**, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande écrite de dispense des salariés concernés. Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

5)- Portabilité des droits “santé”: les nouvelles règles applicables depuis le 01/06/2014 (ART L 911-8 Code Sécurité Sociale)

- Le champ d’application de la portabilité :

Tous les employeurs relevant du code de la sécurité sociale sont concernés par la portabilité.

- La durée de la portabilité

Précédemment fixée à 9 mois, **la durée maximale de la portabilité passe à 12 mois.**

Le maintien des garanties devient applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail (non consécutive d’une faute lourde) et pendant une durée égale à la période d’indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez le même employeur.**

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

- La fin du cofinancement

A compter du 01/06/2014, le financement de la portabilité est **mutualisé**, c'est-à-dire que son coût est supporté par les salariés actifs et l'entreprise puisque la loi pour la sécurisation de l'emploi prévoit que le maintien des garanties santé doit être réalisé « à titre gratuit » pour le bénéficiaire. Une augmentation des cotisations est alors appliquée pour **l'ensemble des salariés actifs et l'entreprise**.

- Information sur le certificat de travail

Le certificat de travail est également modifié, il doit préciser le maintien éventuel des garanties santé.

- Vérification de l'éligibilité de l'ancien salarié

L'ANI du 11 janvier 2008 prévoyait qu'il appartenait à l'employeur de vérifier la prise en charge par l'assurance chômage de son ancien salarié.

Cette vérification incombe désormais à l'organisme assureur. En effet, à compter du 1er juin 2014, l'ancien salarié doit justifier auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions requises pour bénéficier du dispositif (c'est-à-dire qu'il est bénéficiaire de l'allocation chômage).

De son côté, l'employeur doit informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

B – PREVOYANCE DES SALARIES

Hormis le volet « remboursement frais de santé » déjà traité, les trois garanties de la prévoyance sont :

- le décès qui peut recouvrir le décès toutes causes du salariés, de son conjoint ou d'un enfant à charge, le décès accidentel du salarié, le décès postérieur du conjoint du salarié, ou bien son décès simultané, etc.
- l'incapacité de travail du salarié,
- et l'invalidité absolue et définitive du salarié, ou temporaire.

Les démarches des entreprises en matière de prévoyance varient en fonction de nombreux critères : leur taille, le contexte, la convention collective de rattachement, les attentes des salariés, les budgets, etc.

La prévoyance est un véritable outil de gestion sociale, peu onéreux, mais trop rarement utilisé comme tel...

1)- Les régimes obligatoires issus de la Loi de 1978 (mensualisation) et des différents accords de branche (Conventions Collectives)

La loi sur la mensualisation a des conséquences sur les régimes de prévoyance, notamment pour l'indemnisation des arrêts de travail pour maladie/accident, sans franchise pour l'accident de travail et la maladie professionnelles, et avec une franchise de 7 jours pour tous les autres cas.

2)- Les modalités de mise en place des régimes collectifs et obligatoires de prévoyance

A défaut ou au-delà des accords de branche ou conventionnels (cf. convention collective applicable à l'entreprise) auxquels l'entreprise et les salariés doivent se soumettre, l'article L 911-1 du code de la sécurité sociale prévoit TROIS modes de mise en place :

- a) L'accord collectif d'entreprise ;
- b) Le référendum ;
- c) **La décision unilatérale de l'employeur (DUE).**

Dans le cas de mise en place par DUE, l'employeur décide seul d'instaurer des garanties collectives et obligatoires de prévoyance, **pour l'ensemble de son personnel ou pour certaines catégories d'entre eux.**

Contrairement au régime de santé, le ou les régimes de prévoyance mis en place dans l'entreprise ne doivent pas obligatoirement couvrir l'ensemble du personnel pour bénéficier des exonérations sociales, à la condition que le ou les catégories de salariés soient définies de façon **objective** (cf. annexe 2 sur les critères).

La DUE permet, notamment, de :

- Définir une ou plusieurs catégorie(s) de salariés,
- Prévoir une ancienneté dans l'entreprise (**maxi 12 mois**),
- Définir la répartition du financement du régime entre Employeur/Salariés,
- Autoriser ou pas des cas de dispense d'adhésion,
- Définir les modalités de modification et de dénonciation.

L'employeur doit être en mesure **d'apporter la preuve écrite** qu'il a informé chaque salarié du contenu de la DUE.

A défaut de dispositions conventionnelles contraires, la DUE peut prévoir les cas de dispense suivants :

1- Salariés embauchés avant la mise en place du dispositif par DUE :

Le décret 2014 rappelle également que les salariés qui le souhaitent peuvent faire application des dispositions de l'article 11 de la Loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 lorsque le dispositif n'est pas financé intégralement par l'employeur puisque ce dernier ne peut contraindre ses salariés **à cotiser au futur système de garanties contre leur gré.**

2- Cas de dispense autorisés quelle que soit la date d'embauche :

- a) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée au moins égale à douze mois** à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle pour le même type de garanties ;
- b) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée inférieure à douze mois**, sans justificatif à fournir ;
- c) 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.**

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande écrite de dispense des salariés concernés. Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

ATTENTION :

-La plupart des conventions collectives ne prévoient pas de cas de dispense et rendent obligatoire le régime de prévoyance pour telle ou telle catégorie de salariés (ouvrier, employé, agent de maîtrise) avec ou non une ancienneté requise.

Exemple : Convention Collective de la Métallurgie des Pyrénées Atlantiques et du Seignanx : l'employeur doit cotiser à hauteur de 0.30 % du montant de la rémunération effective garantie (REG) du mensuel classé au coefficient 190 pour une année complète de travail et pour chaque salarié.

-L'article 7 de la convention AGIRC du 14/03/1947 prévoit, pour les salariés relevant des articles 4 et 4 bis (=cadres et assimilés), l'obligation pour l'employeur de cotiser à hauteur de 1.50 % de la Tranche A, affecté par priorité au risque décès.

Enfin, le décret du 09/01/2012, qui définit les conditions requises pour pouvoir bénéficier de l'exonération sociale et fiscale, apporte la précision suivante concernant la PREVOYANCE :

Hormis le cas rappelé ci-dessus de l'article 7 de la CCN AGIRC, la garantie « **décès** » **seule** ne peut être souscrite que si elle couvre l'ensemble des salariés de l'entreprise.

A défaut, la garantie « décès » doit obligatoirement être associée à l'une des deux autres garanties : Incapacité et/ou Invalidité.

3)- Portabilité des droits “prévoyance” : les nouvelles règles applicables à compter du 01/06/2015 (ART L 911-8 Code Sécurité Sociale)

Les règles applicables depuis le 01/06/2014 pour la santé, seront applicables à **compter du 01/06/2015 pour la prévoyance.**

C – LES AVANTAGES SOCIAUX ET FISCAUX ATTACHES AUX REGIMES DE PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE A ADHESION OBLIGATOIRE

1)- Au niveau social :

Les plafonds de déductibilité :

Somme de 6 % du PASS* soit 2282 € ET 1.5 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 12 % du PASS* soit 4565 €

La règle :

La déductibilité s'apprécie en fonction de la part patronale. Les contributions patronales excédentaires doivent être réintégrées dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

2)- Au niveau fiscal :

Les plafonds de déductibilité :

Somme de 5 % du PASS* soit 1902 € ET 2 % du salaire annuel brut, sans que le total ne puisse excéder 2 % de 8 PASS*, soit 6086 €

Les règles :

- a) *Santé* : La cotisation salariale obligatoire est déductible du revenu imposable.
La cotisation patronale est dorénavant réintégrée au net fiscal du salarié.

- b) *Prévoyance* : La déductibilité des cotisations s'apprécie en fonction de la cotisation totale (part patronale + part salariale).

En cas de dépassement, la part patronale de cotisations excédentaires constitue un complément de salaire ajouté à la rémunération brute du salarié et la part salariale des cotisations excédentaires ne peut être déduite de cette rémunération.

*PASS : plafond annuel de la sécurité sociale, soit 38 040 € au 01/01/2015.

2ème partie : LES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE DES CHEFS D'ENTREPRISE :

Des régimes de protection sociale complémentaire des chefs d'entreprise adaptés à leur statut : TNS ou SALARIE

A – SANTE ET PREVOYANCE DES CHEFS D'ENTREPRISE

1)- Le Chef d'entreprise est un TNS : Loi Madelin

Le principe :

La loi du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Loi Madelin », permet à tout professionnel non salarié et non agricole (= artisan, commerçant, profession libérale, exploitant individuel ou gérant non salarié de société) de bénéficier de garanties de prévoyance (=maladie, maternité, incapacité de travail, invalidité, décès, dépendance) et de perte d'emploi subi, tout en déduisant une partie des cotisations versées du revenu imposable, dans la limite d'un plafond fiscal (ci-après).

Les conditions de souscription :

Le chef d'entreprise doit être à jour du paiement de ses cotisations obligatoires. Les cotisations doivent présenter un caractère régulier dans leur montant et dans leur périodicité.

Les avantages fiscaux :

Les cotisations sont **déductibles du revenu imposable**. A réintégrer au revenu en tant qu'avantage en nature si payées par la société, puis à déduire au titre de la Loi Madelin.

. L'enveloppe fiscale « Prévoyance » est de : 7 % du PASS*, soit 2663 € ET 3.75 % du bénéfice imposable. Le total des cotisations ne doit pas dépasser 3 % de 8 PASS*, soit 9130 €

. L'enveloppe fiscale « Perte d'Emploi » est de : 1.875 % du bénéfice imposable plafonné à 8 PASS, soit 304 320 €. L'enveloppe ne peut être inférieure à 2.5 % du PASS*, soit 951 €.

Par contre, les cotisations ne viennent pas en déduction de l'assiette du calcul des charges sociales, ni de l'assiette de calcul de la CSG CRDS.

*PASS : plafond annuel de la sécurité sociale, soit 38 040 € au 01/01/2015.

2)- Le Chef d'entreprise est un SALARIE : ART 83 du Code Général des Impôts

Il bénéficiera des dispositions précédemment décrites pour les salariés, et devra en respecter les obligations.

B – LES GARANTIES PERTE D’EXPLOITATION LIEES A LA PERSONNE PHYSIQUE DU CHEF D’ENTREPRISE

1)- Les Frais Généraux Permanents

En cas d’arrêt de travail dû à un accident ou à une maladie, la garantie « Frais Généraux Permanents » vous assure un versement, pour chaque journée perdue, d’1/365ème de vos frais généraux professionnels*.

•ce sont les dépenses habituelles occasionnées par l’exercice de votre activité, comme le loyer et les charges du local professionnel, les charges financières, intérêts d’emprunts, les charges courantes, les salaires et charges du personnel, les cotisations sociales personnelles obligatoires du chef d’entreprise, les taxes et impôts professionnels, les amortissements.

Les points forts :

- des prestations réglées sous la forme d’indemnités journalières, au prorata temporis du montant annuel de vos FGP ;
- une indemnité qui peut servir à payer un remplaçant ;
- une garantie sécurisante pour votre banquier, vos fournisseurs et vos clients.

2)- La Garantie “Homme Clé”

L'« Homme Clé » est la personne indispensable au bon fonctionnement de l'entreprise car il détient son « savoir-faire » et/ou incarne sa notoriété.

L'entreprise souscrit le contrat :

- Les garanties sont modulables en fonctions des besoins de l'entreprise (Décès, Arrêt de travail, Incapacité, Invalidité)
- Elle paie les cotisations et percevra l'ensemble des prestations.
- Les primes sont déductibles du résultat de l'entreprise (art. 39 CGI) sauf pour les BNC. Elles sont intégrées au compte de charges externes.
- Les prestations sont considérées comme un profit exceptionnel, et peuvent être étalées en parts égales sur 5 années.

ANNEXE 1 : GRILLE DE GARANTIES SANTE – CONTRATS COLLECTIFS ENTREPRISE 2015

GARANTIES respectant le contrat responsable et le panier de soins ANI	Sécurité Sociale	ASSUREUR, en complément de la S.S.	
		Prestations MINIMUM	Prestations MAXIMUM
Soins courants			
Médecins généralistes ou spécialistes	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	no limit*
Praticiens adhérents au CAS	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	remboursement ci-dessus(*) – 20 % BR maxi 125 %
Praticiens non adhérents au CAS (année 2015-2016)			
Praticiens non adhérents au CAS (année 2017)	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	remboursement ci-dessus(*) – 20 % BR maxi 100 %
Actes techniques dispensés par le praticien			
Praticiens adhérents au CAS	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	no limit
Praticiens non adhérents au CAS (année 2015-2016)	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	125 %*
Praticiens non adhérents au CAS (année 2017)	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	100 %*
Radiologie et échographie, analyses et travaux de laboratoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	no limit
Auxiliaires médicaux	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	no limit
Prothèses remboursées par la S.S. (appareillage, orthopédiques, acoustiques)	60 % ou 100 %	40 % ou 0 %	no limit
Pharmacie prise en charge par la S.S.	de 15 % à 65 %	de 85 % à 35 %	de 85 % à 35 %
Transport	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %	100 %
Dentaire			
Soins conservateurs et chirurgicaux remboursés S.S.	70 % ou 100 %	55 % ou 25 %	no limit
Prothèses dentaires remboursées S.S.	70 % ou 100 %	55 % ou 25 %	no limit
Orthodontie remboursée Sécurité Sociale	70 % ou 100 %	55 % ou 25 %	no limit

GARANTIES respectant le contrat responsable et le panier de soins ANI	Sécurité Sociale	ASSUREUR, en complément de la S.S.	
		Prestations MINIMUM	Prestations MAXIMUM
Optique, Prise en charge, limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) par bénéficiaire, tous les 2 ans, limitation réduite à 1 an pour les mineurs (- 18 ans) ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.			
Verres, montures, lentilles remboursés	60 % ou 100 %	--	--
(a) Equipement verres simples, Verres simple foyer dont sphère est comprise entre de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est < ou = à + 4,00 dioptries	--	100 €	470 € dont maxi 150 € pour monture
(b) Equipement mixte verres simple / complexe, Equipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (c)	--	150 €	610 € dont maxi 150 € pour monture
(c) Equipement verres complexes, Verre simple foyer dont sphère est hors zone - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs	--	200 €	750 € dont maxi 150 € pour monture
(d) Equipement mixte verres simple / très complexe, Equipement comportant un verre mentionné au (a) et un verre mentionné au (f)	--	150 €	660 € dont maxi 150 € pour monture
(e) Equipement mixte verres complexe / très complexe, Equipement comportant un verre mentionné au (c) et un verre mentionné au (f)	--	200 €	800 € dont maxi 150 € pour monture
(f) Equipement verres très complexes, Equipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries	--	200 €	850 € dont maxi 150 € pour monture

GARANTIES respectant le contrat responsable et le panier de soins ANI	Sécurité Sociale	ASSUREUR, en complément de la S.S.	
		Prestations MINIMUM	Prestations MAXIMUM
Hospitalisation (y compris maternité)			
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	no limit
Honoraires (chirurgien, anesthésiste, réanimateur)			
Praticiens adhérents au CAS	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	no limit*
Praticiens non adhérents au CAS (année 2015-2016)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	remboursement ci-dessus(*) – 20 % BR maxi 125 %
Praticiens non adhérents au CAS (année 2017)	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	remboursement ci-dessus(*) – 20 % BR maxi 100 %
Forfait journalier (illimité)	--	100 % FR	100 % FR
Cures thermales acceptées par la S.S. (par cure)			
Soins	65 % ou 70 %	no limit	no limit

Les prestations sont prises en charge sur la Base de Remboursement du régime obligatoire et dans la limite des dépenses engagées. Une modification des taux de remboursement du régime obligatoire n'engage pas l'Assureur. **Les prestations exprimées en euro ou en pourcentage du PMSS sont limitées par an et par personne sauf mentions contraires.** Les prestations respectent les contraintes et les obligations du panier de soins ANI selon Décret n°2014-1025 du 08/09/2014 et des "contrats responsables" selon le Décret n°2 014-1374 du 18 novembre 2014.

Ne sont pas pris en charge :

- la contribution forfaitaire restant à charge de l'assuré, d'un montant de 1 € et les franchises médicales prévues à l'article L 322-2 du code de la S.S.,
- la franchise minimale obligatoire sur les dépassements d'honoraires et la majoration du Ticket Modérateur en dehors du parcours de soins.

ANNEXE 2 : Focus sur le caractère collectif des régimes

Critères de détermination de catégories de personnel					
	Critère n° 1 catégories cadres/ non cadres selon les art. 4, 4 bis et 36 de la CCN AGIRC (voir tableau en annexe 2)	Critère n° 2 Les tranches de rémunérations fixées pour le calcul des cotisations aux régimes de retraite complémentaires ARRCO et AGIRC (TA/TB/TC)	Critère n° 3 Appartenance au premier niveau de classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnel ou interprofessionnels	Critère n° 4 Niveau de responsabilité, type de fonctions ou degré d'autonomie dans le travail des salariés correspondant aux sous-catégories fixées par les conventions ou les accords mentionnés au critère n° 3	Critère n° 5 Appartenance aux catégories définies clairement et de manière non restrictive à partir des usages constants, généraux et fixes en vigueur dans la profession
Garanties					
Frais de santé ou perte de revenus en cas de maladie	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert)	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert)	A JUSTIFIER	A JUSTIFIER	A JUSTIFIER
Incapacité de travail, Invalidité, Inaptitude ou Décès (si ce dernier risque est associé à au mois un des trois risques précédents), ou perte de revenus en cas de maternité	Caractère collectif ADMIS	Caractère collectif ADMIS	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert)	A JUSTIFIER	A JUSTIFIER
Prestations couvrant le risque Décès uniquement	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert ou en application art. 7 CCN 1947)	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert ou en application art. 7 CCN 1947)	Caractère collectif ADMIS (uniquement si l'ensemble du personnel est couvert ou en application art. 7 CCN 1947)	A JUSTIFIER	A JUSTIFIER
Retraite	Caractère collectif ADMIS	Caractère collectif ADMIS	Caractère collectif ADMIS	A JUSTIFIER	A JUSTIFIER

Admis = l'obligation de couvrir tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernées est présumée respectée.

A justifier = l'employeur doit être en mesure de démontrer que le régime mis en place couvre tous les salariés dont l'activité professionnelle les place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

L'exonération sociale est subordonnée à la condition que le dispositif couvre **l'ensemble des salariés de l'entreprise**.

Toutefois, le maintien de cette exonération sociale est également admis lorsque le dispositif ne couvre qu'une ou plusieurs catégories de salariés, sous réserve de respecter les conditions décrites ci-dessus.

Comme auparavant les catégories de salariés ne peuvent, en aucun cas, être définies en fonction du temps de travail, de la nature du contrat, de l'âge ou de l'ancienneté. Toutefois, concernant cette condition d'ancienneté, le caractère collectif du régime n'est pas remis en cause lorsque l'accès aux garanties est réservé aux salariés :

-De plus de **12 mois d'ancienneté** pour les prestations destinées à couvrir des risques **d'incapacité de travail, d'invalidité, d'inaptitude**, de **décès** ou de **retraite**.

-De plus de **6 mois d'ancienneté** notamment en **Frais de Santé**.

ANNEXE 3 : Focus sur le caractère obligatoire des régimes

LA REGLE : Seules les contributions des employeurs aux systèmes de garanties auxquels l'adhésion du salarié est **obligatoire** peuvent bénéficier de l'exclusion d'assiette des cotisations de sécurité sociale.

LES EXCEPTIONS : Sous certaines conditions (et notamment en regard des dispositions contenues dans certaines Conventions Collectives), des dispenses peuvent être aménagées (article R. 242-1-6 CSS).

Les dispenses d'adhésion doivent être **explicitement prévues dans le dispositif**, qu'il s'agisse de l'acte initial ou des actes modificatifs ultérieurs.

1- Salariés embauchés avant la mise en place du dispositif par DUE .

Le décret 2014 rappelle également que les salariés qui le souhaitent peuvent faire application des dispositions de l'article 11 de la Loi Evin n° 89-1009 du 31 décembre 1989 lorsque le dispositif n'est pas financé intégralement par l'employeur puisque ce dernier ne peut contraindre ses salariés à **cotiser au futur système de garanties contre leur gré**.

2- Cas de dispense autorisés quelle que soit la date d'embauche :

- a) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée au moins égale à douze mois** à condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle pour le même type de garanties ;
- b) Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission **d'une durée inférieure à douze mois**, sans justificatif à fournir ;
- c) 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** ;
- d) Salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire **CMU-C** ou d'une aide **ACS**. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide* ;
- e) Salariés couverts par une **assurance individuelle de frais de santé** au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel* ;
- f) **Salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire**, à condition de le justifier chaque année*.

(*Cas de dispense spécifiques « santé »)

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande écrite de dispense des salariés concernés. Cette demande doit comporter la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

REMARQUES :

- 1) - La part des contributions de l'employeur correspondant aux garanties supplémentaires prévues au profit des ayants droit du salarié bénéficie de l'exclusion de l'assiette lorsque ces garanties sont mises en place à titre obligatoire, le cas échéant sous réserve des dispenses correspondant à celles rappelées ci-dessus au f du § 2.

- 2) - Pour les salariés qui travaillent régulièrement et simultanément pour le compte de plusieurs employeurs, le caractère collectif des garanties n'est pas remis en cause lorsque, pour une garantie donnée, la contribution due par l'employeur fait l'objet d'un partage par quotes-parts entre chacun d'entre eux selon les conditions qu'ils déterminent conjointement.