



## BULLETIN D'INFORMATION 2015 - N° 27 du 12/10/2015

### Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

La CS3D avait ouvert il y a plusieurs mois des négociations avec les organisations syndicales afin de préparer un accord de branche pour la mise en place d'une couverture santé. Ces négociations n'ont malheureusement pas abouti, aussi aujourd'hui nous vous conseillons de vous rapprocher d'un organisme assureur de votre choix, et ceci avant la date du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La note d'explication ci-dessous devrait vous aider dans vos critères de choix et de décision.

Par ailleurs, vous pouvez aller sur le lien <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/007383> afin d'avoir confirmation de ces informations.

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé, quel que soit leur domaine d'activité ou leur effectif, devront avoir mis en place une couverture complémentaire collective des dépenses de santé (consultations, actes techniques, pharmacie, hospitalisation, optique et dentaire) de leurs salariés.**

La mise en place de la couverture complémentaire santé résulte :

- d'une convention ou d'un accord collectif de branche,
- d'une convention ou d'un accord collectif d'entreprise,
- d'une décision unilatérale de l'employeur : en cas d'échec des négociations de branche ou d'entreprise ou en l'absence de délégué syndical.

De notre côté, la CS3D a entamé des négociations syndicales depuis 2014 qui n'ont malheureusement pas abouti.

#### QUELLES SONT LES ENTREPRISES CONCERNÉES ?

- Les entreprises qui n'ont pas de complémentaire santé collective,
- les entreprises qui ont une complémentaire santé facultative,
- les entreprises qui ont une complémentaire santé collective, dont les garanties sont inférieures à la couverture santé minimale ou dont la participation de l'employeur au financement est inférieure au minimum légal.

#### QUELS SONT LES SALARIÉS CONCERNÉS ?

La complémentaire santé doit bénéficier à l'ensemble des salariés de l'entreprise, qu'ils soient cadres ou employés, en CDI ou en CDD, à temps plein ou à temps partiel.

En principe, l'adhésion au régime de santé est obligatoire. Toutefois, l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale prévoit les cas dans lesquels le salarié peut demander à être dispensé d'adhésion, à la condition que le dispositif instituant le régime santé (convention, accord collectif de branche ou d'entreprise, décision unilatérale de l'employeur) prévoit une telle possibilité. C'est le cas par exemple des salariés en CDD d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit d'une

couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

En cas de demande d'un salarié, il est donc conseillé de vérifier avec précision si sa requête relève d'un cas de dispense.

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

#### LE CONJOINT ET AUTRES AYANTS DROIT SONT-ILS COUVERTS ?

L'employeur a pour seule obligation de couvrir le salarié. Toutefois, le dispositif instituant le régime santé peut prévoir la couverture du conjoint, des enfants... à titre obligatoire ou facultatif.

Lorsque cette couverture est obligatoire, le salarié peut demander une dispense d'adhésion d'un ayant droit à condition de justifier, chaque année, de la couverture obligatoire dont bénéficie ce dernier.

#### QUELLE EST LA COUVERTURE SANTÉ MINIMALE ?

L'entreprise doit mettre en place une couverture minimale, appelée panier de soins, comprenant au minimum la prise en charge :

- de la totalité du ticket modérateur (part restant à la charge de l'assuré sur toute dépense remboursée par l'Assurance Maladie) sur les consultations, actes et prestations... pris en charge par l'Assurance Maladie, à l'exclusion des médicaments remboursés à hauteur de 15 % ou 30 % par l'Assurance Maladie, de l'homéopathie, des cures thermales et des dépassements d'honoraires des médecins (la complémentaire santé rembourse le reste à charge sur la base du tarif fi par la Sécurité sociale pour chaque acte),
- de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée,
- des frais de soins de prothèses dentaires et orthopédie dentofaciale à hauteur d'au moins 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale,

CHAMBRE SYNDICALE 3D

*Désinfection, Désinsectisation et Dératation*

39/41 rue Louis Blanc 92400 COURBEVOIE ☒ 92038 PARIS LA DEFENSE CEDEX

Tél. 01 43 34 76 20 – Fax. 01 43 34 76 18 – e-mail. [secretariat@cs3d.info](mailto:secretariat@cs3d.info) – Site Internet. [www.cs3d.info](http://www.cs3d.info)

- des dépenses de frais d'optique tous les 2 ans (annuellement pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) et selon des forfaits minimaux par équipement (monture + 2 verres) de 100 € à 200 € en fonction du niveau de correction de l'assuré.

Si la protection santé collective mise en place par l'entreprise doit respecter des **garanties minimales**, elle doit également être **responsable et solidaire** pour pouvoir bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux (taxe sur les conventions d'assurance de 7 % au lieu de 14 % et exonérations de charges sociales). Un contrat est responsable lorsqu'il respecte les **garanties** (planchers et plafonds de garanties) prévues par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Un contrat est solidaire lorsque le bénéficiaire n'est pas soumis à un questionnaire médical et lorsque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de son état de santé par l'organisme assureur.

### COMMENT LES SALARIÉS SONT-ILS INFORMÉS DES GARANTIES MISES EN PLACE ?

L'employeur doit remettre à chaque bénéficiaire la notice d'information, rédigée par l'assureur, décrivant notamment les garanties santé et ses modalités de mise en œuvre. Toute modification de la couverture doit être portée à la connaissance des bénéficiaires par l'employeur.

L'employeur doit prouver qu'il a remis la notice à chaque bénéficiaire (de même en cas de modification des garanties) : mention sur le contrat de travail, signature d'une liste d'émargement, remise en main propre contre décharge, lettre RAR pour les salariés absents de l'entreprise.

### COMMENT EST FINANCÉE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

L'employeur doit prendre en charge **au minimum** 50 % des cotisations ; l'acte juridique instituant la complémentaire santé peut prévoir une prise en charge supérieure de ce dernier. Le solde est à la charge du salarié.

### LE SALARIÉ CONSERVE-T-IL SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN CAS DE RUPTURE DE CONTRAT DE TRAVAIL ?

Tout salarié dont le contrat de travail est rompu, sauf cas de faute lourde, et qui a droit à l'assurance chômage, bénéficie, de même que ses ayants droit, de la **portabilité** à titre gratuit de sa complémentaire santé.

Les garanties sont maintenues de la date de cessation du contrat de travail 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 12 mois.

L'employeur doit faire mention du maintien des garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

#### Références

- *Accord National Interprofessionnel du 11/01/2013 pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés.*
- *Loi n° 2013-504 du 14/06/2013.*
- *Décrets n° 2014-786 du 08/07/2014, n° 2014-1025 du 08/09/2014, n° 2014-1374 du 18/11/2014.*
- *Arrêté du 26/03/2012.*