



VOTRE PASS ANI

POUR COMPRENDRE ET ANTICIPER LA GÉNÉRALISATION
DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS VOTRE ENTREPRISE.



La couverture de vos salariés va changer. En transposant l'Accord National Interprofessionnel (ANI), la loi du 14 Juin 2013 a prévu de généraliser la complémentaire santé à tous les salariés du secteur privé au plus tard le 1er janvier 2016. Toutes les entreprises sont concernées, donc la vôtre !

Comme le conseil et l'accompagnement sont au coeur des valeurs de notre cabinet, j'ai souhaité vous adresser ce guide « Le Pass ANI » pour vous permettre de faire le point sur ce nouveau dispositif et ses conséquences concrètes sur la gestion de votre entreprise.

Au fil de ces pages, vous pourrez constater que **la mise en place de ce nouveau régime impose le respect d'un certain nombre de règles très précises** dont **l'inobservation** peut avoir des **conséquences fâcheuses** pour votre entreprise.

Mais, vous pourrez également vous apercevoir qu'à travers un cadre national qui a pour objectif de s'appliquer à l'ensemble des entreprises françaises, **des marges de manoeuvre existent** pour les sociétés qui souhaitent mettre en place un **dispositif qui soit conforme à leur projet d'entreprise** et qui contribue à la **motivation de leurs salariés**.



Par notre indépendance et notre expertise dans le domaine social, **notre rôle sera essentiel** pour faire de ce cadre uniforme une **formule de protection sur-mesure et performante**.

D'ores et déjà certaines dispositions sont obligatoires depuis le 1er juillet 2014, n'hésitez pas à contacter nos services pour obtenir des informations complémentaires et bénéficier d'un diagnostic personnalisé et complet de votre situation.

Martine Chabert
Expertise Comptable - Conseil



“ 85% des chefs d'entreprise veulent choisir leur complémentaire santé par eux-mêmes. ”

Sondage OpinionWay
Chambre syndicale des courtiers d'assurances (CSCA)
réalisé entre le 22 et 26 novembre 2013.



VOS NOUVELLES OBLIGATIONS

PAGE 5



LES 4 RÈGLES QUE VOUS DEVREZ RESPECTER

PAGE 7



LA FISCALITÉ DE VOTRE FUTUR CONTRAT

PAGE 11



MAINTENANT, QUE DEVEZ-VOUS FAIRE ?

PAGE 13



A

partir du 1er janvier 2016, tous les salariés doivent obligatoirement bénéficier d'une complémentaire santé minimum.



À SAVOIR

L'obligation d'assurance ne concerne que vos propres salariés.

La loi ne vous oblige pas à mettre en place ou à participer à la prise en charge d'une couverture santé étendue aux ayants droit de vos salariés.

Il faut savoir également que le taux ou le montant de la cotisation pour une couverture famille est différent de celui de la couverture pour le salarié seul.

On parle alors de cotisation isolée ou famille.

UNE OBLIGATION : LE PANIER DE SOINS

Votre futur contrat complémentaire santé **devra obligatoirement** assurer une couverture minimale de garanties appelée « **panier de soins** » dont les garanties planchers ont été précisées par le décret du 8 septembre 2014 :

Soins	Niveau minimal des garanties
• Consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie	• Prise en charge de l'intégralité du Ticket Modérateur : (sauf les cures thermales, les médicaments à 15% et 30% et l'homéopathie)
• Hospitalisation	• Prise en charge sans limitation de durée : du Forfait journalier hospitalier
• Soins dentaires	• Prise en charge d'au moins : 125% de la base de remboursement des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.
• Soins optiques	• Prise en charge minimum de : a) 100 € pour une correction simple (verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries) b) 150 € pour une correction mixte (équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c) c) 200 € pour une correction complexe (équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs).
Ce forfait s'appliquera par période de 2 ans et pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture. La période sera réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.	



ATTENTION :

Votre futur contrat complémentaire santé devra également obligatoirement respecter les règles des contrats responsables, qui prévoient aussi des niveaux minimaux de prise en charge et des plafonds. (voir chapitre suivant).



AUTRE OBLIGATION : LE FINANCEMENT

La loi oblige également votre entreprise à **participer** au financement de cette complémentaire à **hauteur de 50% minimum** (sur le socle minimum de garanties), le solde restant à la charge de votre salarié.

Toutefois, la loi vous laisse la **possibilité de prendre en charge un montant supérieur** voire **l'intégralité de cette cotisation**.



ATTENTION :

Dans l'hypothèse où vous souhaiteriez mettre en place un régime plus favorable dans votre entreprise, le financement patronal peut, à notre sens, être inférieur à 50% de la cotisation globale, sous réserve qu'il couvre «techniquement» 50% du financement du panier de soins.

Toutefois, des représentants de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) ont expressément indiqué que l'intention du législateur était d'imposer un financement patronal minimal de 50%, et ce quel que soient le niveau de garanties et le périmètre des personnes couvertes et ont annoncé que cette obligation de financement patronal pourrait être portée explicitement dans l'un des prochains décrets d'application de la LSE.

À ce jour, aucun décret en ce sens n'est paru et à défaut d'avoir été soulevé par la DSS ou l'ACOSS, ce risque, au demeurant pleinement contestable, nous paraît là minime.

Mais des marges de manoeuvre existent !

■ Votre entreprise souhaite augmenter le minimum légal ?

Si dans le cadre de votre politique salariale vous pensez que les **minima** imposés par le panier de soins sont **insuffisants** et qu'un contrat santé concoure à la motivation de vos salariés, vous avez la **possibilité d'étendre** le bénéfice de votre dispositif aux **ayants droit** de vos salariés ou d'**augmenter le niveau des garanties** en veillant (comme nous le verrons plus loin) à ce que les nouvelles dispositions respectent bien les contraintes de mises en place et les obligations liées aux contrats responsables.

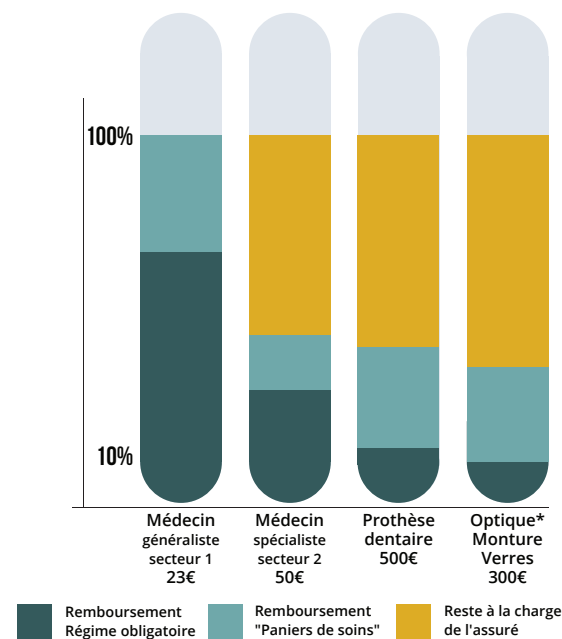
■ Votre salarié souhaite augmenter ses niveaux de garanties ?

Un salarié a tout à fait le droit d'**étoffer son contrat** par un régime personnel supplémentaire appelé "**surcomplémentaire**". Compte tenu des "reste à charge" importants, le **contrat surcomplémentaire** permettra de **renforcer** la protection de votre salarié notamment sur les **postes les plus coûteux** que sont les frais d'optique et de prothèses dentaires.

Sa cotisation bénéficiera du **tarif préférentiel associé aux contrats groupe**, plus favorable qu'un contrat individuel.

Exemples de « Reste à charge »

Calculs effectués dans le cadre d'une couverture minimale « panier de soins » en application des garanties planchers précisées par le décret du 8 septembre 2014



*Correction simple



A SAVOIR

Les garanties du contrat surcomplémentaire interviendront sous déduction des remboursements opérés par le régime de sécurité sociale de base et du contrat complémentaire santé de votre entreprise.

Le respect des règles des contrats responsables, et notamment des plafonds de prise en charge, sera apprécié au regard de ces remboursements effectués en amont (voir chapitre suivant).

Attention, vous n'êtes pas entièrement libre du choix de votre future complémentaire santé.

Vous devrez impérativement respecter certaines conditions de mise en place et de gestion, notamment si vous souhaitez bénéficier de certains avantages fiscaux et sociaux.

En effet, pour que vos cotisations patronales bénéficient de l'exclusion d'assiette des cotisations sociales, que les cotisations salariales soient déductibles de l'impôt sur le revenu de vos salariés et que votre contrat soit assujéti à la taxe sur les conventions d'assurance à un taux réduit, votre régime doit notamment être collectif et obligatoire et votre contrat complémentaire santé doit respecter les règles des contrats responsables.

1. LE CARACTÈRE COLLECTIF

La loi vous oblige à couvrir tous les salariés de votre entreprise.

Si vous souhaitez opérer une distinction entre eux, il faudra que celle-ci respecte la notion de catégories objectives - définies par l'un des 5 critères prévus par le décret du 9 janvier 2012 et précisés par le décret du 8 juillet 2014.

Ce caractère collectif impose que le niveau des garanties soit identique pour l'ensemble de vos salariés ou pour ceux relevant d'une même catégorie et que la contribution de votre entreprise soit fixée « à un taux ou à un montant uniforme » pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie.

Votre entreprise peut néanmoins prendre en charge l'intégralité de la cotisation des salariés à temps partiel et des apprentis lorsque la cotisation représente 10% ou plus de leur rémunération brute.

LES CATÉGORIES OBJECTIVES doivent être définies selon l'un des critères suivants :

. Critère 1 : Appartenance à une catégorie cadre ou non cadre résultant des définitions issues de la CCN du 14 mars 1947 (art.4, art 4bis et art. 36 de l'annexe 1).

. Critère 2 : Un seuil de rémunération déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations AGIRC/ARRCO, sans que puisse être constituée une catégorie regroupant les seuls salariés dont la rémunération annuelle excède la limite supérieure de la dernière tranche AGIRC.

Si vous utilisez l'un ou l'autre de ces 2 critères, vous n'aurez pas l'obligation de justifier votre choix. Par contre, la définition de catégories objectives selon l'un des 3 derniers critères peut s'avérer dangereuse pour votre entreprise et devra en tout état de cause être justifiée auprès de l'URSSAF. A défaut, votre régime fera l'objet d'un redressement URSSAF. Nous vous conseillons donc de recourir à l'un des 3 derniers critères.

. Critère 3 : La place dans les classifications professionnelles définies par les conventions de branche ou les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés au livre deuxième de la deuxième partie du code du travail.

. Critère 4 : Le niveau de responsabilité, le type de fonctions, le degré d'autonomie ou l'ancienneté dans le travail correspondant aux sous catégories des conventions ou accords visés au critère n°3.

. Critère 5 : L'appartenance au champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire assurant la couverture du risque concerné. L'appartenance à une catégorie spécifique de salariés définie par une convention collective, un accord de branche ou un accord interprofessionnel caractérisant des conditions d'emploi ou des activités particulières. L'appartenance aux catégories définies clairement et sans restriction à partir des usages constants généraux et fixes en vigueur dans la profession.



ATTENTION :

Pour bénéficier de l'exonération de cotisations de sécurité sociale, vous devez depuis le 30 juin 2014 avoir mis en place pour l'ensemble de vos salariés un régime Frais de santé collectif et obligatoire. Si vous avez mis ou mettez en place une couverture complémentaire santé au profit d'une seule catégorie de votre personnel - par exemple les seuls cadres - vous ne pouvez pas bénéficier de l'exonération et risquez un redressement de la part de votre URSSAF.



2. LE CARACTÈRE OBLIGATOIRE

Votre régime doit être **obligatoire pour l'ensemble de vos salariés**, c'est-à-dire que tous les salariés ou toutes les catégories objectives de vos salariés devront adhérer à ce nouveau contrat (sauf cas de dispense prévu par écrit dans votre acte de droit du travail ayant mis en place le régime.)



A SAVOIR

S'il est interdit d'exclure des salariés de votre future complémentaire de santé, les textes vous autorisent à prévoir des cas de dispenses d'affiliation,

Ces cas de dispenses devront obligatoirement figurer dans l'accord d'entreprise, l'accord référendaire ou dans la décision unilatérale de l'employeur (DUE).



ATTENTION :

Les cas de dispenses d'adhésion doivent obligatoirement figurer dans l'accord d'entreprise, l'accord référendaire ou dans la décision unilatérale de l'employeur.

Il s'agit de facultés de dispenses qui relèvent du libre choix des salariés, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande écrite du salarié, accompagnée du justificatif requis (par exemple, justificatif de l'existence de la couverture collective et obligatoire du régime de l'entreprise du conjoint pour le salarié qui est couvert à titre obligatoire en qualité d'ayant droit par ce régime), traduisant un consentement libre et éclairé, c'est-à-dire faisant référence à la nature des garanties auxquelles il renonce.

En votre qualité d'employeur, vous devez conserver les demandes écrites de dispenses de tous les salariés, ainsi que les justificatifs requis et ce, pendant au minimum trois ans.

À défaut, votre régime fera l'objet d'un redressement URSSAF.



LES CAS DE DISPENSE

1. En cas de mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur :

- Les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent être dispensés d'affiliation. En revanche, les salariés embauchés après la mise en place des garanties auront l'obligation d'adhérer (sauf s'ils peuvent bénéficier d'un cas de dispenses prévu au point 2. ci-après).

2. Quel que soit le mode de mise en place du régime (accord d'entreprise, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur) et quelle que soit la date d'embauche :

- Les salariés qui bénéficient y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire fixé par arrêté et qui le justifient chaque année peuvent être dispensés d'affiliation. Cela vise notamment l'hypothèse où un salarié est couvert à titre obligatoire en qualité d'ayant droit par le régime collectif et obligatoire de son conjoint. Pour les couples travaillant tous les deux dans votre entreprise et si vous envisagez une garantie obligatoire pour les ayants droit, l'un des deux membres du couple sera affilié en propre et l'autre en tant qu'ayant droit. Si la couverture des ayants droit est facultative, vos salariés auront le choix de s'affilier ensemble ou séparément.
- Les salariés bénéficiaires de l'ACS (Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé) ou de la CMU-c (Couverture Maladie Universelle - Complémentaire) peuvent être dispensés tant qu'ils bénéficient de cette couverture ou de cette aide.
- Il en va de même pour les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du régime ou embauchés après la mise en place. Mais ils devront rejoindre le régime de votre entreprise à l'échéance du contrat individuel..
- Les salariés à temps partiel et les apprentis peuvent être dispensés d'affiliation lorsque la cotisation représente au moins 10% de leur rémunération brute.
- Peuvent être également dispensés les salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle par ailleurs. Pour ceux qui seraient bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée supérieure ou égale à 12 mois, la dispense est possible à la condition de justifier par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties.

3. LE CARACTÈRE RESPONSABLE

Depuis la réforme de l'assurance maladie de 2004, les contrats couvrant les frais de santé doivent, pour bénéficier de l'ensemble des avantages fiscaux et sociaux liés aux contrats collectifs obligatoires, être «responsables» c'est-à-dire :

- qu'ils ne doivent pas prendre en charge certaines dépenses,
- et doivent, à l'inverse, respecter des obligations de prise en charge. Ces obligations viennent d'être modifiées par le décret du 18 novembre 2014.



ATTENTION. LES DEPENSES INTERDITES DE PRISE EN CHARGE SONT LES SUIVANTES :

- La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés, notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale (le « 1 euro » forfaitaire) ;
- Les franchises médicales ;
- La majoration de participation de l'assuré en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins ;



SOYEZ VIGILANT !

Si votre contrat n'est plus considéré comme responsable, vous et vos salariés perdrez de nombreux avantages :

- votre contrat sera soumis à la taxe de 14 % sur les conventions d'assurance contre 7%, (à compter du 1er janvier 2016, il sera soumis à la taxe de solidarité additionnelle au taux de 20,27% contre 13,27%),
- les cotisations de votre entreprise seront soumises à charges sociales,
- la cotisation de vos salariés sera soumise à l'impôt sur le revenu dans son intégralité.



A SAVOIR

Comme le remboursement de votre salarié sera étroitement lié à l'adhésion de son professionnel de santé au CAS (Contrat d'Accès aux Soins), il aura la possibilité de vérifier si ce dernier pratique des honoraires avec dépassements maîtrisés sur le site de l'assurance maladie : www.ameli-direct.ameli.fr

[Dans la rubrique type d'honoraires, il conviendra de sélectionner Honoraires avec dépassements maîtrisés (contrat d'accès aux soins).]





SI VOUS VOULEZ EN SAVOIR PLUS

• Quelle est la date d'entrée en vigueur de principe ?

Les nouvelles règles des contrats responsables s'appliquent, par principe, aux contrats conclus postérieurement au 1er avril 2015 et, pour ceux en vigueur à cette date, lors de leur renouvellement postérieur au 1er avril 2015.

Ainsi :

- un contrat souscrit à compter du 1er avril 2015 doit être en conformité avec les nouvelles règles à cette date.
- un contrat souscrit avant le 1er avril 2015 et renouvelé après cette date doit être en conformité avec les nouvelles règles à la date de son renouvellement.

Les contrats collectifs obligatoires de salariés étant systématiquement souscrits pour une année civile et renouvelables annuellement par tacite reconduction, la date d'entrée en vigueur des nouvelles règles des contrats responsables sera donc le 1er janvier 2016, date du renouvellement (sauf s'ils peuvent prétendre au bénéfice de la période transitoire ci-dessous).

• Une exception : La période transitoire.

Pour les régimes collectifs et obligatoires de salariés, une période transitoire, qui permet de continuer à appliquer les anciennes règles des contrats responsables, se terminant au plus tard le 31 décembre 2017 s'applique à deux conditions :

- Le contrat d'assurance est pris sur le fondement d'un acte de droit du travail (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur), lequel acte a été conclu avant le 19 novembre 2014 ;
- Au 19 novembre 2014, le contrat d'assurance répond aux conditions des anciennes règles des contrats responsables.

A ces deux conditions, les contrats collectifs et obligatoires de salariés continuent à ouvrir droit au bénéfice des dispositions fiscales et sociales de faveur attachées aux contrats responsables, et ce jusqu'à l'entrée en vigueur de la plus prochaine modification desdits actes (accord collectif ou référendaire, décision unilatérale de l'employeur) postérieure au 19 novembre 2014 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.

Ainsi, les modifications apportées à des actes (accord collectif ou référendaire, décision unilatérale de l'employeur) à compter du 19 novembre 2014 remettront en cause le bénéfice de la période transitoire (voir annexe ci-après).

LES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE (nouvelles règles issues du décret du 18 novembre 2014)

Dispositif des « contrats responsables » applicable à votre contrat

suite au décret du 18 novembre 2014 et à la circulaire du 30 janvier 2015

• Consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie

• Hospitalisation

• Si votre contrat prévoit une prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au CAS [contrat d'accès aux soins], encadrement de leurs dépassements d'honoraires

- A noter qu'il n'y a pas de plafond de remboursement pour les dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

• Frais d'optiques

Cette prise en charge (monture + verres) s'appliquera par période de 2 ans.
La période sera réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.
Les planchers et plafonds incluent la prise en charge du ticket modérateur.

• Prise en charge, au minimum, du ticket modérateur

sur l'ensemble des soins (sauf les cures thermales, les médicaments à 15% et 30% et l'homéopathie).

• Prise en charge intégrale et sans limitation de durée

du Forfait journalier hospitalier.
(uniquement dans les établissements hospitaliers)

• Prise en charge des dépassements dans la double limite de :

- 125% du tarif de responsabilité en 2015 et 2016 puis 100% de ce tarif à compter de 2017,
- et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

• Le décret fixe 6 planchers et plafonds de remboursement en fonction du degré de correction :

a) Au minimum à 50€ et au maximum à 470€

par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125€ et au maximum à 610€

par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200€ et au maximum à 750€

par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125€ et au maximum à 660€

par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200€ et au maximum à 800€

par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200€ et au maximum à 850€

par équipement 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.

• Au sein de cet équipement, la prise en charge sera limitée à 150€ pour la monture.



A SAVOIR

La circulaire interministérielle n°DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 vient de fixer des règles très strictes concernant la mise à jour des contrats responsables.
www.circulaires.legifrance.gouv.fr

4. LA PORTABILITÉ

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 a prévu **un dispositif de maintien des garanties santé** (et prévoyance) en faveur de tous les salariés de votre entreprise en cas de cessation de leur contrat de travail et sous certaines conditions.

Ce dispositif a été repris par la loi de sécurisation de l'emploi depuis le 1er juin 2014 pour les frais de santé (et à compter du 1er juin 2015 pour la prévoyance).

C'est ce qu'on appelle la portabilité.



A SAVOIR

- Pour bénéficier de la portabilité : "les droits à remboursements complémentaires doivent avoir été ouverts chez le dernier employeur". Ainsi en cas de départ de l'entreprise, un salarié pourra prétendre au bénéfice des garanties d'un contrat complémentaire santé si les conditions, qui avaient été fixées au contrat, avaient bien été remplies.
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions requises pour bénéficier de la portabilité (notamment de son indemnisation par le régime d'assurance chômage) ;
- En votre qualité d'employeur, vous devez signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail de vos salariés.

A qui s'adresse ce dispositif ?

Il s'adresse à **tous vos salariés** dont le motif de rupture n'est pas lié à un licenciement pour faute lourde et qui seront indemnisés par l'assurance chômage.

Ce maintien des droits **prend effet à compter 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.

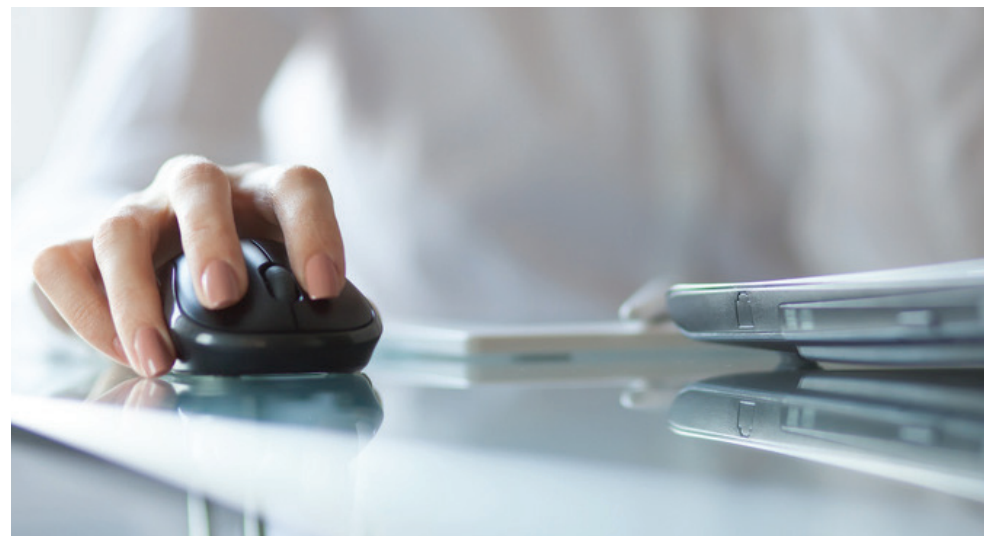
Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

Il faut noter que si le régime complémentaire couvrait également les ayants droit de votre salarié, ces derniers continueront à bénéficier de leur protection santé pendant la période de portabilité.

Qui en assure le financement ?

Le financement de ce dispositif **se fera obligatoirement par mutualisation, c'est-à-dire qu'il sera assuré tant par votre entreprise que par vos salariés actifs**.

Les salariés en portabilité en bénéficient donc à titre gratuit.





LE RÉGIME FISCAL ET SOCIAL POUR VOTRE ENTREPRISE ET VOS SALARIÉS

	POUR VOTRE ENTREPRISE	POUR VOS SALARIÉS	
		Cotisations versées par l'entreprise	Cotisations versées par le salarié
NIVEAU FISCAL	• COTISATIONS DÉDUCTIBLES de votre bénéfice imposable. • COTISATIONS SOUMISES AU FORFAIT SOCIAL DE 8% si votre entreprise emploie plus de 9 salariés. • Pas de forfait social pour les entreprises employant moins de 10 salariés.	• COTISATIONS IMPOSABLES dès le 1er euro.	• COTISATIONS DÉDUCTIBLES du revenu • pour les cotisations assises sur la base obligatoire et hors options dans la limite de : • 5% du PASS + 2% de la rémunération annuelle brute, dans la limite globale de 2% de 8 fois le PASS** • limite globale fixée à 6.087€ en 2015**
NIVEAU SOCIAL	• COTISATIONS EXONÉRÉES, pour chaque salarié, de cotisations Sécurité Sociale dans la limite de : • 6% du PASS + 1,5% de la rémunération annuelle brute dans la limite de 12% du PASS (limite globale fixée à 4.565€ en 2015).*	• COTISATIONS EXONÉRÉES de charges sociales dans la limite de : • 6% du PASS + 1,5% de la rémunération annuelle brute dans la limite de 12% du PASS* • limite globale fixée à 4.565€ en 2015* • COTISATIONS SOUMISES à CSG/CRDS. • Taux : 7,5% + 0,5%	• COTISATIONS SOUMISES INTÉGRALEMENT à charges sociales. • COTISATIONS SOUMISES à CSG/CRDS. • Taux : 7,5% + 0,5%

* Cette limite comprend les cotisations versées au régime Frais de santé et les cotisations versées à un régime Prévoyance.

** Cette limite comprend les cotisations salariales versées au régime Frais de santé et les cotisations, patronales et salariales, versées à un régime Prévoyance.

CALCUL FINAL DE LA PARTICIPATION EMPLOYEUR

Exemple :

Mise en place d'un contrat ANI dans une société avec 3 salariés

Budget de 20€/mois financé à 50% par l'entreprise et à 50% par le salarié.



Part entreprise	10€
INCIDENCE SOCIALE	
• Cotisations de sécurité sociale (exonération)	0€
INCIDENCE FISCALE	
• Forfait social : 8% Uniquement pour les entreprises > 9 salariés	0€
• Cotisation déductible du bénéfice imposable Taux normal de l'IS : 33,33 %.	- 3.33€
Coût final pour l'entreprise	= 6.67€

En fonction de la taille de votre entreprise ou de votre politique salariale, vous disposez de 3 façons différentes de mettre en place votre futur régime frais de santé :

- **La convention ou l'accord collectif,**
- **Le référendum,**
- **La décision unilatérale de l'employeur (DUE).**

1. L'ACCORD D'ENTREPRISE

[si vous avez au moins un délégué syndical dans votre entreprise.]

Vous pouvez négocier un accord collectif avec votre ou vos délégués syndicaux.

Pour que cet accord soit valide, il faut que le ou les organisations syndicales de salariés représentatives signataires ai(en)t recueilli au moins 30% des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections professionnelles, et que le ou les organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés à ces mêmes élections ne fassent pas opposition.

Après expiration du délai d'opposition en vigueur (8 jours), vous devrez déposer l'accord auprès de votre DIRECCTE (Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) .

Vous devez informer et consulter préalablement le Comité d'Entreprise (CE) pour avis.

2. LE RÉFÉRENDUM

La mise en place d'un référendum devra respecter certaines dispositions obligatoires :

- **Etablissement par écrit d'un projet d'accord référendaire.**
- **Information et consultation préalable du CE pour avis.**
- **Organisation d'un vote à bulletins secrets et qui devra recueillir la majorité des électeurs inscrits (et non des seuls votants) pour permettre la ratification du projet.**

3. LA D.U.E.

DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR LE MOYEN LE PLUS ADAPTÉ POUR LES TPE-PME

Certainement le mode le plus simple mis à votre disposition, votre DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur) devra néanmoins respecter un certain formalisme et être obligatoirement matérialisée par écrit.

Quel formalisme devrez-vous respecter ?

- **Information et consultation préalable du CE.**
- **Vous devrez établir votre DUE par écrit et remettre cet ECRIT à chaque salarié,**
- **Vous devrez pouvoir PROUVER que vous avez bien remis ce document à vos salariés.**
(ex. signature d'une liste d'émargement, copie signée du document...),

Que devrez-vous mentionner dans votre accord collectif, accord référendaire ou DUE ?

- **La nature du régime mis en place**, c'est-à-dire un régime « Frais de santé » (et non le descriptif des garanties, qui figure dans le contrat d'assurance)
- **Le taux ou le montant des cotisations et la répartition des cotisations employeur/salarié,**
- **La date d'application du régime Frais de santé,**
- **Les personnels concernés,**
- **Si vous le souhaitez, les cas de dispense d'adhésion.**

Par ailleurs,

- vous devrez **remettre à chaque salarié la NOTICE D'INFORMATION** du contrat d'assurance et le bulletin d'adhésion.
- Vous devrez **pouvoir PROUVER que vous avez bien remis la NOTICE D'INFORMATION à vos salariés.**
(ex. signature d'une liste d'émargement, copie signée du document...).



A SAVOIR

Quel rôle pour le Comité d'entreprise ?

Si votre entreprise comprend un CE, vous devrez obligatoirement l'informer et le consulter préalablement à la mise en place de votre régime, sous peine de délit d'entrave.

Ce dernier devra alors rendre son avis avant toute mise en place.

Pour vous permettre de mieux appréhender vos obligations, 2 hypothèses ont été retenues :

1

VOUS AVIEZ DÉJÀ MIS EN PLACE UNE COUVERTURE SANTÉ COLLECTIVE ET OBLIGATOIRE POUR TOUS VOS SALARIÉS qui respecte le panier de soins minimum et le financement à hauteur de 50% minimum à votre charge.

**RAPPEL**

Pour pouvoir bénéficier des avantages sociaux et fiscaux, votre régime doit respecter les règles des contrats responsables et présenter un caractère collectif et obligatoire (voir page 7).

1. Votre branche vient de signer un accord collectif et votre régime Frais de santé est déjà conforme aux nouvelles dispositions de cet accord.

Si un accord a été signé au niveau de votre branche et que le régime mis en place dans votre entreprise respecte à minima les nouvelles obligations conventionnelles, vous n'avez pas besoin de modifier votre régime. Toutefois, vous pouvez profiter de cette période et de la sortie sur le marché de nouvelles offres pour auditer votre rapport garanties/cotisations ou améliorer votre niveau de protection.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

Si vous souhaitez apporter des modifications à votre contrat d'assurance, vous devez le modifier par avenant avec votre assureur.

Si vous souhaitez apporter des modifications à votre régime, vous devez modifier l'acte de mise en place de votre régime (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur). Attention, de telles modifications vous font perdre le bénéfice de la période transitoire attachée aux règles des contrats responsables.

2. Votre branche vient de signer un accord collectif et votre régime Frais de santé n'est pas conforme à vos nouvelles obligations conventionnelles.

Vous avez l'obligation de mettre votre couverture santé en conformité avec les dispositions conventionnelles de branche au plus tard le 1er janvier 2016 (ou avant si votre branche l'impose). Vous pouvez également choisir d'améliorer les garanties fixées par votre branche.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

Vous devez modifier l'acte de mise en place de votre régime (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur) afin de vous mettre en conformité avec les dispositions de l'accord de branche, ainsi que votre contrat d'assurance.

Les modifications apportées à votre acte de mise en place vous font perdre le bénéfice de la période transitoire attachée aux règles des contrats responsables.

3. Votre branche n'est pas parvenue à signer un accord collectif.

Dans la mesure où votre régime Frais de santé déjà en place est collectif et obligatoire pour tous vos salariés, qu'il respecte le panier de soins minimum et le financement à hauteur de 50% minimum à votre charge, vous n'avez pas à le modifier.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

Si vous souhaitez néanmoins apporter des modifications à votre contrat d'assurance (par exemple, pour améliorer les garanties), vous devez le modifier par avenant avec votre assureur.

Si vous souhaitez apporter des modifications à votre régime, vous devez modifier l'acte de mise en place de votre régime (accord collectif, accord référendaire, décision unilatérale de l'employeur). Attention, de telles modifications vous font perdre le bénéfice de la période transitoire attachée aux règles des contrats responsables.

2

VOUS N'AVEZ AUCUN RÉGIME COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ COLLECTIF ET OBLIGATOIRE

ou bien vous avez déjà mis en place un régime complémentaire collectif et obligatoire au profit d'une partie seulement de vos salariés ou encore le régime que vous avez déjà mis en place (pour tout ou partie de vos salariés) ne respecte pas le panier de soins minimum et le financement à hauteur de 50% minimum à votre charge.

1. Votre branche est parvenue à signer un accord collectif.

Vous avez l'obligation de mettre en place dans votre entreprise un régime qui respecte à minima les dispositions de cet accord et ce, au plus tard le 1er janvier 2016 (ou plus tôt si votre branche l'impose)

Vous pouvez renforcer certains postes afin que vos salariés bénéficient de meilleures garanties (tout en vérifiant que vous respectez les règles des contrats responsables).

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

Vous devez mettre en place votre régime par un accord collectif, un accord référendaire ou une décision unilatérale de l'employeur et conclure un contrat d'assurance.

2. Votre branche n'est pas parvenue à signer un accord et votre entreprise comprend au moins 1 délégué syndical.

Depuis le 1er juillet 2014, vous êtes dans l'obligation d'engager des négociations internes pour la mise en place d'un régime collectif et obligatoire frais de santé pour tous vos salariés conforme à la couverture minimale (panier de soins et financement à 50%).

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

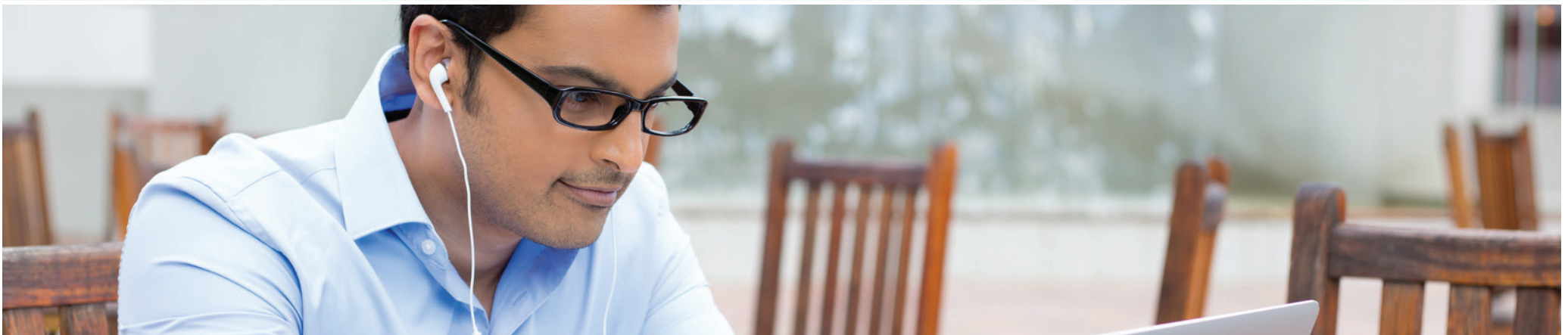
Vous avez l'obligation d'entamer des négociations, Si vous n'arrivez pas à conclure un accord, vous devrez mettre en place un régime collectif et obligatoire par Décision Unilatérale de l'Employeur au plus tard le 1er janvier 2016. Il faudra conclure un contrat d'assurance.

3. Votre branche n'est pas parvenue à un accord et votre entreprise ne comprend pas de délégué syndical.

Vous n'avez plus que quelques mois pour vous conformer aux nouvelles obligations et prendre les bonnes décisions.

CE QUE VOUS DEVEZ FAIRE :

Vous avez jusqu'au 1er janvier 2016 pour mettre en place, pour tous vos salariés, votre régime collectif et obligatoire par Décision Unilatérale de l'Employeur. Il devra être conforme à la couverture minimale (panier de soins et financement à hauteur de 50% minimum à votre charge) et aux règles des contrats responsables. Il faudra conclure un contrat d'assurance.





Quelle que soit la structure de votre entreprise, la mise en place de votre futur contrat santé va vous imposer le respect de règles très précises mais aussi le choix d'un contrat performant tant au niveau de ses garanties que sa gestion.

Pour éviter tout désagrément avec l'administration fiscale ou sociale ou tout risque de mécontentements de la part

de vos salariés sur leurs remboursements, notre cabinet, expert en protection sociale, sera en mesure, par son savoir-faire et son professionnalisme, de vous donner tous les conseils pour mettre en place votre contrat dans les meilleures conditions et pour trouver avec vous la solution adaptée à votre entreprise et à vos salariés.

Ce guide, que nous avons choisi de vous offrir, montre à l'évidence que notre Cabinet a placé le conseil et le service au sommet de ses priorités.

N'hésitez pas à faire appel à nos services.

A très bientôt !



LA PROXIMITÉ



Proche et disponible.
Notre cabinet sera en mesure de vous apporter toutes les réponses aux questions que vous pourrez vous poser sur la mise en place de votre contrat.



LE SERVICE



Accompagnement individualisé et sécurisé.
Notre cabinet sera présent à chacune des étapes de votre futur contrat pour vous assurer une mise en conformité en toute sérénité.



LE CONSEIL



Savoir-faire et expertise.
Notre cabinet saura trouver à vos côtés la solution adaptée à votre secteur d'activité, à vos besoins et à votre budget.



LE SÉRIEUX



Sélection des contrats.
Pour des garanties adaptées à votre secteur d'activité mais surtout aux attentes de vos salariés et de leurs ayants droit.



COMPLÉMENTAIRES SANTÉ RESPONSABLES : CE QUI CHANGE

Le décret du 18 novembre 2014 (précisé par la circulaire du 30 janvier 2015) est venu modifier les dispositions que doivent respecter les contrats complémentaires en santé pour bénéficier des aides fiscales et sociales attachées aux contrats responsables.

Votre contrat (ou votre futur contrat) est donc directement concerné par ce nouveau cadre juridique.

Ces nouvelles règles entreront en vigueur progressivement et dépendront de la date de mise en place du régime dans votre entreprise.

Quand devrez-vous appliquer ces nouvelles règles ?

• **Vous avez déjà une couverture santé collective dans votre entreprise.**

• **L'entrée en vigueur va dépendre de la date à laquelle l'acte de mise en place (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur) a été signé ou modifié**

• Votre accord collectif ou accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur a été mis en place ou modifié avant le 19 novembre 2014 (aucune modification n'intervient entre le 19 novembre 2014 et le 31 décembre 2017)

• **Vous bénéficiez de la période transitoire :**
vous avez jusqu'au 1er janvier 2018 au plus tard pour mettre votre contrat d'assurance en conformité

• Votre accord collectif ou accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur a été mis en place ou modifié après le 19 novembre 2014 *

Pour les contrats d'assurance en cours au 1er avril 2015 :

• **Si une modification intervient avant le 1er avril 2015,** vous devrez mettre votre contrat en conformité au 1er janvier 2016 pour les contrats calés sur l'année civile - soit la prochaine échéance intervenant après le 1er avril 2015.

• **Si une modification intervient après le 1er avril 2015,** vous devrez obligatoirement vous mettre en conformité avec les nouvelles règles.

• **Vous n'avez pas encore de couverture santé collective dans votre entreprise et vous comptez le faire après le 1er avril 2015**

• **Votre contrat devra obligatoirement respecter les nouvelles règles concernant les contrats responsables.**



ATTENTION :

Il est à noter que la circulaire examine 2 cas de figure particuliers lorsqu'un accord de branche a fait l'objet d'une modification après le 19 novembre 2014. Il conviendra de surveiller ce point avec votre conseiller.



MARTINE CHABERT

EXPERTISE COMPTABLE - CONSEIL



Adresse :

4 rue La Fayette
BP 30012
67023 Strasbourg

Téléphone :

03.88.65.91.63

Email :

Martine.Chabert@chabert-expertise-comptable.com

Site :

www.chabert-expertise-comptable.com