

La mise en place de la complémentaire santé dans la branche Animation

La loi du 14 juin 2013 de Sécurisation de l'emploi a généralisé la couverture complémentaire santé avec une mise en œuvre obligatoire par tous les employeurs à compter du 1^{er} janvier 2016.

Soucieux de permettre à la branche de bénéficier d'un régime santé de branche mutualisé, les partenaires sociaux se sont réunis et ont choisi de recommander 3 organismes assureurs auprès desquels il sera conclu des contrats de garanties collectives identiques : Humanis, Mutex et Umanens (La mutuelle familiale).

L'avenant 154 a été signé le 19 mai 2015 (texte complet dans la fiche A1-116) pour une mise en place de la complémentaire santé dans les entreprises de la branche dès janvier 2016.

Cet avenant prévoit un régime de base adulte isolé au profit du salarié. Le salarié a la faculté de souscrire à deux types d'options, pour lui-même, et peut également choisir de couvrir sa famille (conjoint et/ou enfants), sur le régime de base ou sur les options.

Cette fiche pratique permet de répondre à un certain nombre de questions concrètes auxquelles nous avons pu avoir des réponses : Quel est le calendrier de mise en place ? Quels sont les salariés concernés ? comment va se passer la mise en place du contrat santé ? Quels sont les choix des garanties proposés ? comment seront versées les cotisations ? Certaines questions sont en attente de résolution ; nous vous les communiquerons dès que possible.

1. Le calendrier de mise en place de la complémentaire santé

1. L'avenant n°154 a été signé le 19 mai 2015 définissant les garanties obligatoires du régime de branche et les opérateurs recommandés. Cet avenant doit être suivi de la signature d'un accord cadre conclu entre la branche et les 3 opérateurs, définissant les règles générales de mise en œuvre du régime, ainsi qu'un protocole technique et financier et un protocole de gestion, et entre autres les conditions générales de vente communes aux 3 opérateurs santé.
2. Vous pouvez d'ores et déjà contacter les opérateurs recommandés - Humanis, Mutex et Umanens. Les coordonnées locales de l'ensemble de ces interlocuteurs vous seront communiquées prochainement sur le site du CNEA.
A cette occasion, ils vous communiqueront une plaquette récapitulant les garanties et taux tels qu'ils figurent dans l'avenant n°154 ainsi que les services offerts. Vous pourrez ainsi réfléchir à l'opérateur avec lequel vous souhaitez contracter, sachant que les garanties et les tarifs sont identiques pour l'ensemble des 3 opérateurs.
Vous pouvez également d'ores et déjà :
 - Réfléchir le cas échéant à la mise en place d'une option collective (cf. ci-après) si l'employeur le souhaite (non obligatoire)
 - Commencer à diffuser l'information en interne en vous appuyant sur cette fiche pratique et les plaquettes des organismes de santé. Les organismes de santé pourront vous fournir à cette occasion les bulletins d'adhésion (pour l'employeur) et d'affiliation (pour les salariés) pour information.
3. Un accord cadre sera conclu entre les 3 opérateurs recommandés et la branche, normalement vers fin septembre-octobre 2015. L'opérateur que vous aurez choisi ou les opérateurs avec lesquels vous aurez eu des contacts vous enverront à cette occasion les notices d'information qui détaillent les modalités précises d'utilisation de la complémentaire santé ainsi que les conditions générales et particulières de vente qui découleront de l'accord cadre qui aura été signé.

4. Vous pourrez alors contracter avec l'opérateur choisi en remplissant et signant le bulletin d'adhésion communiqué à cet effet.
5. Vos salariés devront être couverts au 1^{er} janvier 2016 par le régime prévu par la branche a minima au niveau du régime de base.

2. Quelles entreprises sont concernées ?

Toutes les entreprises de la branche, quel que soit leur effectif, devront souscrire au 1^{er} janvier 2016 un contrat mettant en place une complémentaire santé pour leurs salariés, garantissant le contenu du régime prévu par l'avenant n°154.

3. Quels salariés sont concernés ?

En tant qu'employeur, est-ce que je peux exclure certains salariés de la complémentaire santé ?

L'avenant n°154 ne permet pas à l'employeur d'exclure unilatéralement certains salariés de la complémentaire santé, quel que soit leur temps de travail, la durée du contrat (exemple : un seul jour), le type de contrat de travail, ou leur ancienneté.

Remarque : durant les négociations sur la mise en place de la complémentaire santé, le CNEA avait milité pour une exclusion systématique des contrats courts, mais n'a pas eu gain de cause à ce sujet. Un terrain d'entente a été trouvé avec les syndicats de salariés en autorisant tous les cas de dispense permis par la loi (cf. ci après). Par ailleurs, la DGT (Direction générale du travail) s'est positionné plusieurs fois dans le sens d'une suppression des exclusions.

Les seules situations où les salariés peuvent ne pas être soumis au régime de santé sont les cas de dispense, lesquels doivent émaner d'une demande du salarié (cf. ci-après).

Est-ce que tous les salariés de mon entreprise doivent souscrire à la complémentaire santé de branche ?

Tous les salariés de l'entreprise sont par principe visés par la complémentaire santé dès lors qu'ils sont liés à l'entreprise par un contrat de travail :

- les salariés en CDI, CDD,
- les salariés en emploi aidé/d'insertion (CUI-CAE, emploi d'avenir, contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage,
- les fonctionnaires en activité accessoire : les fonctionnaires ne sont pas dispensés de l'obligation de souscrire à une mutuelle au titre de leur activité dans l'association du seul fait qu'ils ont le statut de fonctionnaire. Etant donné qu'une partie au moins des fonctionnaires n'ont pas l'obligation de souscrire à une complémentaire santé au titre de leur activité publique (ils ne sont pas soumis à la loi du 14/6/2013 sur la sécurisation de l'emploi), il se peut qu'ils ne puissent pas se prévaloir de la dispense indiquée ci-après (« salariés bénéficiant à titre personnel dans le cadre d'un autre emploi d'une couverture collective de remboursement de frais de santé »)
- les fonctionnaires détachés ou mis à disposition : ils doivent souscrire au contrat santé de branche si l'entreprise leur verse une rémunération en plus de leur traitement
- les salariés mis à disposition à titre non lucratif par une convention de mise à disposition doivent cotiser dans leur entreprise d'origine
- les CEE,
- les étudiants salariés
- ...

Les volontaires civiques et stagiaires ne sont pas concernés dans la mesure où ils ne sont pas salariés.

Toutefois, l'avenant n°154 autorise les salariés de la branche à ne pas adhérer à la complémentaire santé de l'entreprise dans les hypothèses suivantes :

Types de salariés	Commentaires
Salariés sous CDD et les apprentis sous CDD	<p>Tous les salariés en CDD peuvent être concernés quelle que soit la durée du CDD.</p> <p>Le salarié doit justifier d'une couverture individuelle souscrite ailleurs pour le même type de garanties (attestation démontrant que le salarié est couvert par une mutuelle quel que soit le niveau de garanties selon nos sources)</p>
Salariés travaillant pour plusieurs employeurs et salariés bénéficiant en qualité d'ayant droit (enfant ou conjoint) d'une couverture collective de remboursement de frais de santé dans le cadre d'un dispositif santé collectif et obligatoire	<p>Il s'agit des salariés qui sont couverts à titre obligatoire (régime familial de base) par la mutuelle de leur conjoint ou de leur parent (pour les étudiants par exemple), ainsi que les salariés multi-employeurs.</p> <p>Cette dispense pour un salarié au titre d'ayant droit ou multi-employeur ne joue que si le régime du conjoint prévoit la couverture des ayants-droit à titre obligatoire.</p> <p>Les salariés multi-employeurs pourront choisir chez quel employeur ils veulent souscrire une complémentaire santé et donneront aux autres employeurs la dispense avec le justificatif (attente de précisions par décret).</p>
Salariés couverts par une mutuelle personnelle au moment de la mise en place des garanties prévues par la branche ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ce cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.	<p>D'après les informations qui nous ont été transmises, ce cas de dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. A savoir que les contrats santé se renouvellent en principe à date anniversaire de souscription pour une durée d'un an :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour les contrats de travail en cours au 1^{er} janvier 2016 : la dispense durera un an depuis la date anniversaire du contrat. Au terme de cette dispense, l'employeur devra inscrire le salarié au régime de branche (sauf autre dispense). Ex. : pour un salarié ayant souscrit un contrat santé en mai 2005, son contrat sera reconduit de mai 2015 à mai 2016, avec obligation d'affiliation au régime de branche au 1/06/2016. La dispense ne pourra dans tous les cas excéder janvier 2017 pour ces salariés. - Pour les embauches ultérieures : la dispense vaudra un an à compter de la date anniversaire du contrat. Au terme de cette dispense, l'employeur devra inscrire le salarié au régime de branche (sauf autre dispense). Ex. : pour un salarié embauché en septembre 2016 et ayant souscrit un contrat santé en juillet 2000, son contrat sera reconduit de juillet 2016 à juillet 2017, avec obligation d'affiliation au régime de branche au 1/08/2017. <p>Les salariés doivent demander auprès de leur assureur un justificatif d'assurance.</p>
Salariés à temps très partiel et apprentis lorsque la cotisation santé due est au moins égale à 10% de la rémunération brute du salarié ¹	<p>Par exemple : pour une cotisation basée sur le PMSS² de 2015, soit de 29,80€ par mois dans la branche de l'Animation, soit 14,90€ pour le salarié, les salariés percevant une rémunération brute mensuelle inférieure ou égale à 149€ (10% de 14,90€) peuvent demander d'être dispensés de la complémentaire santé.</p>
Les salariés bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	<p>Cette dispense peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.</p>

Si vos salariés souhaitent être dispensés du régime de branche, ils doivent se manifester auprès de l'employeur et fournir un justificatif.

A défaut de justificatif, au 1^{er} janvier 2016, vous aurez l'obligation de les affilier au régime de branche. Si vous ne les affiliez pas, ou à défaut de produire ces éléments lors d'un contrôle Urssaf, le risque identifié est que l'Urssaf redresse l'entreprise sur les cotisations santé versées car les conditions du caractère obligatoire du régime de complémentaire santé ne seraient plus remplies.

¹ L'intervention du fonds d'action sociale pourra être sollicitée pour une prise en charge totale ou partielle de la cotisation de ces salariés.

² Plafond mensuel de la sécurité sociale

Les salariés qui souhaitent être dispensés de la mutuelle de branche et remplissent les conditions d'un des cas de dispense peuvent bénéficier de cette dispense quel que soit leur contrat de travail ou leur statut (sachant qu'ils doivent remplir systématiquement toutes les conditions de la dispense) :

- les salariés en CDI peuvent par principe accéder à tous les cas de dispense sauf celui des CDD
- les salariés en CDD peuvent par principe accéder à tous les cas de dispense
- les salariés en emploi aidé/d'insertion (CUI-CAE, emploi d'avenir, contrat de professionnalisation, contrat d'apprentissage, peuvent par principe accéder à tous les cas de dispense, y compris celui des CDD pour les salariés régis par ce contrat
- les fonctionnaires en activité accessoire ou fonctionnaires détachés et mis à disposition peuvent par principe accéder à tous les cas de dispense, y compris celui des CDD s'ils sont soumis à ce type de contrat
- les étudiants salariés peuvent par principe accéder à tous les cas de dispense, notamment celui du bénéfice d'une mutuelle au titre d'ayant droit s'ils sont rattachés à la mutuelle de leurs parents à titre obligatoire
- les salariés en CEE peuvent par principe accéder aux cas de dispense pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Comment le salarié peut-il être concrètement dispensé de s'affilier à la complémentaire santé de l'entreprise ?

Les salariés qui entrent dans un des cas de dispense prévus ci-dessus doivent solliciter, par écrit, auprès de leur employeur, leur dispense d'adhésion au régime complémentaire santé et produire tout justificatif requis (que ce soit pour les salariés en cours de contrat au 1^{er} janvier 2016 comme pour les nouvelles embauches).

Cette demande doit être faite dans les 30 jours, soit suivant l'embauche, soit suivant le changement de situation, soit suivant la mise en place du régime selon le cas.

Attention, pour les contrats très courts, la dispense demandée par le salarié devra être faite dans les temps au moment de l'embauche. Nous vous conseillons donc dans ces cas de demander le document à l'embauche sans attente des 30 jours.

Cette demande de dispense comporte la mention selon laquelle le salarié a été informé des conséquences de son choix (une trame de dispense vous sera fournie prochainement, soit par le CNEA, soit par les opérateurs santé).

A défaut de dispense écrite du salarié, l'employeur doit obligatoirement l'affilier au régime. Si l'employeur ne les affine pas, ou à défaut de produire cet écrit lors d'un contrôle URSSAF, l'employeur risquerait vraisemblablement un redressement Urssaf sur les cotisations santé versées.

Les justificatifs de la dispense doivent être produits et renouvelés chaque année par le salarié dans tous les cas.

Si mon salarié bénéficie d'une mutuelle à titre personnel qu'il considère très intéressante, est ce que l'employeur peut le dispenser de souscrire à la complémentaire santé et participer à sa mutuelle personnelle ?

Ce n'est pas possible. Si le salarié n'entre pas dans l'un des cas de dispense énoncés ci-avant, il a l'obligation de souscrire à la complémentaire santé de l'entreprise.

Si vous le dispensiez de votre propre chef de la complémentaire santé de branche, vous remettriez en cause le caractère collectif et obligatoire du régime et donc l'exonération de charges sociales sur l'ensemble des cotisations santé versées par les autres salariés de l'entreprise.

Si le salarié résilie sa complémentaire santé personnelle, il pourra le cas échéant souscrire à l'une des deux options à sa charge pour se rapprocher de son ancien contrat santé.

S'il décide de ne pas la résilier, il cotisera aux deux complémentaires santé (individuelle et de branche).

4. La mise en place effective du contrat santé dans l'entreprise

Les partenaires sociaux ont choisi de recommander aux entreprises de la branche de l'Animation pour assurer la couverture complémentaire santé 3 organismes assureurs : UMANENS (La mutuelle Familiale), le groupement MUTEX et Humanis Prévoyance.

Si je souhaite en tant qu'employeur ne pas suivre l'un des organismes recommandés ?

Nous vous conseillons de suivre la recommandation afin de permettre au régime de branche de bénéficier des pleins effets de la mutualisation et notamment le fonds social de solidarité.

Par ailleurs, le gouvernement serait en cours de réflexion pour mettre en place une pénalité financière pour les employeurs qui ne suivraient pas la recommandation de la branche.

Dans tous les cas, l'employeur qui ne souhaite pas suivre la recommandation devra respecter le même niveau de garanties et la répartition prévus par l'accord de branche.

4.1. Pour les entreprises qui n'ont pas de couverture santé au 31 décembre 2015

Que doivent-elles faire ?

Ces entreprises peuvent commencer à s'adresser aux organismes santé pour une mise en place du contrat santé au 1^{er} janvier 2016.

Une fois, qu'elles en auront choisi un, le prestataire leur remettra les contrats d'entreprise, les documents pour chaque salarié notamment la notice d'information avec les cas de dispenses (pour les derniers documents, ils seront remis vers septembre/octobre 2015 – cf. point 1 de la fiche pour plus de précisions).

Tous les salariés souhaitant bénéficier d'une dispense devront remettre la demande de dispense avec les justificatifs pour le 1^{er} janvier 2016 à l'employeur.

Comment informer les salariés et quelle nécessité ?

L'employeur devra prévenir bien en amont les salariés de l'application de cette complémentaire santé de branche. Cette information se fera en s'appuyant sur cette fiche pratique et les informations transmises par l'organisme santé choisi.

Cette information permettra aux salariés de prendre leurs dispositions afin de dénoncer le cas échéant leur mutuelle personnelle

Selon nos sources, la souscription des salariés à une mutuelle à titre obligatoire permettrait aux salariés de dénoncer leur mutuelle personnelle sans préavis à respecter et sans attente de la date anniversaire du contrat. Dans cette hypothèse, les salariés pourraient dénoncer valablement leur mutuelle à tout moment avec une applicabilité immédiate. Nous vous confirmerons prochainement ces informations.

Dans tous les cas, les salariés devront résilier leur contrat aux conditions de forme prévues par leur mutuelle personnelle, et par LRAR (pour des questions de preuve).

Si les salariés souhaitent bénéficier de la dispense temporaire au titre de la couverture par une mutuelle personnelle (cf. cas de dispense n°3 dans le tableau ci-avant), ils doivent fournir les justificatifs. Ils doivent savoir que cette dispense ne pourra plus être valable à compter du 1^{er} janvier 2017. Les salariés qui n'auraient pas dénoncé leur mutuelle personnelle au terme de leur dispense devront cotiser aux deux contrats santé, car l'employeur cotisera obligatoirement pour eux (sauf autre cas de dispense).

4.2 Pour les entreprises ayant déjà une complémentaire santé avant janvier 2016

Le régime de base conventionnel constitue un socle que les partenaires sociaux considèrent comme minimal ne remettant pas en cause les régimes d'entreprise plus favorables, mais les entreprises déjà pourvues d'une complémentaire santé devront vérifier que pour chaque garantie, prise individuellement, le régime d'entreprise soit au moins équivalent au régime de branche.

Il faudra ainsi vérifier pour chaque garantie : optique, dentaire... que le régime d'entreprise est au moins aussi favorable pour le salarié en terme de niveau de garantie.

5. Le choix des garanties par le salarié et l'entreprise

La base 1 ci-après correspond au niveau minimum de garantie qui doit couvrir les salariés de la branche.

Les options n°1 et n°2 ci-après sont les options auxquelles les salariés peuvent souscrire à la place de la base 1 en versant une cotisation plus importante (cf. ci-après pour leur participation financière).

Le salarié peut couvrir à titre facultatif ses enfants et/ou son conjoint³ sur le régime de base ou les options n°1 et 2.

³ La définition précise des enfants et du conjoint sera fixée par les Conditions générales délivrées par les opérateurs santé vers septembre/octobre (cf. point 1 de la fiche pratique), mais il faut savoir qu'en général, les usages prévoient des définitions relativement larges.

Attention : le choix du salarié pour lui-même et ses ayants droits l'engage pour 2 ans. S'il souhaite changer ses options pour lui-même ou pour ses ayants droits, il devra attendre ce délai avant de pouvoir en changer.

L'entreprise peut également décider de souscrire collectivement en 2016 à un contrat complémentaire santé plus élevé que le régime de base. Il peut prévoir un contrat sur mesure ou mettre en place de manière collective les options n°1 ou n°2 ou un régime famille pour l'ensemble de ses salariés par décision unilatérale ou accord collectif (précisions à venir).

Garanties prévues par le régime de branche (régime de base et options n°1 et 2) :

	Remboursement total dans la limite des frais réels sous déduction de la Sécurité Sociale		
	Base 1	Option N°1	Option N°2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires CAS	100% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non CAS	100% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait actes lourd	non couvert	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Consultations - visites Généralistes CAS			
Consultations - visites Généralistes non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	140% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non CAS	120% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie	100% BR (médicaments remboursés à 65% et 30% y compris homéopathie)	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couvert	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Radiologie non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille - minimum TM (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limitée à 3 prothèses par an et par bénéficiaire (équivalent SPR 50). Au-delà, garantie égale à celle du Décret n°2014-1025			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200% BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires			
Remboursées: dents du sourire	200% BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche	150% BR	250% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	150% BR	175% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie			
Implantologie	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Garanties BASE CONVENTIONNELLE			
	Base 1	Option N°1	Option N°2
Frais d'optique les garanties s'entendent : verres + monture (mineurs) et lentilles par an et par bénéficiaire ; verres + montures (adultes) une paire tous les deux ans			
Verres et Montures	Un forfait 2 verres + monture de 100,150 ou 200 € selon la correction	Grille Optique n°2	Grille Optique n°3
Lentilles	non couverte	3% du PMSS par an et par bénéficiaire	5% du PMSS par an et par bénéficiaire
Prescrites : Acceptée, refusée, jetables			
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverte	5% du PMSS	7% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couverte	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse			
Par bénéficiaire	non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur	oui au ticket modérateur
Patch anti-tabac	non couvert	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire

* Tel que défini dans le Décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L.911-7 du code de la sécurité sociale.

BR : base de remboursement - CAS : contrat d'accès aux soins.

Grilles détaillant les tarifs de remboursement des verres et montures des options n°1 et 2 :

Grille n°2		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	70,00 €	257,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	110,00 €	349,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243540, 2291088, 2	26,68 €	16,01 €	90,00 €	315,31 €	2265330, 2280660,	4,12 €	2,47 €	130,00 €	391,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	110,00 €	377,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	150,00 €	435,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	80,00 €	281,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	120,00 €	371,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	100,00 €	346,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	140,00 €	414,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	120,00 €	376,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	160,00 €	454,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	140,00 €	439,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	180,00 €	498,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	130,00 €	410,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	200,00 €	535,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	150,00 €	455,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	220,00 €	579,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	160,00 €	475,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	230,00 €	599,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	180,00 €	543,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	250,00 €	656,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	85,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	125,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée

Grille n°3		Enfants < 18 ans			Rbt Tot.	Adultes				Rbt Tot.
Type de Verre	Code LPP	LPP < 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M	Code LPP	LPP > 18 ans	Rbt SS	Rbt Ass. (*)	2 V + 1 M
<i>Verres Simple Foyer, Sphérique</i>										
sphère de -6 à +6	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	80,00 €	292,74 €	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	120,00 €	394,45 €
sphère de -6,25 à -10 ou de +6,25 à +10	2243540, 2291088, 2	26,68 €	16,01 €	100,00 €	350,31 €	2265330, 2280660,	4,12 €	2,47 €	140,00 €	436,65 €
sphère < -10 ou > +10	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	120,00 €	412,26 €	2235776, 2295896	7,62 €	4,57 €	160,00 €	480,85 €
<i>Verres Simple Foyer, Sphéro-cylindriques</i>										
cylindre < +4 sphère de -6 à +6	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	90,00 €	316,22 €	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	130,00 €	416,10 €
cylindre < +4 sphère < -6 ou > +6	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	110,00 €	381,83 €	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	150,00 €	459,94 €
cylindre > +4 sphère de -6 à +6	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	130,00 €	411,77 €	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	170,00 €	499,20 €
cylindre > +4 sphère < -6 ou > +6	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	150,00 €	474,09 €	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	190,00 €	543,04 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphériques</i>										
sphère de -4 à +4	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	140,00 €	445,31 €	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	210,00 €	580,49 €
sphère < -4 ou > +4	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	160,00 €	490,25 €	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	230,00 €	624,69 €
<i>Verres Multi-focaux ou Progressifs Sphéro-cylindriques</i>										
sphère de -8 à +8	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	170,00 €	510,61 €	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	240,00 €	644,15 €
sphère < -8 ou > +8	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	190,00 €	578,24 €	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	260,00 €	701,15 €
Monture	2210546	30,49 €	18,29 €	100,00 €		2223342	2,84 €	1,70 €	150,00 €	

(*) Le remboursement assureur s'entend par verre, les verres + monture sont limités à une paire tous les deux ans pour les adultes sauf changement de correction médicalement constatée

6. Le tarif de la cotisation santé

Les cotisations servant au financement du régime sont exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

6.1. Tarifs de cotisations dans les entreprises dans lesquelles il n'y a pas de décision unilatérale de l'employeur sur la santé ou d'accord d'entreprise

Ces sont les tarifs dans les entreprises où seul le régime de base est obligatoire.

Le salarié peut opter de manière facultative pour les options n°1 et 2 pour lui-même, et couvrir sa famille (conjoint/enfants) sur le régime de base ou les options n°1 et 2.

Les tarifs en € sont indiqués à titre d'exemple pour donner une idée des montants, sachant que les montants exacts seront connus en 2016 lorsque le plafond mensuel de la sécurité sociale sur lesquels ils sont basés sera précisément connu.

Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole				
		Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
OBLIGATOIRE	Salarié isolé (minimum obligatoire)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	0.94 % du PMSS (29,80€ base 2015)
FACULTATIF	Salarié isolé avec l'option 1	0.47 % du PMSS + 0.64 % du PMSS (35,19€ base 2015)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	
	Salarié isolé avec l'option 2	0.47 % du PMSS + 0.86 % du PMSS (42,16€ base 2015)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	
	Salarié souscrivant une option pour ses enfants (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	Régime base : + 0.70 % du PMSS par enfant (22,19€ base 2015) Option 1 : + 0.70 % du PMSS + 0,64%par enfant (42,48€ base 2015) Option 2 : + 0.70 % du PMSS + 0,86% par enfant (49,45€ base 2015)		
	Conjoint	Régime base : + 1.08 % du PMSS (34,24€ base 2015) Option 1 : + 1,08 % du PMSS + 0,64% (54,52€ base 2015) Option 2 : + 1.08 % du PMSS + 0,86% (61,50€ base 2015)		

Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale Alsace Moselle (régime local)				
		Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
OBLIGATOIRE	Salarié isolé (minimum obligatoire)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	0.42 % du PMSS (13,31€ base 2015)
FACULTATIF	Salarié isolé avec l'option 1	0.21 % du PMSS + 0.64 % du PMSS (26,95€ base 2015)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	
	Salarié isolé avec l'option 2	0.21 % du PMSS + 0.86 % du PMSS (33,92€ base 2015)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	
	Salarié souscrivant une option pour ses enfants (gratuité à compter du 3 ^{ème} enfant)	+ 0.34 % du PMSS par enfant (10,78€ base 2015) Option 1 : + 0.34 % du PMSS + 0,64%par enfant (31,07€ base 2015) Option 2 : + 0.34 % du PMSS + 0,86% par enfant (38,04€ base 2015)		
	Conjoint	+ 0.48 % du PMSS (15,22€ base 2015) Option 1 : + 0,48 % du PMSS + 0,64% (35,50€ base 2015) Option 2 : + 0,48 % du PMSS + 0,86% (42,48€ base 2015)		

Sauf cas de dispense, le salarié et l'employeur doivent acquitter obligatoirement a minima la cotisation de base « salarié isolé » qui ne couvre que le salarié. Cette cotisation est financée a minima à 50% par l'employeur.

L'employeur ne peut pas réduire sa participation, elle est obligatoirement égale à 50% mais il peut l'augmenter par accord d'entreprise ou par décision unilatérale.

Remarque : les entreprises qui n'auraient pas choisi les organismes recommandés par les partenaires sociaux doivent également respecter la répartition de 50/50.

6.2. Tarifs de cotisations dans les entreprises où une décision unilatérale de l'employeur ou un accord collectif prévoit un régime collectif égal à l'option 1 ou 2 de la branche

Dans ce cas, la répartition est au moins égale à 50% pour l'employeur sur l'ensemble de la part de cotisation obligatoire.

Exemple : s'il met en place le régime de l'option n°2 à titre obligatoire dans la structure, sa participation devra au moins être de 50% sur le tarif de l'option n°2, soit 0.47%+0.36% part patronale sur le régime général (cf. ci-dessous dans le tableau).

Si une part de la cotisation (supérieure au régime de base) demeure facultative pour le salarié (ex : le régime obligatoire de la structure est celui de l'option n°1, le salarié pouvant opter pour l'option n°2), la répartition pourra être différente sur l'option n°2 (ex. : 60 pour le salarié et 40 pour l'employeur).

Les tarifs en € sont indiqués à titre d'exemple pour donner une idée des montants, sachant que les montants exacts seront connus en 2016 lorsque le plafond mensuel de la sécurité sociale sur lesquels ils sont basés sera précisément connu.

Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale ou de la Mutualité Sociale Agricole				
		Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
OBLIGATOIRE	Salarié isolé (minimum obligatoire)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	0.47 % du PMSS (14,90€ base 2015)	0.94 % du PMSS (14,90€ base 2015)
Exemples de mise en place de régimes plus élevés sur l'option n°1 et 2 à titre obligatoire dans l'entreprise (par décision unilatérale de l'employeur ou accord collectif)	Salarié isolé avec l'option 1	0.47 % du PMSS + 0.265 % du PMSS* (23,30€ base 2015)	0.47 % du PMSS + 0.265 % du PMSS* (23,30€ base 2015)	1.47% du PMSS (46,60€ base 2015)
	Salarié isolé avec l'option 2	0.47 % du PMSS + 0.36 % du PMSS** (26,31€ base 2015)	0.47 % du PMSS + 0.36 % du PMSS** (26,31€ base 2015)	1.66% du PMSS (52,62€ base 2015)
Salariés relevant du Régime Général de la Sécurité sociale Alsace Moselle (régime local)				
		Cotisation salariale	Cotisation patronale	Cotisation globale
OBLIGATOIRE	Salarié isolé (minimum obligatoire)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	0.21 % du PMSS (6,66€ base 2015)	0.42 % du PMSS (13,31€ base 2015)
Exemples de mise en place de régimes plus élevés sur l'option n°1 et 2 à titre obligatoire dans l'entreprise (par décision unilatérale de l'employeur ou accord collectif)	Salarié isolé avec l'option 1	0.21 % du PMSS + 0.265 % du PMSS* (15,06€ base 2015)	0.21 % du PMSS + 0.265 % du PMSS* (15,06€ base 2015)	0.95% du PMSS (30,12€ base 2015)
	Salarié isolé avec l'option 2	0.21 % du PMSS + 0.36 % du PMSS** (18,07€ base 2015)	0.21 % du PMSS + 0.36 % du PMSS** (18,07€ base 2015)	1.14% du PMSS (36,14€ base 2015)

* 0,265% étant la moitié de la cotisation de l'option n°1 prévue à titre obligatoire par l'avenant n°154 (article 11.3.3) égale à 0,53%.

** 0,36% étant la moitié de la cotisation de l'option n°2 prévue à titre obligatoire par l'avenant n°154 (article 11.3.3) égale à 0,72%.

7. Le versement de la cotisation santé

Comment s'opère concrètement le versement des cotisations à l'organisme assureur ?

La cotisation est prélevée sur le bulletin de paie pour la participation patronale et salariale de la cotisation obligatoire correspondant soit à la cotisation de base (ou l'option 1 ou 2 quand un régime plus élevé est mis en place par décision unilatérale ou accord d'entreprise).

Concernant les options facultatives prises en charge par le salarié (option 1 et 2 et couverture enfants/conjoint), le salarié paie directement sa cotisation à l'organisme assureur.

Ces cotisations patronales et salariales sont elles soumises à charges sociales et/ou fiscales ?

Ces contributions sont exonérées de cotisations dès lors qu'elles remplissent les conditions liées au caractère obligatoire de la complémentaire santé (c'est le cas si l'employeur respecte bien l'avenant 154 et les cas de dispense).

La contribution patronale (dans sa totalité) est en revanche soumise à l'impôt sur le revenu du salarié.

Que se passe t-il pour les contrats inférieurs à 1 mois ou les départs ou arrivées en cours de mois ?

Il n'y a pas de proratisation possible selon le temps de travail ou à la date d'entrée / sortie du salarié. La cotisation est due en totalité.

Nous vous rappelons que les salariés en CDD ou CEE qui souhaitent bénéficier d'une dispense doivent faire la demande de dispense s'ils le souhaitent à l'embauche.

Que se passe t-il lorsque mon salarié est absent pour sa mutuelle ?

L'adhésion est maintenue lors d'une suspension de contrat :

- Quelle qu'en soit la cause dès lors que les salariés bénéficient d'un maintien de salaire (total ou partiel ou d'IJ complémentaires) : exemple : maladie, accident du travail... ;
- Exercice du droit de grève ;
- Congés de solidarité familiale et de soutien familial
- Congé non rémunéré (quelle que soit sa nature) qui n'excède pas un mois continu.

Pendant ces périodes, l'employeur et le salarié continuent de verser la même cotisation.

Dans les autres cas, l'adhésion et le bénéfice du régime complémentaire santé ne sont pas maintenus.

Exemples : Congé sans solde (de plus d'un mois), congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise.

Les salariés pourront dans ce cas continuer à adhérer au régime pendant la suspension du contrat sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale) directement auprès de l'organisme assureur.

8. Portabilité en fin de contrat de travail

A la fin du contrat de travail ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage, les salariés auront droit au maintien du régime complémentaire santé dont ils bénéficiaient quand ils étaient en cours de contrat.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail (ou des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur), appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite maximale de 12 mois de couverture.

Ce maintien étant financé par la mutualisation du régime, les anciens salariés ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire.

L'employeur devra informer le salarié de ce droit en insérant une mention sur le certificat de travail (modèle dans la fiche R2 mis à jour).

La portabilité s'applique de la même façon pour les ayants-droit du salarié lorsqu'il a cotisé pour eux.

En fin de contrat de travail, les informations sur le contrat santé seront communiquées via la DSN qui sera obligatoire pour toutes les entreprises en janvier 2016.

