

Obligation de couverture « FRAIS DE SANTÉ »

La loi du 14 juin 2013 a transposé l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 et prévoit une évolution importante de la protection sociale : la **généralisation de la complémentaire SANTÉ pour tous les salariés**, avec une participation de l'employeur.

Le décret du 08 septembre 2014 a fixé un panier de soins minimum pour les couvertures d'entreprises.

Le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, visant à renforcer le cahier des charges des contrats responsables vient d'être publié au JORF (19/11/2014). **Les régimes collectifs et obligatoires de prévoyance « frais de santé » devront respecter ce nouveau cahier des charges**, afin de continuer à bénéficier des exonérations sociales et fiscales prévues par la législation.

Suite à la parution du décret du 09 janvier 2012, les salariés sont classés dans 2 catégories, dites « **catégories objectives** » : les CADRES et les NON CADRES. Ainsi, les ETAM et les ouvriers bénéficient du même contrat, même participation de l'employeur, et mêmes tarifs. Les modèles de DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur) sont disponibles auprès de PROBTP sur simple demande de l'entreprise, ou auprès du gestionnaire du contrat.

Le panier de soins minimum

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014 a fixé les nouvelles bases des contrats responsables : **le panier de soins**. Ce décret précise le panier minimum des garanties ainsi que les plafonds de garanties applicables à certains postes de soins.

Le contrat responsable devra **prendre en charge les soins suivants**, tout en respectant les plafonds fixés :

1) Les soins de ville :

- ✚ intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour les consultations du médecin, les frais de laboratoire et de pharmacie (sous prescription du médecin), et qui entrent dans le cadre du parcours de soins coordonné ;
- ✚ Prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention ;
- ✚ La prise n'est plus obligatoire pour les frais liés aux spécialités homéopathiques, aux cures thermales et aux médicaments principalement destinés à des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré ou faible.

Obligation de couverture « FRAIS DE SANTÉ »

2) Les frais d'hospitalisation :

Le minimum est fixé au niveau du ticket modérateur. Le forfait journalier doit être pris en charge (18€ en hôpital et 13.50€ en psychiatrie) intégralement dans le cadre de ces nouvelles dispositions et sans limitation de durée.

3) Les frais d'optique :

Le minimum de prise en charge est de 50€ pour les verres simples ou 125 € (voire 200 €) pour les verres complexes.

La prise en charge des lunettes est limitée à une paire par période de 2 ans (sauf mineur ou évolution de la vue, limitation à 1 paire par an). Les verres simples sont pris en charge au maximum de 470€ par équipement, les verres complexes entre 610 et 850€ par équipement selon la gravité de l'atteinte de la vision.

4) Les dépassements d'honoraires :

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins peuvent être pris en charge dans la double limite de 125% du tarif opposable pour les soins délivrés en 2015 et 2016.

Les autres conditions applicables aux contrats responsables et ouvrant droit aux exonérations sociales et fiscales de cotisations de sécurité sociale prévues pour la contribution patronale ne sont pas modifiées.

Si le salarié souhaite être mieux couvert ou couvrir avec lui sa famille, il peut souscrire des garanties complémentaires auprès du gestionnaire du contrat (PROBTP ou autre), la totalité des frais liés à cette garantie étant à sa propre charge.

La fiscalisation de la participation employeur

La loi de finances pour 2014 prévoit la fiscalisation de la participation de l'employeur pour les salariés titulaires d'un contrat collectif de frais de santé à compter de l'imposition des revenus 2013.

Obligation de couverture « FRAIS DE SANTÉ »

L'agenda de mise en œuvre

La mise en conformité des contrats se passent en 2 étapes :

- ✚ 1^{er} juillet 2014 : mise en place des 2 catégories objectives
- ✚ 1^{er} janvier 2016 : obligation pour tout employeur de proposer une mutuelle à ses salariés avec au minimum le panier de soins, une participation de l'employeur d'au moins 50%, et sans obligation de couvrir les membres de la famille.

S'agissant des contrats responsables, **à partir du 1^{er} avril 2015**, les contrats collectifs souscrits ou renouvelés devront appliquer les nouveaux critères des contrats responsables.

Par contre, **les entreprises qui ont mis en place leur contrat « frais de santé » avant la publication de la loi LFRSS pour 2014 (9 août 2014) ont jusqu'au 31 décembre 2017** pour mettre en conformité leur contrat, à condition de ne pas réviser les conditions dans l'intervalle. Pour ces entreprises, il est conseillé de se tourner vers le gestionnaire du contrat (PROBTP ou assureur privé) afin de vérifier les clauses du contrat, et éventuellement le mettre en conformité.

La portabilité du contrat

Il est rappelé que l'ANI du 11/01/2008 prévoit le maintien des garanties prévoyance et santé pour les salariés privés d'emploi, dans le cadre de la portabilité des droits.

En matière de frais de santé, les règles varient selon que l'entreprise est couverte ou non par PROBTP :

- ✚ Si l'entreprise a souscrit au régime frais de santé mis en place par PROBTP, la portabilité des droits des ouvriers, ETAM ou cadres du BTP devient égale à la période d'indemnisation par l'assurance chômage, dans la limite maximale de 36 mois. Pour rappel, elle était précédemment de 9 mois pour les ETAM et Cadres, et illimitée pour les ouvriers.
- ✚ Si l'entreprise a souscrit un régime de frais de santé auprès d'un autre organisme que PROBTP, elle doit se rapprocher de l'organisme assureur pour connaître la durée appliquée avec pour plancher la règle légale de 12 mois.
- ✚ Les garanties sont maintenues 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 s'ils consécutifs chez le même employeur.