

# LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

JOURNÉE DU 25 SEPTEMBRE 2018



malakoff médéric

SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

**Patricia BECHU**  
**Responsable des Relations extérieures**  
**[pbechu@malakoffmederic.com](mailto:pbechu@malakoffmederic.com)**

**Pauline KLEIN**  
**Juriste**  
**[pklein@malakoffmederic.com](mailto:pklein@malakoffmederic.com)**



- 1. Qu'est ce qu'une « complémentaire santé » ?*
- 2. Les intervenants de la protection sociale complémentaire*
- 3. Principes de remboursements*
- 4. Focus sur les dispenses d'affiliation*
- 5. Comment suivre un régime dans une entreprise ?*

# *THÈME 1*

*QU'EST CE QU'UNE « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ » ?*

- En France, l'assurance maladie **complémentaire** (AMC), ou **complémentaire santé**, est un système d'assurance maladie qui complète celui de la Sécurité sociale en intervenant sous forme d'un complément de remboursement des soins

## ***THÈME 2***

# ***LES INTERVENANTS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE***

## Les organismes assureurs

- Les institutions de prévoyance
- Les mutuelles
- Les sociétés d'assurance

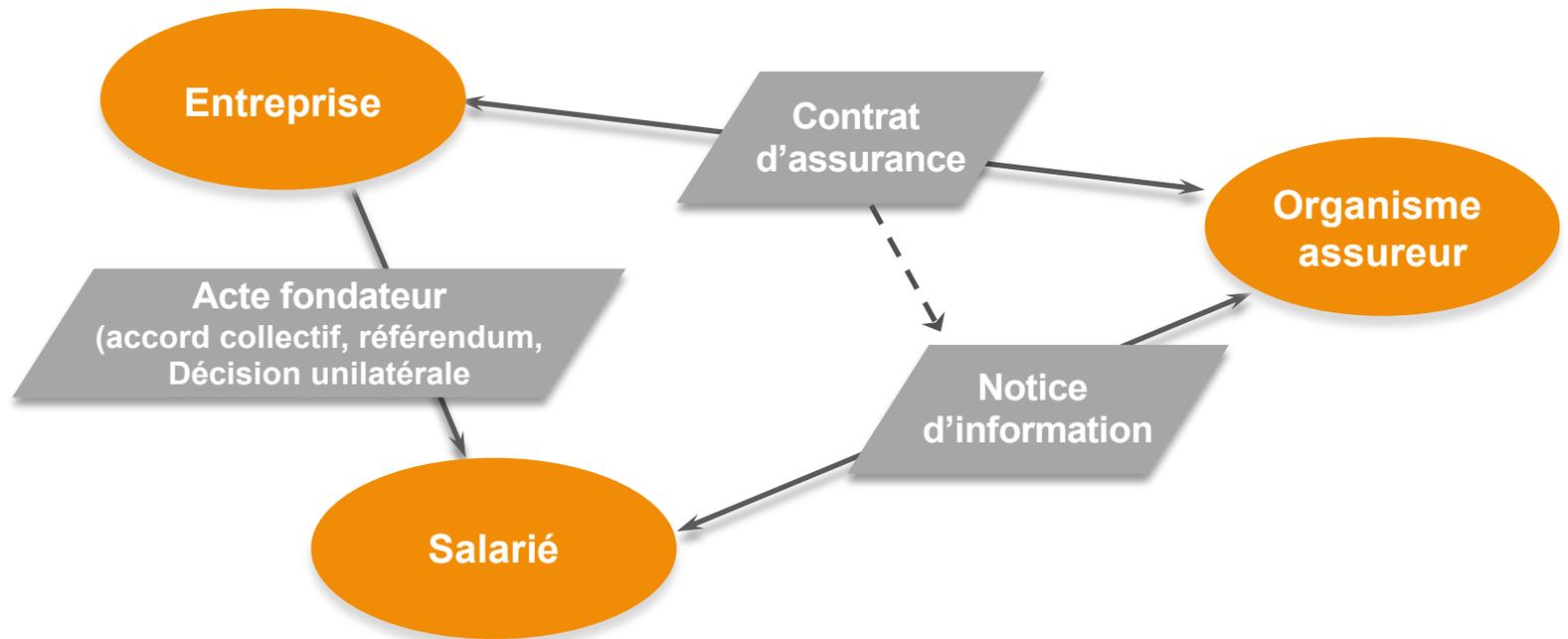
## Les courtiers

- Rôle : intermédiaire / conseil pour l'entreprise
- Coût

## L'entreprise souscriptrice : l'assurance collective de salariés

- Le contrat d'assurance est souscrit par le chef d'entreprise
- Les assurés sont les salariés de l'entreprise

## Contrat collectif d'entreprise à adhésion obligatoire et/ou facultative



## Quel est l'intérêt par rapport à une assurance individuelle ?

- Une tarification plus avantageuse
- Un financement en tout ou partie pris en charge par l'entreprise
- L'absence de démarches à accomplir pour le salarié
- Un coût unique quel que soit l'âge ou l'état de santé du salarié
- Des avantages en termes d'impôt et de charges sociales

# Focus sur les couvertures surcomplémentaires

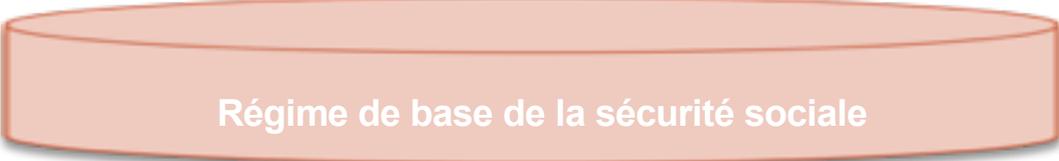
Surcomplémentaire



Complémentaire



Base



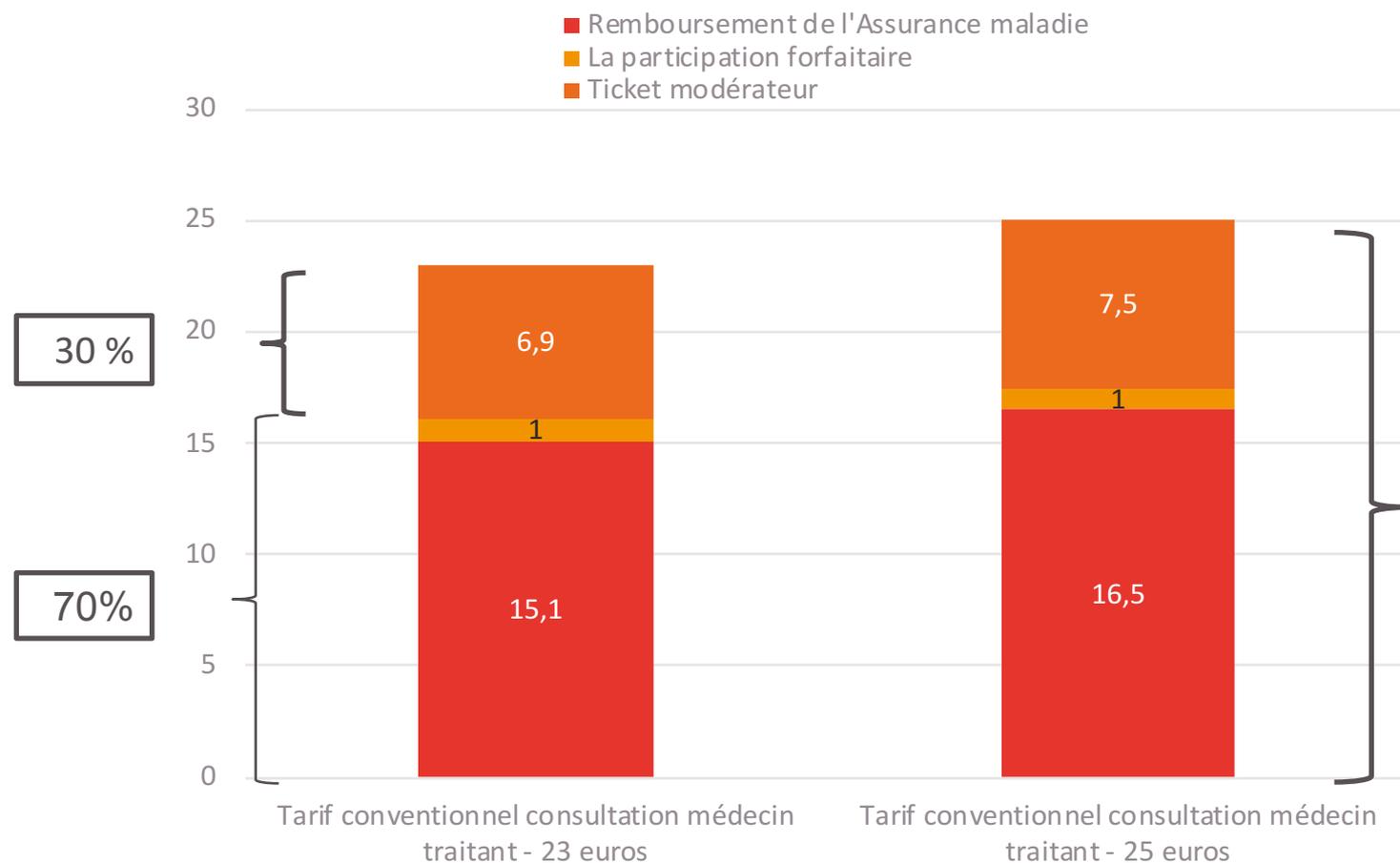
# *THÈME 3 – PRINCIPES DE REMBOURSEMENT*

## *NOTIONS DE BASE*

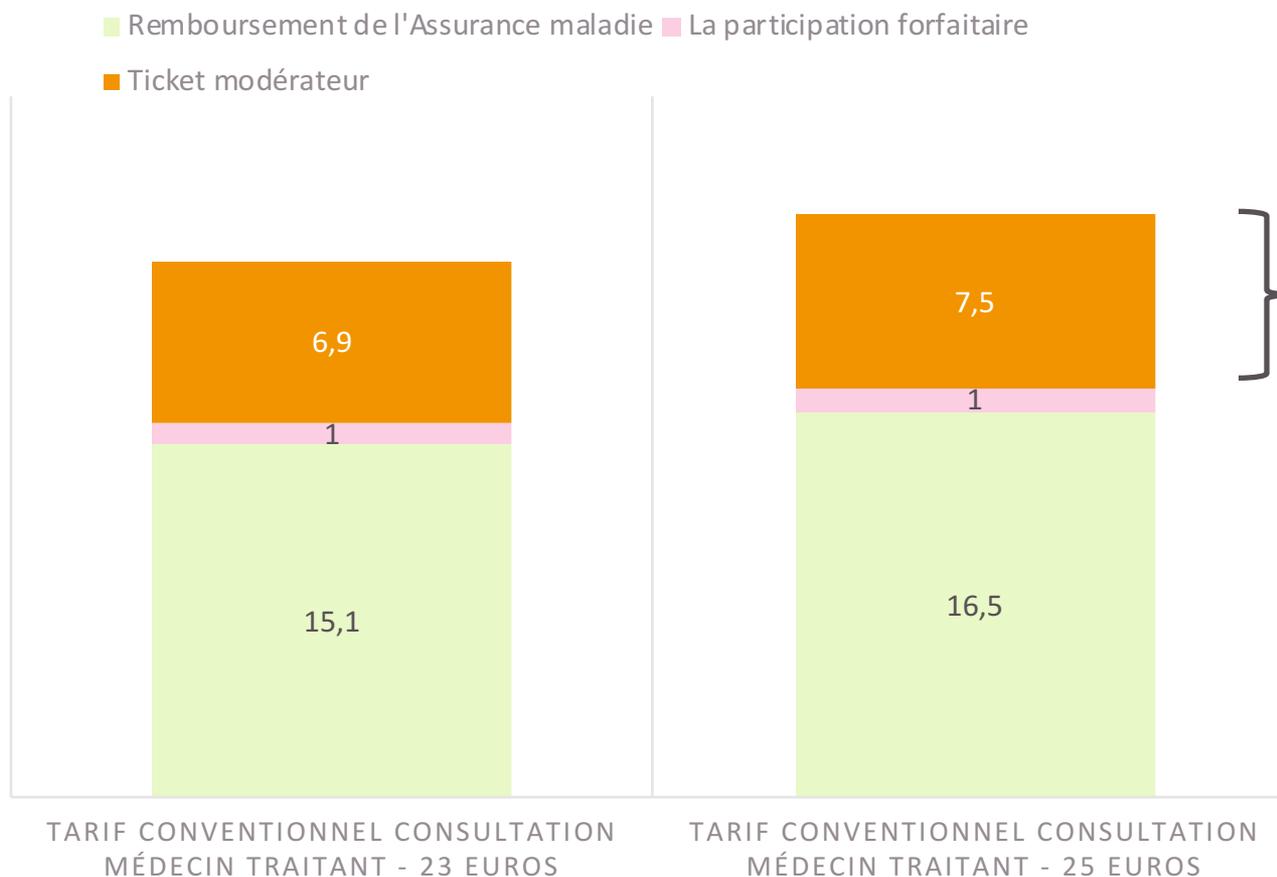
## Notions de base

- **Secteur 1** : Le médecin qui adhère à la Convention en secteur 1 s'engage à ne pas pratiquer de dépassement du tarif de base/convention (85% des médecins).
- **Secteur 2** : Le praticien dit à « honoraires libres » peut demander un dépassement du tarif SS. Le remboursement SS ne tient toutefois pas compte de ces dépassements (14% des médecins).
- **Secteur non conventionné** : Les actes effectués par les médecins n'ayant pas adhéré à la Convention nationale - les « non conventionnés », sont remboursés à partir d'un tarif d'autorité beaucoup plus bas que le tarif de convention (Catégorie assez rare: 500 médecins répertoriés soit 0.5% du total).
- **Contrat d'accès aux soins (CAS) – (OPTAM en 2017)** : Le contrat d'accès aux soins est un contrat proposé aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 par l'assurance maladie obligatoire, par lequel le médecin s'engage notamment à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires. Il bénéficie en contrepartie d'une participation de l'assurance maladie obligatoire au financement d'une partie de ses cotisations sociales. Le contrat est souscrit, sur la base du volontariat, pour une durée de 3 ans.

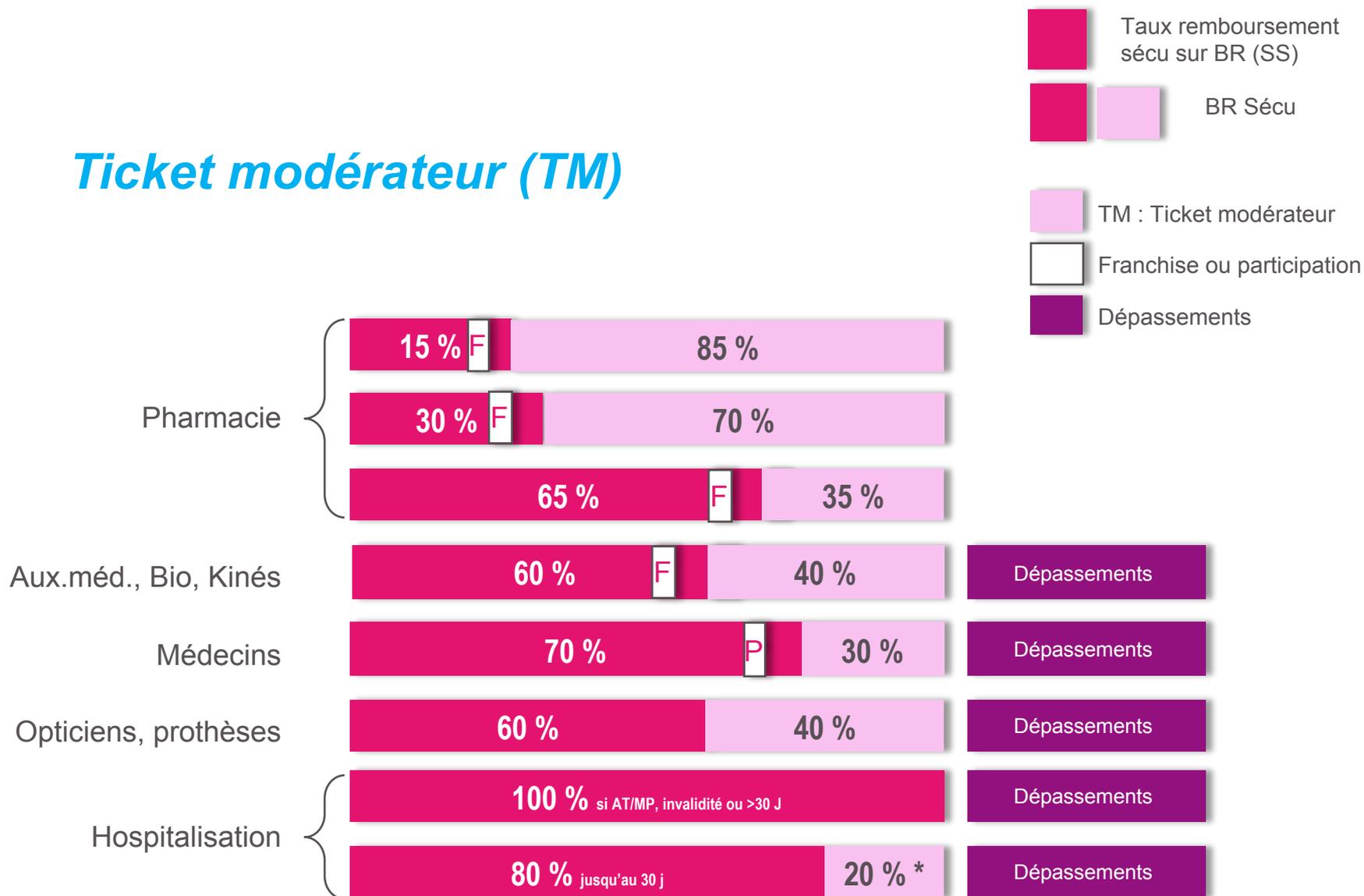
- **Tarif conventionnel ou « opposable » ou Base de remboursement (BR) :** il est fixé par la convention médicale entre les professionnels de santé et la CNAM. La convention détermine grâce à un barème, pour chaque acte médical, le montant sur lequel est calculé le remboursement de la Sécurité sociale. La consultation médicale d'un généraliste de secteur 1 est ainsi fixée à **23 euros** (1<sup>er</sup> mai 2017 : 25 euros).



- **Ticket modérateur (TM)** : le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social une fois que l'AMO a remboursé sa part. La complémentaire santé peut le prendre en charge en partie ou en totalité.

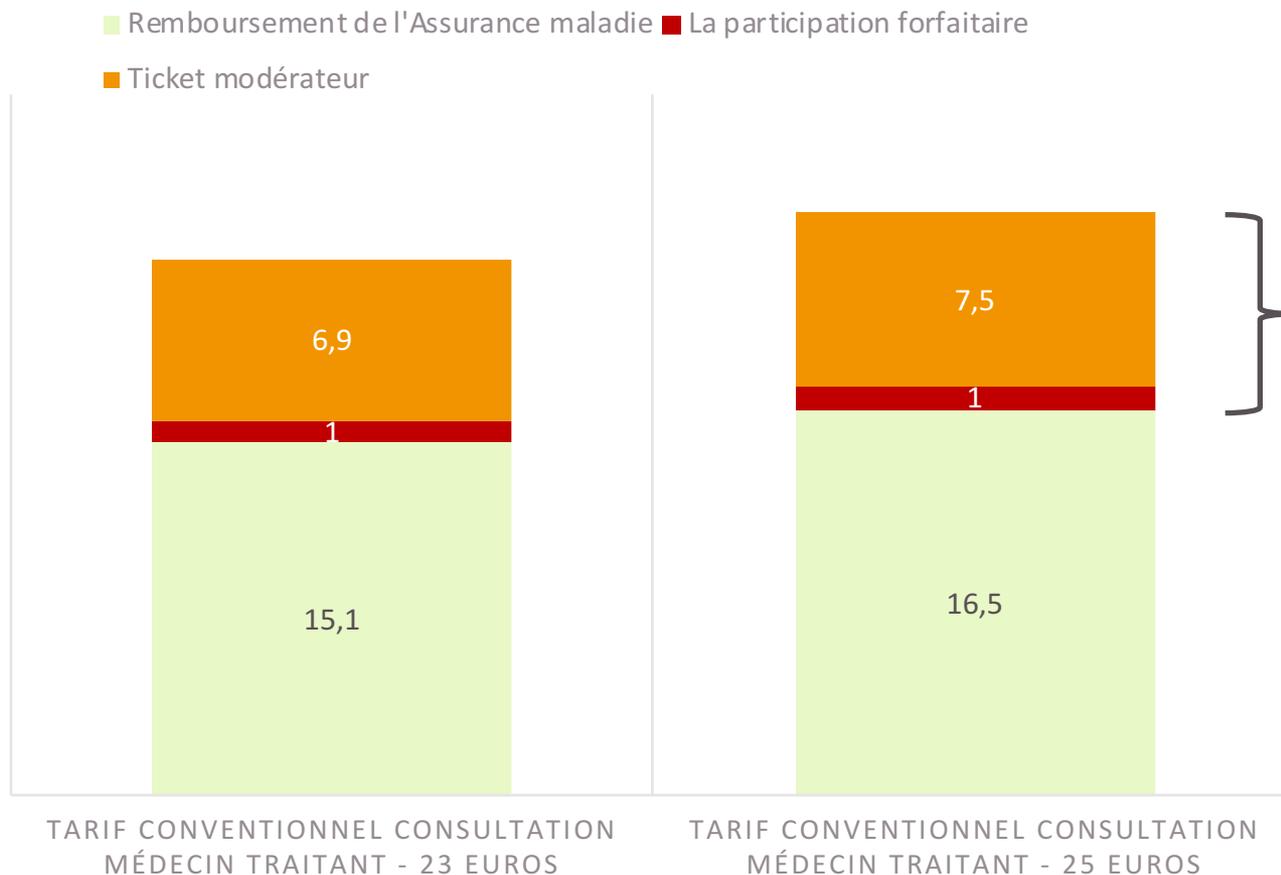


## Ticket modérateur (TM)



(\*) si dépenses <120 € ou acte(s) < 60 sinon TM =18€ depuis 01.03.2011

➤ **Reste à charge** : le reste à charge correspond à la somme restante à payer par l'assuré social, une fois déduit ses remboursements provenant de sa CPAM et le cas échéant sa complémentaire santé



- **Tiers payant :** mécanisme qui permet de dispenser le bénéficiaire de l'Assurance maladie de faire l'avance des frais médicaux. Il s'applique aux personnes dans certaines situations (bénéficiaire de la CMUC, de l'ACS ou de l'AME, victime d'un accident du travail, atteint d'une affection de longue durée (ALD) par exemple)

## ***THÈME 3 – PRINCIPES DE REMBOURSEMENT***

### ***Le cahier des charges des contrats responsables***

# CONTENU DE LA COUVERTURE DES CONTRATS RESPONSABLES

	Obligations de prise en charge	Interdictions de prise en charge
	Pas de délai de carence	Participation forfaitaire de 1€
<b>Nouveau cahier des charges</b>	<u>Garanties obligatoires:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>TM</b> des actes remboursables par l'AMO (sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % et 30 %)</li> <li>• <b>La participation forfaitaire de 18 € pour les actes coûteux*</b></li> <li>• <b>Forfait Journalier</b>, uniquement en établissements hospitaliers, sans limitation de durée</li> </ul>	Franchises médicales
	<u>Garanties encadrées:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépassements d'honoraires des médecins (distinction OPTAM/non OPTAM) **</li> <li>• Dépassements de tarifs en optique incluant le TM</li> </ul>	Majoration du TM pour les actes exécutés hors parcours de soins.
	<u>Mécanisme de prise en charge:</u> Tiers payant généralisé	Dépassements d'honoraires autorisés hors parcours de soins

\* Ajout de la Circulaire DSS du 30/01/2015

\*\* OPTAM et OPTAM-CO pour les médecins conventionnés secteur 2

## OBLIGATIONS MINIMALES DE PRISE EN CHARGE

### Focus sur la prise en charge du TM :

- TM illimité pour toutes les dépenses de santé de l'AMO sauf homéopathie, cures thermales et médicaments remboursés à 15 % et 30 %
- Exception : Lorsque le contrat prévoit la couverture d'une **garantie optique**, le TM est limité tous les 2 ans (ou tous les ans)
- TM de l'ensemble des actes de prévention

### Focus sur le forfait journalier hospitalier :

La prise en charge du FJH ne concerne pas les établissements médico-sociaux (ex : MAS, EPHAD)

**NB : Suppression des délais de carence sur ces prises en charge minimales**

## CAS PARTICULIER DES CONTRATS « ENTREPRISES »

### Une double réglementation

**La couverture minimale santé  
due par l'employeur**

**Articles L 911-7 CSS, D 911-1 et D 911-2 CSS**



Risque prud'homal

**Le caractère responsable du contrat santé  
souscrit par l'employeur**

**Articles L 871-1 CSS, R 871-1 et R 871-2 CSS**



- Risque URSSAF (exonération cotisations SS)
- Risque fiscal (déductibilité de l'IS)
- TSA majorée à 20,27 %



## ► Prise en charge des dépassements d'honoraires encadrée :

### ➤ Focus sur les dépassements d'honoraires des médecins :

Plafonnement uniquement sur la prise en charge (PEC) des dépassements des médecins non adhérents à l'OPTAM dans la limite la plus faible :

❑ **100 % BR** (125% pour 2015 et 2016) : **limite 1**

❑ **Montant PEC des dépassements des médecins OPTAM – 20 % BR** : **limite 2**

### ➤ Exemples :

- Si la PEC pour les médecins adhérents à l'OPTAM est à 300 % BR, la PEC des médecins non OPTAM est limitée à 100 % (125% pour 2015 et 2016) => **limite 1 applicable**
- Si la PEC pour les médecins adhérents à l'OPTAM est à 60 % BR, la PEC des médecins non OPTAM est limitée à 40 % => **limite 2 applicable**

## ► Prise en charge optionnelle et encadrée :

### ➤ Focus sur la prise en charge des équipements d'optique

- ❑ La PEC d'un équipement optique (2 verres + 1 monture) par assuré tous les 2 ans.
  - ✓ PEC tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue
  - ✓ PEC de 2 équipements en cas de déficit de vision de près et de loin
  - ✓ La monture est limitée à 150 € au sein du remboursement de l'équipement global
  
- ❑ Respect de planchers et plafonds basés sur la correction des verres (*voir tableau slide suivant*)

## ► Prise en charge optionnelle et encadrée de l'optique :

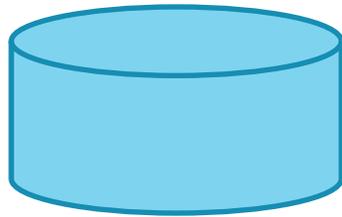
Catégorie	Equipement	Verres associés	Planchers	Plafonds
A	2 verres simples	Verres simples foyer Sphère entre - 6 et + 6 Cylindre $\leq 4$	50 €	470 €
B	2 verres complexes	Verres simples foyer Sphère $> - 6$ ou $> + 6$ Cylindre $> 4$ Verres multifocaux ou Verres progressifs	200 €	750 €
C	2 verres très complexes	Verres adultes multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique : Sphère hors zone - 8 ou $> + 8$ Verres multifocaux ou progressifs sphériques : Sphère hors zone - 4 ou $> + 4$	200 €	850 €
D	1 simple + 1 complexe	Verre de catégorie A et verre de catégorie B	125 €	610 €
E	1 simple + 1 très complexe	Verre de catégorie A et verre de catégorie C	125 €	660 €
F	1 complexe + 1 très complexe	Verre de catégorie B et verre de catégorie C	200 €	800 €

► Comparatif « contrat responsable » et « couverture minimale » sur les principaux postes

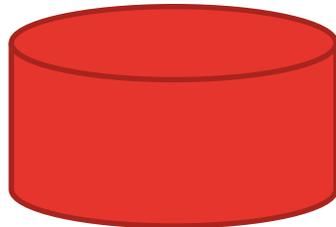
		Contrat Responsable	Couverture minimale
Soins de ville		TM minimum	TM minimum
Dépassement honoraires		Plafonnement médecin non OPTAM	●
Frais d'hospitalisation		Forfait journalier hospitalier minimum	Forfait journalier hospitalier minimum
Frais dentaire		TM minimum	125 % BR minimum
O P T I Q U E	Verres simples	Forfait entre 50 € et 470 €	<b>100 €</b> minimum
	Verre simple + verre complexe ou verre très complexe	Forfait entre 125 € et 610 € ou 660 €	<b>150 €</b> minimum
	Verres complexes	Forfait entre 200 € et 750 €	200 € minimum
	Verre complexe + verre très complexe	Forfait entre 200 € et 800 €	
	Verres très complexes	Forfait entre 200 € et 850 €	
	monture		Dont entre 0 € et 150 €

## ► Cas spécifique des contrats multiples :

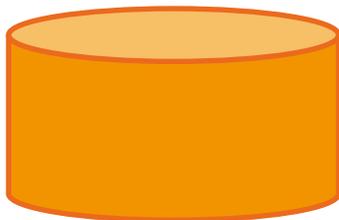
- Le respect des critères responsables s'apprécie **contrat par contrat**
- Si le contrat socle n'est pas responsable, le contrat surcomplémentaire sera contaminé
- En revanche, si le contrat surcomplémentaire n'est pas responsable, le contrat socle responsable ne sera pas pollué.



**CONTRAT SURCOMPLÉMENTAIRE**



**CONTRAT SOCLE**



**REGIME DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

	Cas n° 1	Cas n° 2
Spécialiste	Adhérent au CAS*	Non adhérent au CAS*
Prix de sa consultation	50 €	50 €
<b>AMO (assurance maladie obligatoire)</b>		
Base de remboursement	28 €	23 €
Taux de remboursement	70 %	70 %
Montant remboursé	18,6 € (19,6 € – 1 € de participation forfaitaire)	15,1 € (16,1 € – 1 € de participation forfaitaire)
<b>Complémentaire santé à hauteur de...</b>	<b>... 200 % de la BRSS**</b>	<b>... 125 % de la BRSS**</b>
Base maximale de remboursement	28 € × 200 % = 56 €, plafonnés à 50 € (frais engagés)	23 € × 125 % = 28,75 €
Montant remboursé	50 € – 18,6 € (– 1 € de participation forfaire) = 30,4 €	28,75 € – 15,1 € (– 1 € de participation forfaire) = 12,65 €
<b>Remboursement total perçu</b>	18,6 € + 30,4 € = 49 €	15,1 € + 12,65 € = 27,75 €
<b>Reste à charge</b>	1 €	22,25 €

\* CAS : contrat d'accès aux soins.

\*\* BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

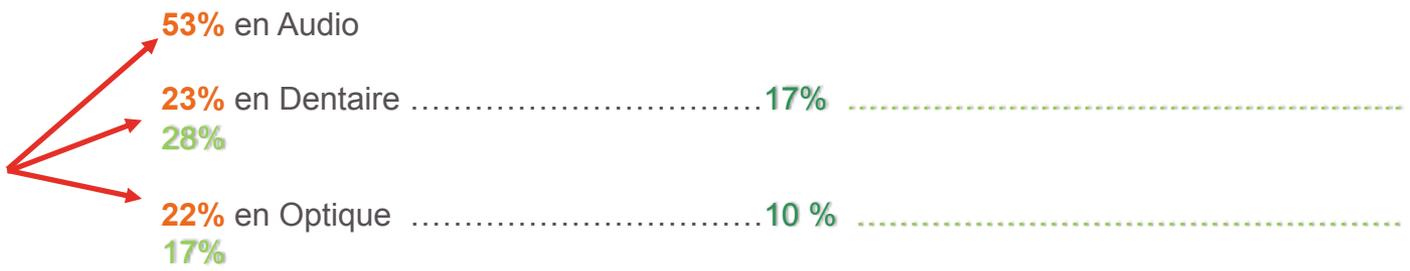
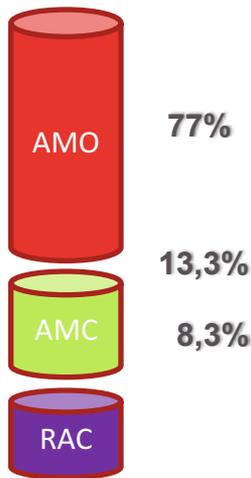
## ***THÈME 3 – PRINCIPES DE REMBOURSEMENT***

### ***LE « RAC 0 »***

# RAPPELS SUR LE RESTE A CHARGE DES MENAGES

Si on fait un état des lieux de l'indemnisation des ménages (AMO & AMC => Quel reste à charge ?)

95% de la population française dispose d'une Complémentaire



Données globales tous soins et prestations confondus

RAC des 3 postes

Taux de renoncement global ..... Et chez les plus modestes !

# OBJECTIFS DU GOUVERNEMENT

Les objectifs de cette réforme sont de donner, à tous les Français :

- ❖ un accès à des soins de qualité dans les domaines de **l'optique, de l'audiologie et du dentaire**,
- ❖ répondant aux besoins essentiels,
- ❖ préservant la liberté de choix,
- ❖ qui seront pris en charge à 100%.

⇒ **Zéro reste à charge pour les Assurés**

(=> La satisfaction des assurés fera l'objet d'enquêtes)

# DES CONDITIONS A RESPECTER

- **Trois conditions doivent être respectées par les différents protagonistes :**
- Indolore pour les assurés => sans majoration des primes d'assurances,
- Pas de dérive des comptes de l'Assurance Maladie,
- Pas de solution bas de gamme, au contraire les « paniers » doivent être :
  - ❖ de qualité
  - ❖ et évolutifs en fonction :
    - ❖ Des évolutions techniques,
    - ❖ Des besoins en santé des français.

# DES CONSEQUENCES MULTIPLES

- CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE MODIFIE

⇒ Aucun reste à charge sur le panier « 100% SANTE » pour l'assuré

⇒ De nouveaux plafonds de remboursement

- APPEL D'OFFRE DES ORGANISMES « ACS »

Les premiers organismes ont été sélectionnés en 2015 pour des contrats prenant effet le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et à titre exceptionnel le second appel d'offre aurait dû avoir lieu courant 1<sup>er</sup> semestre 2018 pour un effet 1<sup>er</sup> juillet 2018.

Mais avec le RAC 0 :

⇒ Report de l'appel d'offres. Les prochains contrats prendront effet vraisemblablement le 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour permettre aux organismes sélectionnés d'intégrer les nouvelles caractéristiques des contrats « reste à charge zéro ».

- LISIBILITE DES GARANTIES

- ACCENT MIS SUR LA PREVENTION

# PANIERS EN AUDIOLOGIE

Signature du Protocole d'accord relatif à la fixation des conditions de prise en charge des aides auditives le 7 juin 2018 :

➤ Nouvelle nomenclature avec la création de **deux classes** :

- ✓ la classe I, dotée d'un prix limite de vente et destinée au panier « reste à charge zéro »,
- ✓ la classe II, pour les équipements à prix libre.

		2019		2020		2021		2022	
		BASE DE RBT SECU	PLV						
<b>Classe I</b>	- de 20 ans ou cécité	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400
	20 ans et plus	300	1300	350	1100	400	950	400	950*
<b>Classe II</b>	- de 20 ans ou cécité	1400	n/a	1400	n/a	1400	n/a	1400	n/a
	20 ans et plus	300	n/a	350	n/a	400	n/a	400	n/a

➤ Tous les types d'appareils, garantis 4 ans, 30 jours minimum d'essai et au moins 3 options de confort

**CONTRAT RESPONSABLE : Prise en charge totale (AMO + AMC) limitée à 1700 € TTC par oreille.**

# AUDIOPROTHÈSES : UNE REFORME ÉCHELONNÉE

Evolution du RAC moyen pour deux prothèses auditives (Offre 100% SANTE)

	2018	2019	2020	2021
PRIX	3 000,00 €	2 800 €	2 400 €	1 900 €
Base du RSS	399,22 €	600 €	700 €	800 €
RC	1 060,47 €	1 140 €	1 180 €	1 420 €
RAC moyen	1 700,00 €	1 300 €	800 €	0 €

# PANIER EN DENTAIRE

Signature de la Convention Nationale des chirurgiens dentistes libéraux le 21 juin 2018 (y compris par l'UNOCAM) :

➤ Nouvelle nomenclature avec la création de **Trois paniers** :

1. Le panier « **100% santé** », intégralement remboursé, (46% des actes prothétiques effectués aujourd'hui),
2. Un panier « **tarifs maîtrisés** », via des prix plafonnés (25%),
3. Un panier « **tarifs libres** » permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (29%).

➤ Couronnes, inlays core, bridges, dentiers et prothèses respectant un cahier des charges précis.

**CONTRAT RESPONSABLE** : Le plafond des remboursements des Complémentaires évoluera en deux temps.

# PANIERS EN DENTAIRE

Exemples d'évolution de reste à charge sur une couronne en céramique selon les prix pratiqués

	PRIX MOYEN NATIONAL		PRIX MOYEN A PARIS	
	2018	2020	2018	2020
Prix de vente	550,00 €	500 €	900,00 €	500 €
RSS	75,25 €	84 €	75,25 €	84 €
RC	279,50 €	<b>416 €</b>	279,50 €	<b>416 €</b>
RAC	195,25 €	0 €	545,25 €	0 €

► Harmonisation des tarifs de l'offre « 100% SANTE » France entière

# PANIERS EN OPTIQUE

Signature du Protocole d'accord fixant les conditions de prise en charge des équipements d'optique médicale le 6 juin 2018 :

- Nouvelle nomenclature avec la création de **deux classes** :
  - ✓ la classe A, dotée d'un prix limite de vente et destinée au panier « reste à charge zéro »,
  - ✓ la classe B en prix libre.
  
- 17 montures pour adultes 10 pour les enfants / Verres traitant tous les troubles visuels / Amincissement et durcissement des verres contre les rayures et traitement anti-reflet

Des tolérances pour combiner les verres « classe A » et monture « classe B »

**CONTRAT RESPONSABLE** : monture RAC  $0 \leq 30$  € - monture « classe B »  $\leq 100$  € contre 150 € aujourd'hui (diminution faite au profit de la prise en charge des verres).

# PANIER EN OPTIQUE

	AUJOURD'HUI		PANIER CLASSE A "RAC 0"		PANIER MIXTE CL. A & B	
PRIX DE VENTE	290 €		105 €		210 €	
	VERRES	MONTURE	VERRES	MONTURE	VERRES	MONTURE
	155 €	135 €	75 €	<b>30 €</b>	75 €	135 €
RSS + RC	225 €		105 €		75 € + 100 €	
RAC	65 €		0 €		35 €	

# CALENDRIER

- **Mise en œuvre progressive – au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2021**
- **LFSS pour 2019**

# IMPACT POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- ▶ **L'offre 100% est systématiquement proposée**
- ▶ **Emission d'un devis obligatoire**
- ▶ **Un prix limite de vente des équipements ou soins**
- ▶ **Une quantité d'équipements variés à mettre à disposition du Public (Optique)**

# IMPACT POUR LES ASSURÉS

AUDIO	DENTAIRE	OPTIQUE
La réforme agit contre le renoncement		
Choix entre le RAC 0 et le(s) tarif(s) libre(s)		
Devis obligatoire pour une meilleure lisibilité de l'éventuel RAC		
Incidence pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS		
Produit garanti 4 ans et suivi	Prévention chez les enfants et les jeunes	Double devis RAC 0 et tarifs libres
Mesures de prévention : bilans auditifs	Prise en charge d'examens pour des personnes fragiles (atteintes de diabète, femmes enceintes, ...)	Encadrement du renouvellement en cas d'évolution de la vue
Encadrement de la Publicité	Prise en charge d'examens pour des personnes vulnérables (Fort handicap)	

# A SUIVRE...

**La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2019 pour la mise en œuvre**

**&**

**Le retour des groupes de travail et d'observation regroupant toutes les parties  
concernées**

(y compris les représentants des assurés) mais seulement pour l'Optique et l'Audiologie

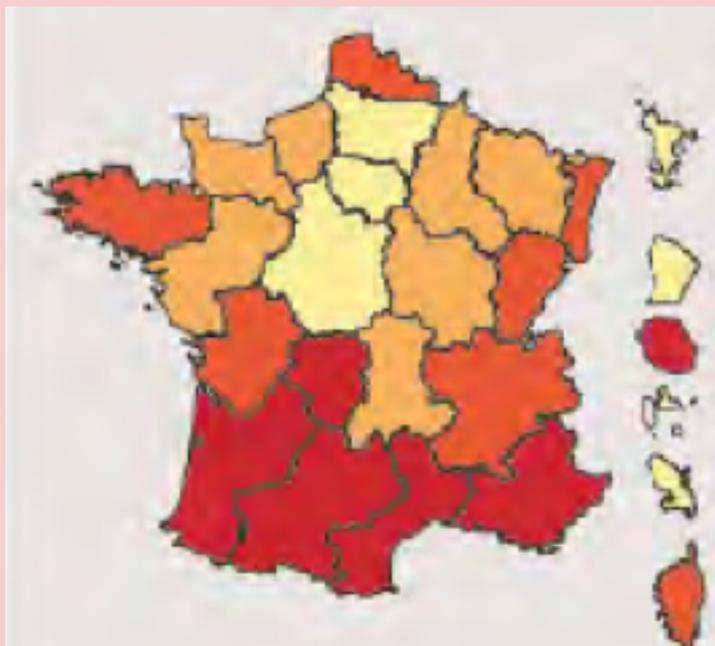
## ***THÈME 3 – PRINCIPES DE REMBOURSEMENT***

### ***COMMENT ÉVALUER LA COTISATION ?***

# **1. L'offre sanitaire par département**

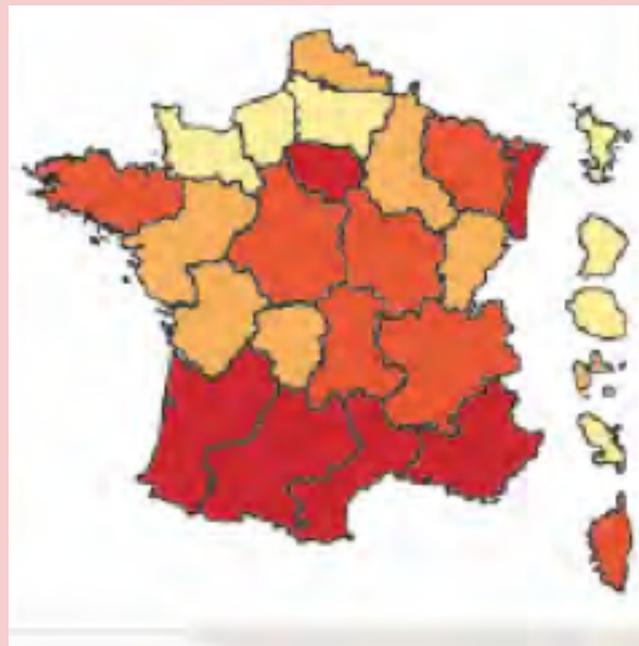
# Offre sanitaire

## Offre Généralistes



Le sud de la France est très équipé.

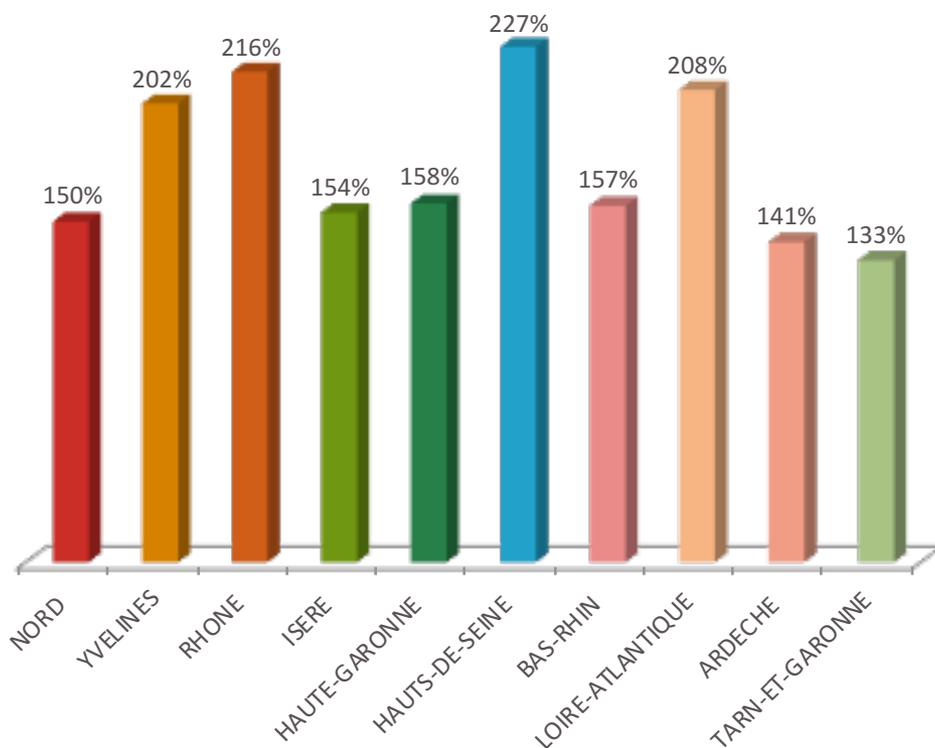
## Offre Spécialistes



PACA, IDF, le Sud et Alsace très équipées

## **2. Repères sur les honoraires moyens et des % d'actes sans reste à charge**

# Dispersions des honoraires moyens des médecins spécialistes



% actes sans reste à charge

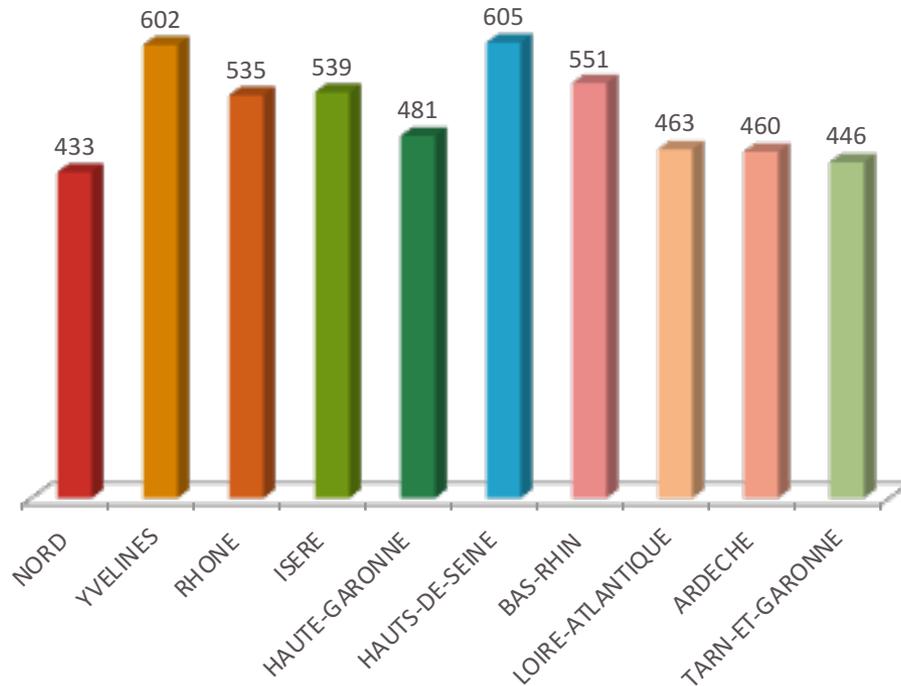
130%

170%

NORD	87%	97%
YVELINES	53%	77%
RHONE	63%	85%
ISERE	82%	95%
HAUTE-GARONNE	91%	97%
HAUTS-DE-SEINE	49%	65%
BAS-RHIN	73%	94%
LOIRE-ATLANTIQUE	93%	96%
ARDECHE	86%	95%
TARN-ET-GARONNE	95%	99%

**Garantie à 170% : 79**  
départements sur 95 sont sans  
reste à charge pour 95% des  
actes

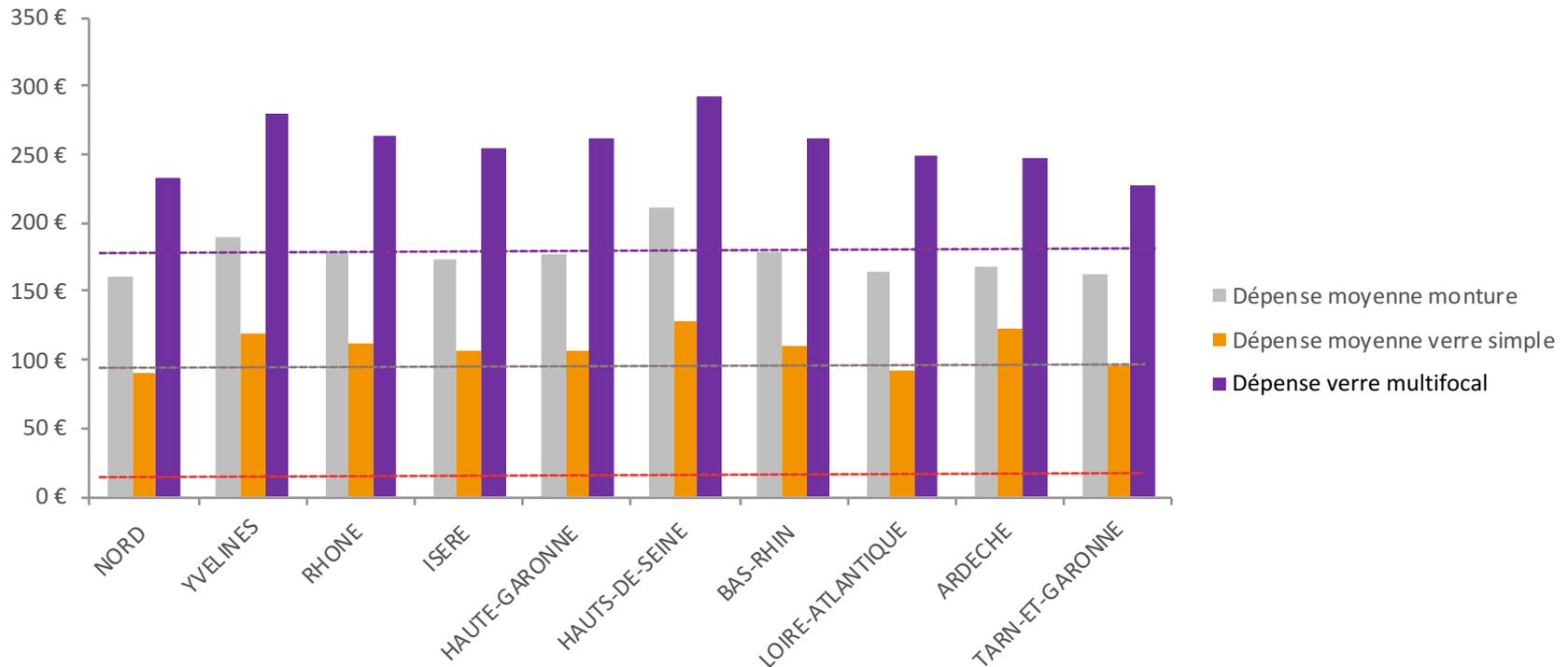
# Dispersions des prix des prothèses dentaires SPR 50



	% actes sans reste à charge	
	SPR 50 à 450€	SPR 50 à 500€
NORD	57%	86%
YVELINES	17%	42%
RHONE	27%	62%
ISERE	26%	62%
HAUTE-GARONNE	43%	86%
HAUTS-DE-SEINE	16%	40%
BAS-RHIN	43%	83%
LOIRE-ATLANTIQUE	46%	86%
ARDECHE	48%	89%
TARN-ET-GARONNE	50%	94%

En passant la garantie à 500€ contre 450€, le nb d'actes sans reste à charge augmente fortement

# Dispersions des prix en optique



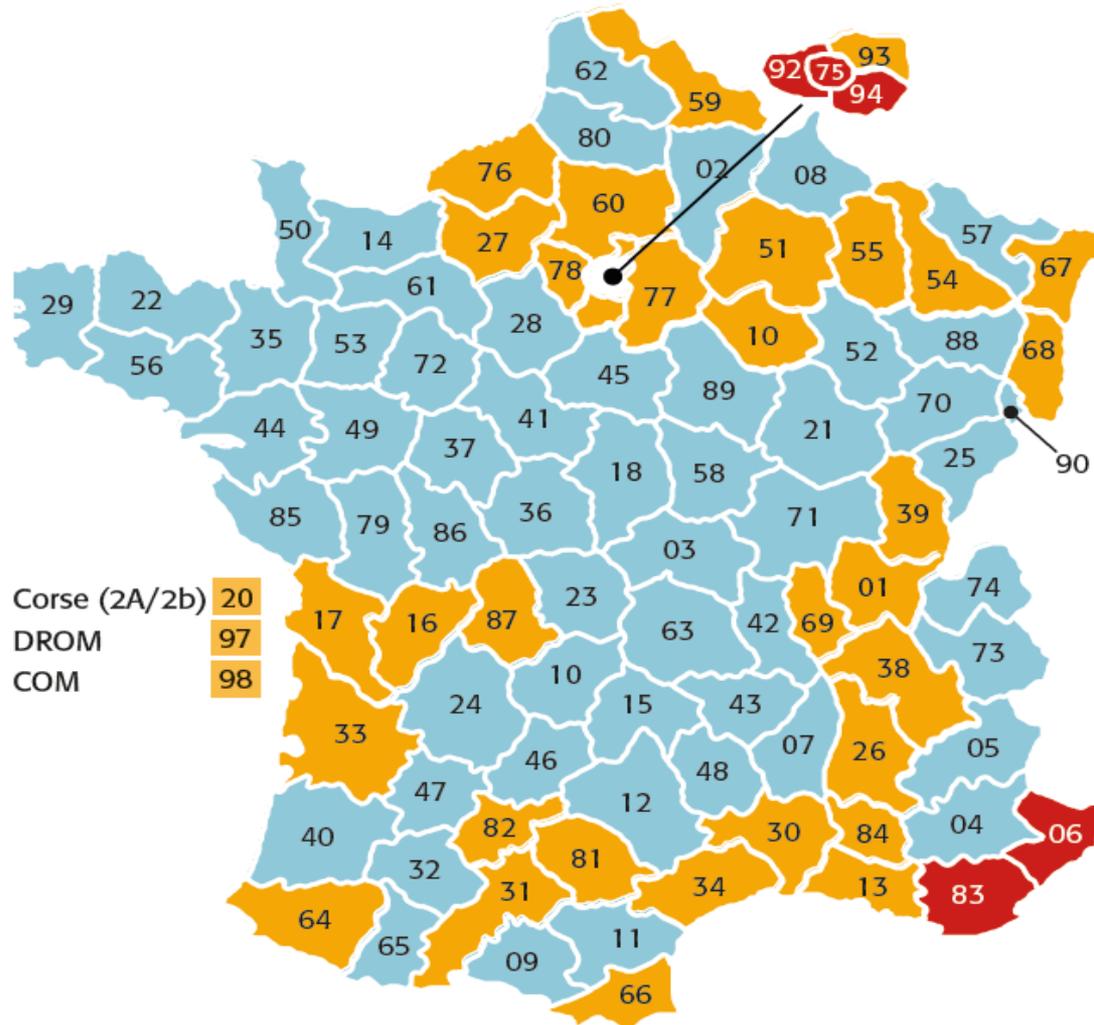
Prix moyen d'une monture : de 148€ (Cher) à 218€ (Paris)

Prix moyen d'un verre simple : de 87€ (Ardennes) à 134€ (Seine Saint-Denis)

Prix moyen d'un verre avec forte correction : de 160€ (Cher, Ardennes) à 203€ (Paris, Hauts de Seine, Val de Marne)

Prix moyen d'un verre progressif : de 219€ (Cher) à 292€ (Hauts de Seine, Paris)

# Découpage de la France en fonction



## Légende

- en rouge : les départements les plus chers
- en orange : départements à coûts moyens
- en bleu : les départements à coûts plus faibles



# *THÈME 4 – FOCUS SUR LES DISPENSES D’AFFILIATION*

# LES DISPENSES « CLASSIQUES »

► **PRINCIPE : (L.242-1 alinéa 6 du CSS)**

Seules les contributions des employeurs aux systèmes de garanties, **auxquels l'adhésion du salarié est obligatoire**, peuvent bénéficier de l'exclusion de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.  **SINON, RISQUE URSSAF**

*« Sont exclues de l'assiette des cotisations [...] les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires [...] versées au bénéfice de leurs salariés [...] lorsque ces garanties entrent dans le champ des articles L.911-1 et L.911-2 du présent code, revêtent un caractère obligatoire et bénéficient à titre collectif à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux. » (L.242-1 al. 6 du CSS).*

# LES DISPENSES « CLASSIQUES »

## EXCEPTION : LES DISPENSES (R.242-1-6 du CSS)

Les garanties collectives sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés **sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique.**

### Points de vigilance :

- Prévoir la dispense dans l'acte,
- Le salarié qui souhaite bénéficier d'une dispense **peut** en faire la demande à tout moment (sauf dispense « couverture individuelle » – sauf si l'acte institue des moments pour en faire la demande),
- l'employeur doit conserver la demande,
- L'employeur devra demander chaque année, au salarié concerné, la justification de la dispense.

Un formulaire de dispense est en cours de rédaction par la DSS et devrait faciliter pour l'employeur l'observation de ses obligations.

# LES DISPENSES « DUE »

FACULTATIVE* <b>CAS DE DISPENSE</b>	DISPENSE DE DROIT	DISPENSE FACULTATIVE*	MISE EN ŒUVRE DE LA DISPENSE
Salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime financé pour partie par le salarié.	En santé, prévoyance, retraite		Au moment de la mise en place du régime par DUE
Salariés embauchés dans l'entreprise avant la mise en place du régime par DUE et qui est financé en totalité par l'entreprise.		En santé, prévoyance, retraite	Au moment de la mise en place du régime par DUE

\*dispense que l'employeur peut intégrer dans l'acte fondateur

# LES DISPENSES APPLICABLES DANS TOUS LES RÉGIMES

CAS DE DISPENSE	DISPENSE DE DROIT	DISPENSE FACULTATIVE*	MISE EN ŒUVRE DE LA DISPENSE
Salariés bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)	En santé		Au moment de l'embauche, de la date de mise en place du régime, ou de la date de prise d'effet de l'ACS ou de la CMU-C.
Salariés couverts par une assurance individuelle complémentaire santé jusqu'à son échéance	En santé		Au moment de l'embauche ou à la date de mise en place du régime.
Salariés bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi : <ul style="list-style-type: none"> <li>• régime collectif et obligatoire (art L .242-1 CSS),</li> <li>• mutuelles des agents publics de l'Etat ou</li> <li>• des collectivités territoriales,</li> <li>• contrats dits « Madelin »,</li> <li>• régime local d'Alsace Moselle,</li> <li>• régime des IEG (CAMIEG).</li> </ul>	En santé		Au moment de l'embauche, de la date de mise en place du régime, ou de la date de prise d'effet des couvertures.
Salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture santé collective et obligatoire est inférieure à 3 mois et bénéficiant par ailleurs d'une couverture « responsable ».	En santé		Au moment de l'embauche ou à la date de mise en place du régime.
Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée : <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins égale à 12 mois justifiant d'une couverture individuelle pour les mêmes risques,</li> <li>• inférieure à 12 mois même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.</li> </ul>		En santé, prévoyance, retraite	Au moment de l'embauche ou à la date de mise en place du régime.
Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute.		En santé, prévoyance, retraite	Au moment de l'embauche ou à la date de mise en place du régime.
Salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• régime de l'ENIM (gens de mer),</li> <li>• régime SNCF.</li> </ul>		En santé	Au moment de l'embauche, de la date de mise en place du régime, ou de la date de prise d'effet des couvertures.

\*dispense que l'employeur peut intégrer dans l'acte fondateur

# LES DISPENSES « DE DROIT »

► **PRINCIPE : (L.911-7 du CSS)**

Les entreprises doivent, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, couvrir en Frais de santé l'ensemble de leurs salariés.  **SINON, RISQUE PRUD'HOMAL**

*« Les entreprises dont les salariés ne bénéficient pas d'une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident [...] dont chacune des catégories de garanties et la part du financement assurée par l'employeur sont au moins aussi favorables que celles mentionnées aux [panier de soins] et [financement minimal de 50% par l'employeur] **sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de cette couverture minimale par décision unilatérale de l'employeur, [...]. [...].** » (L.911-7du CSS)*

# LES DISPENSES DE DROIT

**Institution de dispenses de droit ou « planchers » : (III de L.911-7 et D.911-2 et suivants du CSS)**

*« III. Les salariés en CDD ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L. 911-8.*

*Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. » (L.911-7du CSS)*

## ► LE « VERSEMENT SANTÉ » (VS)

L'employeur répond à son obligation de généralisation par le versement d'une somme représentative du financement patronal de la couverture frais de santé obligatoire et de la portabilité.

### Via la dispense de droit

**Le salarié doit avoir demandé la dispense : au moment de son embauche ou à la date de mise en place des garanties.**

**Salarié en CDD ou en contrat de mission**

+

dont la **couverture** est d'une durée inférieure à **3 mois** (la durée est appréciée à la date de prise d'effet du contrat et sans tenir compte de la portabilité)

+

Justifiant disposer d'une couverture « **solidaire et responsable** »

**Le Versement Santé intervient dans 2 cas**

### Via le dispositif institutionnel

#### Comment est institué le dispositif ?

- **par principe** : par accord de branche ;
- **par exception** : \*par accord d'entreprise (en cas d'absence d'accord de branche instituant un régime Frais de Santé ou si l'accord de branche instituant un régime Frais de santé l'autorise).

\*par DUE lorsque les salariés concernés ne sont pas déjà couverts collectivement et obligatoirement par un régime Frais de Santé.

Salarié **en CDD** } durée du contrat ≤ à 3 mois  
**ou en Contrat de mission**  
**ou à temps partiel** } durée effective de travail ≤ 15h/semaine

+

Justifiant disposer d'une couverture pour la **période concernée** : « **solidaire et responsable** »

**Le Versement Santé ne peut pas se cumuler avec** : ACS-CMU-C / une couverture collective et obligatoire (même en qualité d'ayant droit) / une couverture complémentaire donnant lieu à participation financière d'une collectivité publique.

## ► LE « VERSEMENT SANTÉ » (VS)

**Modalités de calcul du versement santé** : Il est établi sur la base d'un « montant de référence » auquel est appliqué un coefficient « temps de travail » puis un coefficient « portabilité » :

- **Le montant de référence** : c'est la contribution mensuelle de l'employeur (calculée **proportionnellement à la rémunération du salarié** ou **forfaitairement**).

En l'absence de montant applicable au financement de la couverture collective et obligatoire, le montant de référence est fixé à **15,26 € pour 2017** [15 € pour 2016] ou, pour les personnes relevant à titre obligatoire du régime Alsace-Moselle, à **5,09 € pour 2017** [5 € pour 2016] (ces montants constituent en tout état de cause des plafonds).

- **Le coefficient « temps de travail »** n'est pas applicable en cas de contribution patronale proportionnelle à la rémunération du salarié.
- **Le coefficient « portabilité »** est établi à **105 % en cas de CDI** et à **125 % en cas de CDD ou contrat de mission**.

**Le versement santé bénéficie du même régime social et fiscal de faveur que la contribution finançant un régime obligatoire de frais de santé**

## ► LE « VERSEMENT SANTÉ » (VS)

**VS =**  $\frac{\text{Contribution patronale forfaitaire} \times (\text{nb d'heures mensualisées} \leq 151,67)}{151,67} \times \text{coefficient portabilité}$

**VS =** Contribution patronale proportionnelle à la rémunération x coefficient portabilité

Montant de référence : contribution patronale	Nb heures	Calcul	Coefficient portabilité	Versement santé
	Type de contrat			
23,50 €	35 h / semaine	$\frac{23,5 \times 151,67}{151,67} = 23,50 \text{ €}$	125%	23,50 x 125% = <b>29,38 €</b>
	CDD de – de 3 mois			
23,50 €	50 h / mois	$\frac{23,5 \times 50}{151,67} = 7,75 \text{ €}$	105%	7,75 x 105% = <b>8,13 €</b>
	CDI			
23,50 €	7h / jour	$\frac{23,5 \times (7 \times 15)}{151,67} = 16,27 \text{ €}$	125%	16,27 x 125% = <b>20,34 €</b>

# *THÈME 5 – COMMENT SUIVRE UN RÉGIME DANS UNE ENTREPRISE ?*

# UNE OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE

- **Le compte de résultat, une exigence réglementaire de la loi Evin « Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques »**
- **Le texte de loi**
  - **Article 15:** Lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret. »
  - **Article 16:** Il est inséré, après l'article L. 432-3-1 du code du travail, un article L. 432-3-2 ainsi rédigé: *« A la demande du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, le chef d'entreprise leur présente chaque année le rapport mentionné à l'article 15 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. »*

# LA CONSTITUTION DU COMPTE DE RÉSULTAT

## Exercice de survenance

Année civile au cours de laquelle le risque d'assurance se réalise. Sont rapportés à cet exercice tous les éléments liés strictement à celui-ci : cotisations, sinistres, provisions, frais, etc.

## Compte de Résultat par survenance

- Permet de :
  - Connaître l'équilibre annuel du contrat : S/P
  - Piloter le régime
  - Réaliser des projections
- Evolue avec le temps lors de la liquidation des projections

## Compte de résultat comptable

État globalisant pour une année d'assurance, les cotisations, les sinistres et les provisions sans tenir compte de la date de réalisation du risque.

Il comptabilise tous les flux financiers dans l'année même si le point générateur est antérieur. I

Il permet d'apprécier l'équilibre du contrat, mais ne permet pas le suivi d'évolution de la garantie.

# LA CONSTITUTION DU COMPTE DE RÉSULTAT

## **Provisions mathématiques (n'existent que sur les risques longs – Prévoyance)**

Montant des actifs que doit accumuler un [organisme d'assurance](#) pour garantir à tout moment le règlement de ses engagements.

## **Provisions techniques**

Provisions qui mesurent les engagements de l'institution de prévoyance à l'égard des adhérents et participants.

Elles incluent notamment :

- **les provisions pour sinistres à payer (remboursement de frais médicaux, capitaux décès échus...),**
- les provisions mathématiques (rentes de conjoint et d'éducation, rentes d'incapacité et d'invalidité, contrats de capitalisation...).

# LA REVUE ANALYTIQUE - CHIFFRE D'AFFAIRES

## Une part importante de l'analyse concerne les cotisations

### ▪ Facteurs explicatifs de l'évolution de chiffre d'affaires

- Variations de périmètre
- Modification de structure tarifaire (options)
- Evolution significative de la souscription d'options
- Indexation tarifaire (au prorata lorsque la prise d'effet n'est pas au 1<sup>er</sup> janvier) / taux d'appel
- Evolution des effectifs assurés cotisants :
  - nombre de CDI/CDD,
  - nombre de bénéficiaires,
  - existence d'un plan de licenciement
- Evolution du PMSS pour les contrats concernés
- Evolution réglementaire
  - ⇒ **La cohérence de l'analyse permet de sécuriser les cotisations.**

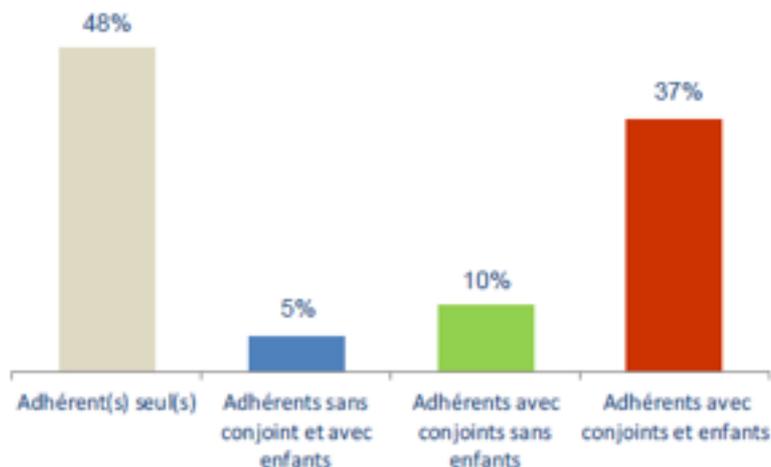
L'ensemble de ces éléments a un impact sur le CA qu'il faut estimer

## observation au 31/03/2016

### EFFECTIFS MOYENS

	Survenance 2015		Survenance 2016		Evolution
	Effectifs	Poids	Effectifs	Poids	
Adhérents	3 074	45,9%	3 026	45,3%	-1,6%
Conjoints	1 381	20,6%	1 379	20,6%	-0,1%
Enfants	2 245	33,5%	2 281	34,1%	1,6%
Cumul des bénéficiaires	6 700	100%	6 686	100%	-0,2%
Coefficient familial	2,18		2,21		

### RÉPARTITION FAMILIALE DES ADHÉRENTS au 31/03/2016



### PREMIERE ACTIFS :

#### ACTIFS

MAINTIEN GRATUIT AYANT(S) DROIT D'UN ASSURE DECEDE

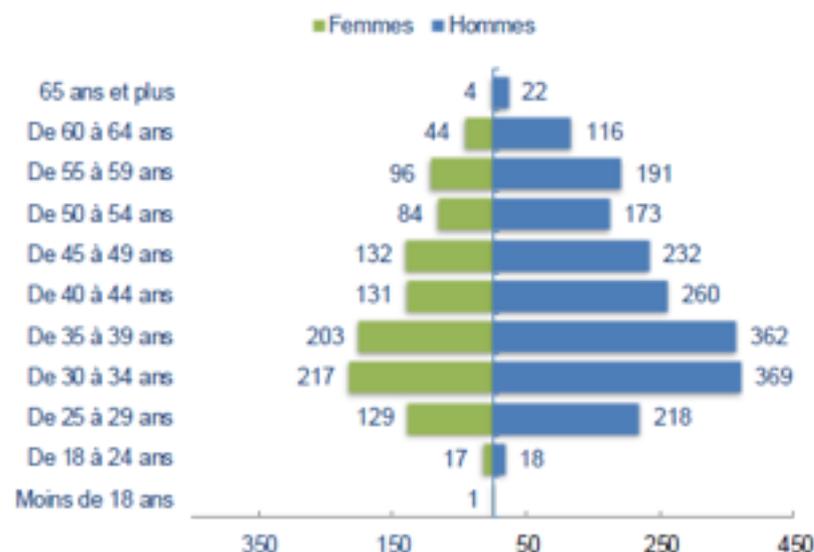
LICENCIES EN INCAPACITE DE TRAVAIL / INVALIDITE

INVALIDE 2ème catégorie S.S. maintenu dans les effectifs

LICENCIES ELIGIBLES à l'AVI

SUSPENSION DE CONTRAT DE TRAVAIL (Congés sabbatique, parental, création ou reprise d'entreprise)

### PYRAMIDE DES AGES DES ADHÉRENTS au 31/03/2016



### ELÉMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Nombre moyen d'adhérents	3 026
% de Femmes	35%
Age moyen Adhérents	41,3
Age moyen Conjoints	43,3
Age moyen Enfants	10,0



Survenance	2013	2014	2015
Cotisations brutes (1)	3 802 328 €	4 169 358 €	3 851 920 €
Taxes (2)	445 457 €	488 456 €	451 267 €
Frais globaux (3)	318 903 €	349 686 €	323 062 €
Cotisations nettes (4)	3 037 968 €	3 331 217 €	3 077 591 €
Prestations (5)	2 766 510 €	3 022 672 €	2 941 817 €
Provisions (6)	- €	10 397 €	212 102 €
Prestations + Provisions (7)	2 766 510 €	3 033 069 €	3 153 918 €
Résultats (4-7)	271 458 €	298 148 €	- 76 327 €
<b>Ratio de sinistralité (7/4)</b>	<b>91%</b>	<b>91%</b>	<b>102%</b>

#### COMPLEMENTS D'INFORMATIONS

(1) Hors Assistance

(2) Taxes: 13,27 %

(3) Frais Globaux: 9,5 %

Conseil: 2,5 %

Gestion: 4 %

Assureur: 3 %

(6) Provisions :

Pour sinistres à payer

- 7,21% pour l'exercice 2015
- 0,41% pour l'exercice 2014
- 0,00% pour l'exercice 2013

# LA REVUE ANALYTIQUE - SINISTRALITÉ SANTÉ

## Analyse de la dérive du risque santé (1/2)

- **L'évolution des prestations santé est à mettre en cohérence avec**
  - L'évolution des effectifs (dérive du risque à évaluer par bénéficiaire, ou distinction de l'effet prix et de l'effet volume)
  - Les évolutions de garanties (attention en 2016 aux impacts de « contrats responsable »)
  - L'inflation médicale du portefeuille MM (sauf si changement de garanties):
    - +2,3% en 2014
    - Entre 1,5% et 2% attendu en collectif 2015 (entre 0,5% et 1% en individuel)
    - 2,2% attendu en collectif en 2016 (1% en individuel)
  - Par poste avec les indicateurs suivis sur le portefeuille (actuariat produit – DT):

INDICATEURS DETAILES DE CONSOMMATION - SURVENANCE 2014 - VISION A FIN AVRIL 2015											
PORTFEUILLE COLLECTIF	PRESTATIONS MM		COUTS MOYEN PAR BENEFICIAIRE ET PAR AN				FACTEURS EXPLICATIFS DU REMB MM				Remb. MM par bénéficiaire : année glissante
	FAMILLE D'ACTES	Montant	Structure	Dep. Réelles	Rég. Oblig.	Remb. MM	R.A.C.	Fréquence			
Actes / Bénéf								Actes/ Conso	Taux de conso		
MEDECINE DE VILLE	119 M€	25%	294 €	166 €	113 €	14 €	12,5	14,3	88%	9 €	115 €
PHARMACIE	52 M€	11%	120 €	69 €	49 €	1 €	11,3	13,8	82%	4 €	49 €
HOSPITALISATION	70 M€	15%	154 €	87 €	67 €	2 €	1,2	9,0	14%	54 €	70 €
OPTIQUE	119 M€	25%	135 €	4 €	114 €	17 €	0,9	3,2	29%	120 €	113 €
DENTAIRE	91 M€	19%	155 €	41 €	87 €	27 €	1,1	3,1	34%	81 €	89 €
DISPOSITIFS MEDICAUX	18 M€	4%	37 €	15 €	17 €	5 €	0,8	2,9	26%	23 €	17 €
PREVENTION & AUTRES	0,2 M€	0,0%	0 €	0 €	0 €	0 €	0,0	1,1	0%	1 667 €	0,17 €
<b>TOTAL</b>	<b>468 M€</b>	<b>100%</b>	<b>894 €</b>	<b>382 €</b>	<b>446 €</b>	<b>67 €</b>	<b>27,8</b>	<b>29,1</b>	<b>95%</b>	<b>16 €</b>	<b>454 €</b>

En Collectif, Malakoff Médéric prend en charge, toutes garanties confondues, environ 50% de la dépense réelle (renseignée dans les S.I), avec une participation plus importante en optique (84%) et dentaire (56%).