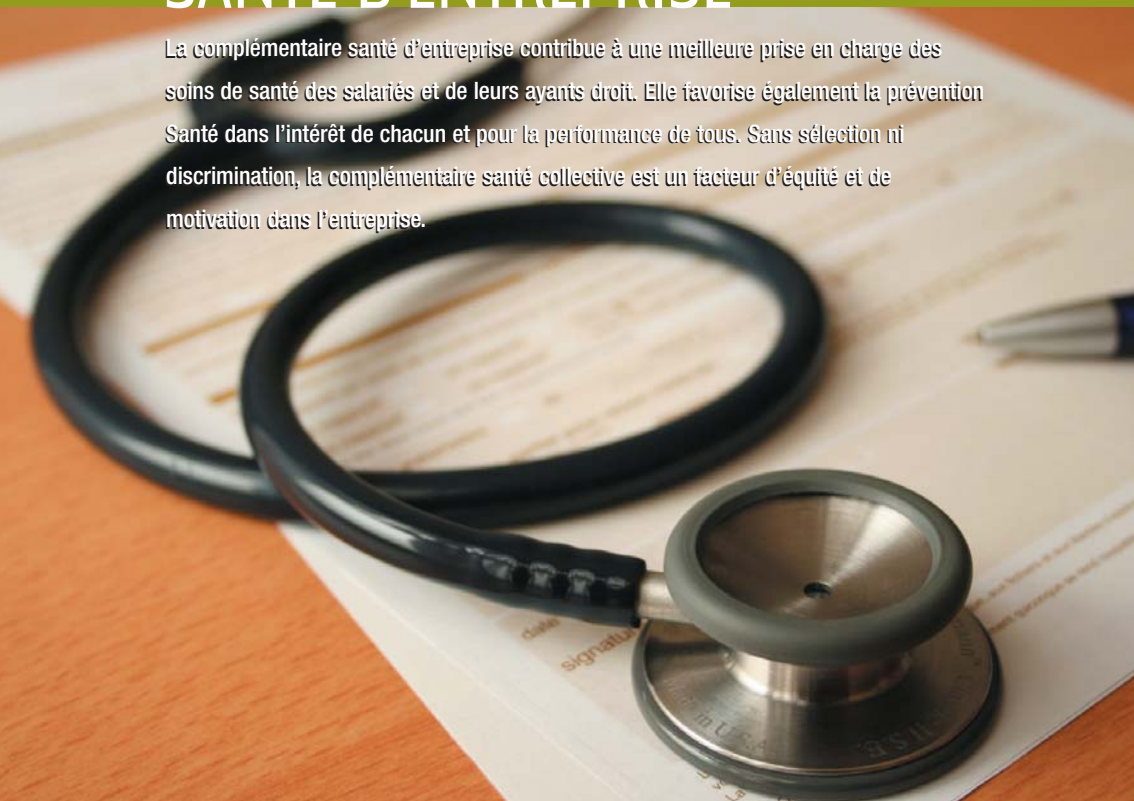




# LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

La complémentaire santé d'entreprise contribue à une meilleure prise en charge des soins de santé des salariés et de leurs ayants droit. Elle favorise également la prévention Santé dans l'intérêt de chacun et pour la performance de tous. Sans sélection ni discrimination, la complémentaire santé collective est un facteur d'équité et de motivation dans l'entreprise.



## Le Centre technique des institutions de prévoyance

Le CTIP est le lieu où les institutions de prévoyance peuvent échanger leurs expériences et mener ensemble des actions d'intérêt général.

Cet esprit d'ouverture et de dialogue, qui fait profondément partie de la culture des institutions paritaires, permet au CTIP d'être proche des réalités concrètes de ses membres.

Doté d'un conseil d'administration composé à parts égales de représentants des employeurs et de représentants des salariés, le CTIP développe des expertises au service de ses 51 institutions membres et les accompagne dans leur mission d'information sur la prévoyance collective.

[www.ctip.asso.fr](http://www.ctip.asso.fr)

## Sommaire

LE RÔLE CLÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ..... page 3

L'EFFICACITÉ COLLECTIVE DE LA COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ D'ENTREPRISE ..... page 6

LES "PLUS" DE LA COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ D'ENTREPRISE ..... page 8

COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS ..... page 12

LA MISE EN PLACE : LES ÉTAPES À RESPECTER ..... page 16

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE,  
DES PARTENAIRES POUR L'ENTREPRISE ..... page 20

LA LISTE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ..... page 23

# Le rôle clé des complémentaires santé

## Un complément essentiel

La complémentaire santé intervient en complément, et parfois en supplément, des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, afin d'assurer une meilleure prise en charge des soins de santé.

En effet, l'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas la totalité des dépenses médicales : le montant de son remboursement est calculé en appliquant un taux à un tarif de référence. La différence entre ce tarif et le remboursement réel est appelée le **"ticket modérateur"**.

Par exemple, pour une consultation chez un médecin généraliste dans le cadre du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire représente 70 % du tarif de référence (appelé aussi tarif de convention) fixé à 23 €, soit un remboursement de 16,10 €.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse pas non plus les éventuels dépassements par

rapport au tarif de référence (les dépassements d'honoraires médicaux par exemple), les différentes franchises ou encore le forfait hospitalier.

Les assurés supportent donc un **"reste à charge"**.

**La complémentaire santé prend en charge, selon le contrat, la totalité ou une partie de ce reste à charge.** Elle est particulièrement utile pour des soins faiblement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme certains soins dentaires et l'appareillage optique et auditif, par exemple.

D'une façon générale, que ce soit pour les soins de ville, ou même en cas d'hospitalisation, en l'absence de complémentaire santé, le reste à charge peut vite peser sur le budget. La complémentaire santé est devenue indispensable pour l'accès aux soins médicaux.



### Le parcours de soins coordonnés

Tout assuré de plus de 16 ans doit respecter "le parcours de soins coordonnés" pour être remboursé sans minoration par l'assurance maladie obligatoire, mais également par sa complémentaire santé responsable. Il doit systématiquement consulter son médecin traitant, qui l'oriente si besoin vers d'autres praticiens spécialistes. Cette règle connaît des exceptions : urgence, éloignement géographique... Certains spécialistes (gynécologues, chirurgiens dentistes, ophtalmologues...) et les praticiens qui assurent le suivi d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée (ALD), peuvent être consultés directement.

Pour en savoir plus : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

## Les différents types d'organismes assureurs

Les **institutions de prévoyance**, sans but lucratif, dont la particularité est d'être gérées par les représentants des employeurs et les représentants des salariés (Code de la sécurité sociale).

Les **mutuelles**, sans but lucratif, administrées par un conseil désigné par les sociétaires (Code de la mutualité).

Les **sociétés d'assurance**, à but lucratif, dont le conseil d'administration est désigné par les actionnaires (Code des assurances) et les **sociétés d'assurance mutuelles**, sans but lucratif, dont le conseil d'administration est désigné par les sociétaires (Code des assurances).

## Le "reste à charge"

Les complémentaires santé couvrent tout ou partie du reste à charge constitué par les dépenses de santé non remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Le reste à charge recouvre :

- le ticket modérateur ;
- la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations, examens radiologiques et biologiques (plafonnée par personne à 4 € par jour et à 50 € par an) ;
- la franchise de 0,5 € par boîte de médicaments ou acte paramédical, de 2 € par transport sanitaire (sauf urgence). Ces franchises sont plafonnées par personne à 2 € par jour pour les actes paramédicaux et à 4 € par jour pour les transports, avec un maximum de 50 € par an ;
- le forfait hospitalier (18 € par jour en hôpital ou clinique) ;
- les éventuels dépassements (exemple : dépassements d'honoraires chez un médecin spécialiste de secteur 2).

**Dans le cas d'un contrat responsable, c'est-à-dire d'un contrat qui respecte le parcours de soins (voir page 3), les complémentaires santé ne remboursent ni la participation forfaitaire de 1 € ni les franchises.**

## Un large éventail de garanties

En général, la complémentaire santé rembourse les soins de ville (consultations, soins infirmiers ou de kinésithérapie...), la pharmacie, les frais d'hospitalisation, l'optique et le dentaire. Beaucoup de complémentaires prennent aussi en charge des prestations non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, comme l'ostéopathie, les implants dentaires ou encore l'opération de la myopie.

Les garanties et les niveaux de remboursement varient selon le contrat, collectif d'entreprise ou individuel, proposé ou négocié avec l'organisme complémentaire. L'éventail de garanties est large

afin de répondre au plus près aux besoins des assurés : population plus ou moins jeune, avec ou sans enfants, etc. Une entreprise peut, dans le cas d'un contrat collectif, ainsi choisir de renforcer, par des remboursements plus élevés, les garanties pour certains postes de soins. Elle peut également demander des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Parmi les organismes complémentaires, les institutions de prévoyance proposent aux entreprises des formules modulaires permettant de la souplesse dans le choix des garanties et intégrant des actions de prévention Santé.

## Des services utiles et efficaces

La complémentaire santé ne se résume pas à un tableau de garanties : nombre de services peuvent être associés au contrat. Pour l'entreprise, les institutions de prévoyance sont de véritables partenaires qui accompagnent les salariés dans leur parcours de soins, et les encouragent à adopter une démarche active en matière de santé.

### Le tiers payant

Le tiers payant permet à l'assuré de ne pas faire l'avance de certains frais médicaux et pharmaceutiques. L'assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé se chargent de verser directement aux professionnels de santé le montant des frais, à hauteur des remboursements prévus.

### L'information et le conseil

La plupart des organismes complémentaires mettent à disposition des assurés des dispositifs d'information afin de les aider à s'orienter dans le parcours de soins : plates-formes de renseignements, aide au choix d'un établissement médical... Ils proposent également des analyses de devis.

### Des réseaux de soins

Afin de limiter le reste à charge des assurés, certaines institutions de prévoyance mettent à leur

disposition des réseaux de professionnels de santé avec lesquels elles ont négocié des engagements de qualité et des modérations de tarifs (exemple : réseau d'opticiens).

### La prévention et l'accompagnement

De plus en plus, les institutions de prévoyance proposent des formules intégrant un volet de prévention Santé : programmes qui vont de la sensibilisation (alimentation, activité physique, addictions, sommeil, troubles musculo-squelettiques...) au remboursement de consultations de prévention (diététicien, sevrage tabagique...), ou à la prise en charge de dépistage ou au suivi de maladies chroniques (hypertension artérielle ou diabète, par exemple).

Dans ce domaine, elles innoveront de plus en plus en utilisant les possibilités offertes par les technologies communicantes (Internet, smartphones...) et lancent des expérimentations en matière de télé-médecine.

### Des services à la personne

Aide ménagère, portage de repas en cas d'immobilisation, garde-malade, garde d'enfant...

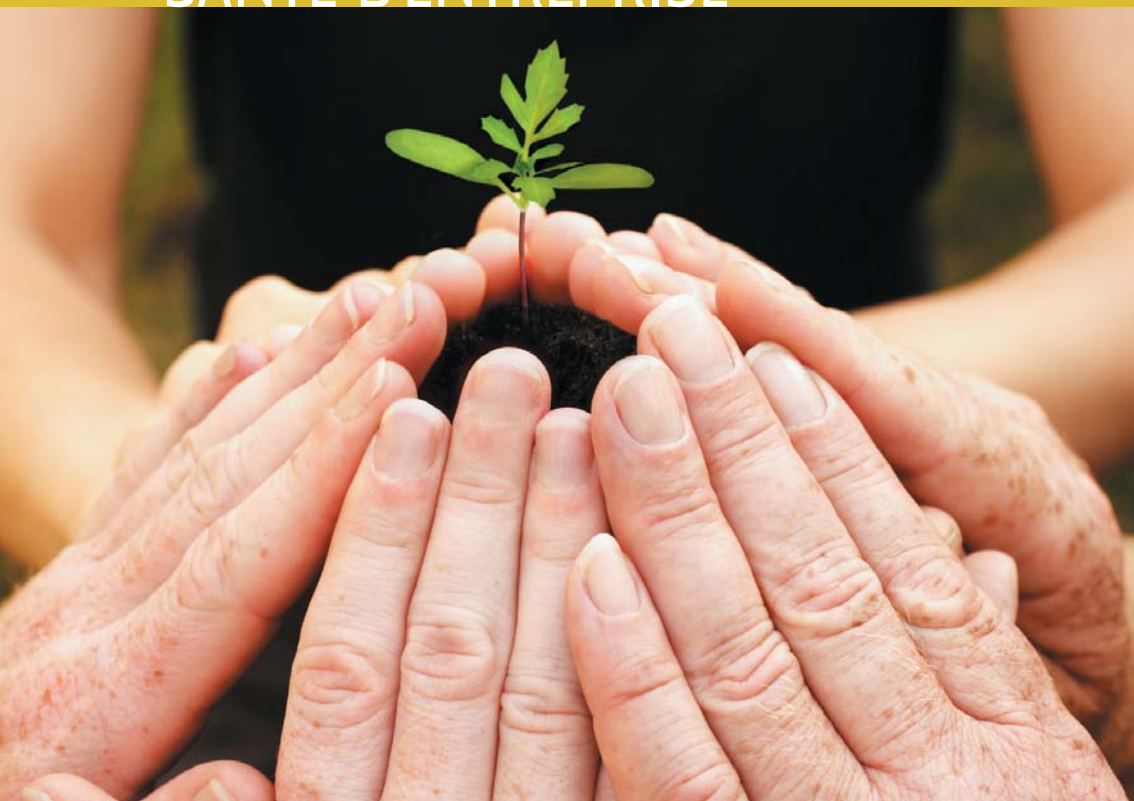


## Complémentaire santé et solidarité

Les personnes disposant de faibles ressources peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (C.M.U.-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.). Ces deux dispositifs sont accessibles sous certaines conditions (pour plus de détails : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)). Ils sont financés par une taxe de 6,27 % sur les cotisations de complémentaire santé, versée par les organismes complémentaires.

Il est possible de bénéficier de la C.M.U. complémentaire tout en bénéficiant d'un **contrat collectif obligatoire** de complémentaire santé. En revanche, les contrats collectifs ne sont pas éligibles à l'A.C.S. Un salarié qui en bénéficierait a la possibilité de ne pas adhérer au contrat collectif de complémentaire santé mis en place dans le cadre de son entreprise, mais il ne peut pas régler les cotisations d'une complémentaire santé d'entreprise avec le chèque santé A.C.S.

L'EFFICACITÉ COLLECTIVE  
DE LA COMPLÉMENTAIRE  
SANTÉ D'ENTREPRISE



## Équitable et solidaire

La complémentaire santé d'entreprise est souscrite par l'employeur au profit de ses salariés. L'employeur prend en charge tout ou partie de la cotisation (55 % en moyenne).

En contrepartie de cet engagement de l'employeur, la complémentaire santé d'entreprise bénéficie d'exonérations sociales et fiscales, à condition d'être :

- **collective** : elle s'adresse à tous les salariés de l'entreprise ou de la branche professionnelle, ou encore à certaines catégories de salariés, mais de façon impersonnelle, sans distinction d'âge, d'ancienneté ou de date d'embauche, de nature du contrat de travail, de temps de travail ou encore de rémunération. La participation de l'employeur doit être la même pour tous, en taux ou en montant ;

- **obligatoire** : elle concerne tous les salariés ou catégories objectives de salariés (cadres, non cadres, agents de maîtrise...). Dans quelques rares exceptions, certains salariés ne sont pas contraints d'adhérer au contrat (*voir page 19*) ;

- **responsable** : elle incite au respect du parcours de soins coordonnés, ce qui implique

certaines obligations en termes de remboursements (*voir ci-après*).

Les complémentaires santé d'entreprise sont aussi **solidaires** : le montant des cotisations ne dépend ni de l'âge ni du sexe des assurés, pas plus que de leurs revenus ou de leur état de santé. Aucune information médicale n'est recueillie.

Enfin, lorsque le salarié quitte l'entreprise, en cas de départ à la retraite ou en cas de chômage, il peut continuer, sous certaines conditions, à bénéficier de sa complémentaire santé.

## Responsable

Les complémentaires santé d'entreprise sont des complémentaires responsables : elles incitent au respect du parcours de soins coordonnés, ce qui implique certaines obligations et interdictions en termes de remboursements.

Elles remboursent *a minima* dans le cadre du parcours de soins coordonnés :

- 30 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les consultations (médecin traitant et spécialiste correspondant),
- 30 % des médicaments à

vignette blanche (remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire),

- 35 % de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire pour les analyses et actes de laboratoire,
- 100 % du ticket modérateur de deux prestations de prévention faisant partie de la liste définie par les pouvoirs publics\*.

Elles ne remboursent pas :

- la majoration du ticket modérateur pour non-respect du parcours de soins,
- le forfait pour dépassement d'honoraires des spécialistes hors du parcours de soins,
- la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale,
- les différentes franchises existantes (médicaments, actes paramédicaux, transports).

Les contrats de complémentaire santé responsables, qu'ils soient collectifs ou individuels, sont assujettis à la taxe sur les conventions d'assurance au taux de 7 %.

\* Liste figurant dans l'arrêté du 8 juin 2006 en application de l'article L871-1 du code de la sécurité sociale, consultable sur : [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

LES “PLUS” DE LA  
COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
D’ENTREPRISE



# Pour les salariés

## Pas de démarches à effectuer

Dans ce domaine complexe, l'entreprise – ou la branche professionnelle – définit les garanties en fonction des besoins des salariés, consulte les organismes assureurs, négocie le contrat et assure son suivi. Le salarié n'a aucune démarche à effectuer.

## Des garanties à un meilleur rapport qualité/coût

La dimension collective de la complémentaire santé d'entreprise permet des économies d'échelle (réduction des frais de publicité et de commercialisation, des frais de gestion...). La mutualisation des risques entre l'ensemble des salariés au niveau de l'entreprise ou de la branche permet également de diminuer le coût des garanties.

**C'est pourquoi, à garanties égales, un contrat collectif de complémentaire santé propose un tarif moins élevé que les primes à verser dans le cadre d'un contrat individuel de marché.**

En outre, la participation de l'employeur au paiement des cotisations permet de diminuer

encore le coût pour les salariés et de les faire bénéficier, indépendamment de leur niveau de revenu, des mêmes garanties.

La totalité de la cotisation liée à la complémentaire santé d'entreprise - soit la part payée par l'employeur et celle payée par le salarié - est de plus exclue de l'impôt sur le revenu du salarié.

## Un élément de cohésion dans l'entreprise

Les garanties s'appliquent à tous les salariés, dans les mêmes conditions, quelle que soit leur date d'entrée dans l'entreprise ou la nature de leur contrat de travail (CDD ou CDI). Les garanties bénéficient à tous, de façon uniforme, sans majoration de tarif selon les profils de risques (par exemple en fonction de l'âge).

**Le maintien de la complémentaire santé en cas de départ de l'entreprise**

**Le salarié part à la retraite :** s'il le souhaite, il peut demander - dans un délai de 6 mois - le maintien des garanties santé de son

contrat collectif. Il paye alors la totalité de la cotisation (part salarié et part employeur), celle-ci ne pouvant être majorée de plus de 50 % par rapport au tarif applicable aux salariés encore actifs. Aucune limite de durée de garantie n'est prévue\*.

*\* Article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, consultable sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).*



## Moins chères et plus protectrices

C'est ce qui ressort d'une enquête publiée par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, août 2009) sur les complémentaires santé les plus souscrites par les Français. Cette étude montre qu'une complémentaire santé d'entreprise offre :

- des niveaux de garanties supérieurs à ceux des contrats individuels. Pour l'optique par exemple, 4 personnes sur 10 sont intégralement remboursées avec un contrat collectif, contre 1 sur 10 seulement avec un contrat individuel ;
- des cotisations sensiblement inférieures à celles des contrats individuels, à niveau de garantie équivalent.

**Le salarié perd son emploi** et la rupture du contrat de travail ouvre droit à une allocation chômage : dans ce cas, les garanties santé (et prévoyance) dont il bénéficiait dans l'entreprise peuvent être maintenues pendant 9 mois maximum. Les garanties demeurent alors financées conjointement par l'ex-employeur et l'ex-salarié, dans les mêmes proportions que celles qui

prévalent pour les salariés de l'entreprise. Dans beaucoup de régimes professionnels, cette portabilité est financée de façon mutualisée au niveau de la profession : les cotisations des salariés en activité financent le maintien gratuit des garanties prévoyance et santé des salariés licenciés\*. S'il en fait la demande avant l'expiration de cette période de maintien des garanties, le

salarié peut bénéficier par la suite, sans limitation de durée, du dispositif de l'article 4 de la loi Evin, qui prévoit un maintien des garanties santé d'entreprise, mais sans participation de l'employeur.

*\* Article 14 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008, modifié par l'avenant n°3 du 18 mai 2009, tous deux consultables sur [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).*

## Pour les employeurs

### **Un sujet de dialogue social**

La mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise est l'occasion d'un échange avec les salariés et leurs représentants : ce temps de dialogue permet à l'entreprise d'expliquer et de valoriser auprès des salariés sa politique en matière de protection sociale.

### **Une implication forte et visible**

La contribution de l'employeur est uniforme pour tous les salariés. Ce principe pose les bases d'une réelle équité entre les salariés ou les catégories de salariés concernés. Cette participation au paiement de la cotisation est en général de l'ordre de 50 à 60 %. La complémentaire santé d'entreprise collective et obligatoire, comme l'ensemble des garanties de prévoyance et l'épargne retraite d'entreprise, est l'un des éléments de la politique de rémunération globale de l'entreprise.

### **Un facteur de bien être pour les salariés et de vitalité pour l'entreprise**

En facilitant l'accès aux soins, la complémentaire santé d'entreprise a un impact positif sur la santé des salariés. En proposant des actions de prévention Santé, l'organisme complémentaire sensibilise les salariés aux facteurs de risques et les encourage à préserver leur "capital santé". Tout le monde y gagne, en termes de bien-être, de dynamisme et de performance dans l'entreprise.

## Le traitement social des cotisations "Employeur"

En contrepartie de l'implication de l'employeur dans la protection sociale de ses salariés et du caractère collectif et obligatoire de la complémentaire santé, la contribution patronale est exonérée de cotisations sociales dans la limite d'un certain plafond :

Jusqu'à 6 % du PASS\*  
(soit 2 182 € en 2012)



1,5 % de la rémunération  
annuelle brute du salarié



Le total ne peut pas dépasser  
12 % du PASS  
(soit 4 365 € en 2012)

\* 36 372 € = PASS (Plafond annuel de la Sécurité sociale) 2012

### Plus d'infos

Le traitement social et fiscal des cotisations des complémentaires santé d'entreprise est détaillé dans la circulaire n° D55/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, en ligne sur : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).



## Une forte contribution à la solidarité nationale

A travers les différentes taxes et prélèvements sur les cotisations, les complémentaires santé d'entreprise participent largement au financement de la solidarité nationale :

- la contribution de l'employeur, tout comme la part salariale, est soumise à la CSG/CRDS et, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2011, à la taxe sur les conventions d'assurance au taux de 7 %,
- les cotisations salariales comme patronales sont taxées à hauteur de 6,27 % pour financer la C.M.U-C et l'A.C.S,
- dans les entreprises de plus de 9 salariés, les contributions versées par l'employeur au titre de la complémentaire santé sont soumises au forfait social de 8 %.

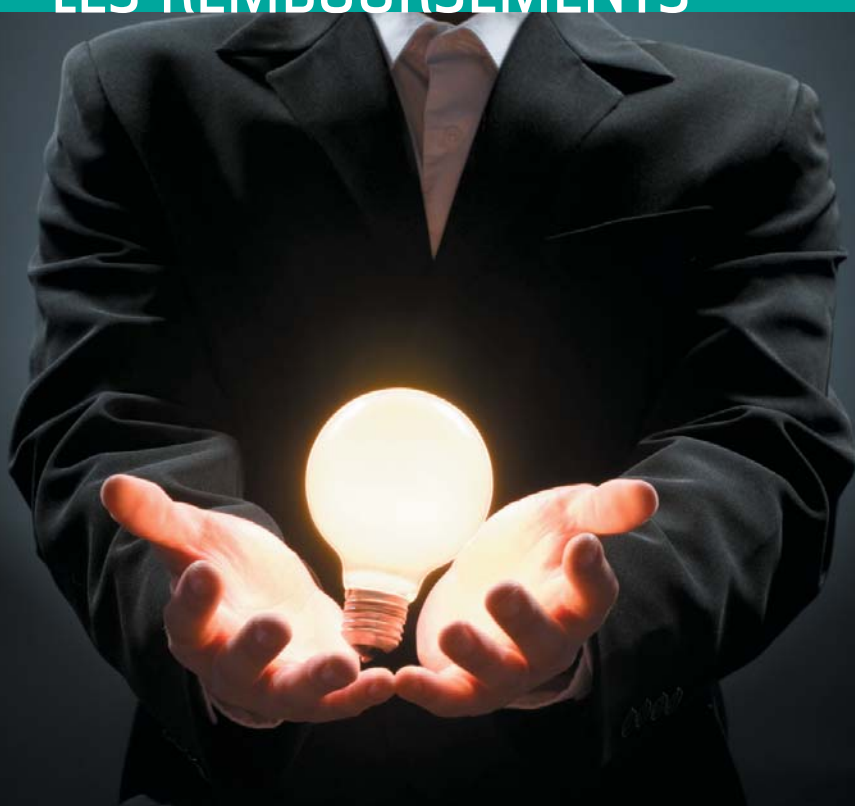
## 9 salariés sur 10 bénéficiant d'une complémentaire santé obligatoire préfèrent la conserver plutôt que de voir la contribution de leur employeur transformée en salaire.

(Attentes vis-à-vis de la complémentaire santé, étude CTIP/CRÉDOC, février 2009).

## Pour 8 salariés sur 10, la meilleure formule pour la complémentaire santé est une complémentaire d'entreprise.

(Baromètre des institutions de prévoyance, étude CRÉDOC, mai 2011).

# COMPRENDRE LES REMBOURSEMENTS



Lorsque l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés, sa complémentaire santé lui rembourse généralement le ticket modérateur : l'assuré conserve donc à sa charge la participation forfaitaire de 1 €, les franchises, et, selon ce que prévoit sa complémentaire, tout ou partie des éventuels dépassements d'honoraires (cf. page 7).

En règle générale, la complémentaire santé rembourse également le forfait de

18 € mis en place pour les actes médicaux dits "coûteux", c'est-à-dire ceux dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, ainsi que le forfait hospitalier de 18 € par nuit (au-delà d'un séjour de 24 heures dans un établissement public ou privé).

Hors du parcours de soins, le reste à charge est plus important : la majoration du ticket modérateur n'est jamais remboursée par les complémentaires santé responsables.

## Les taux de remboursement

Les niveaux de garantie d'une complémentaire santé sont généralement exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de l'assurance maladie obligatoire.

La plupart du temps, ce **pourcentage inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire**. Dans ce cas, une garantie assurant 100 % de la base de remboursement signifie que l'intégralité du ticket modérateur est remboursée : le total du remboursement (assurance maladie obligatoire et complémentaire) couvre la totalité de la base de remboursement.

Avec 200 %, la prise en charge peut aller jusqu'au double de la

base de remboursement : tout ou partie des dépassements d'honoraires sont alors couverts dans la limite des frais engagés.

Lorsque le **remboursement de l'assurance maladie est exclu**, cela signifie qu'une garantie couvrant 100 % de la base de remboursement peut prendre en charge jusqu'à la totalité de cette base de remboursement, en plus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Pour certains postes coûteux (dentaire, optique...), les garanties peuvent prévoir un **forfait en euros** (exemple : 150 € par verre pour une paire

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a élaboré deux documents pour permettre à chacun de mieux comprendre son contrat de complémentaire santé : un glossaire de l'assurance complémentaire santé, et un guide pour bien comprendre et choisir sa complémentaire santé.  
[www.unocam.fr](http://www.unocam.fr)

de lunettes), qui vient s'ajouter au remboursement éventuellement prévu par l'assurance maladie obligatoire.

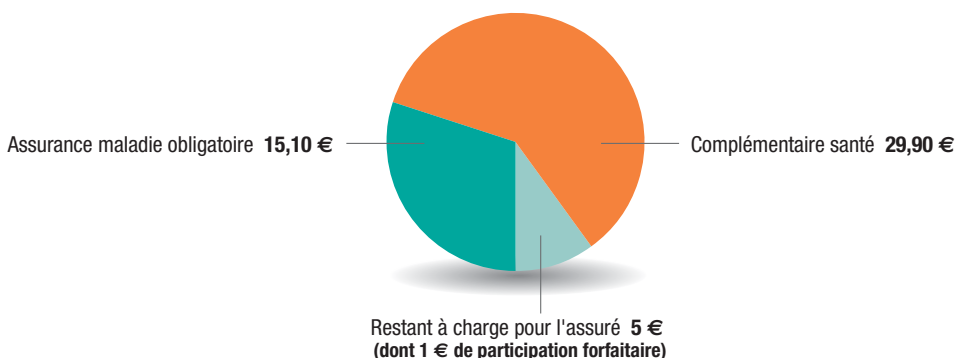
De plus en plus rares, certains contrats prennent en charge les frais réels engagés : tous les dépassements d'honoraires sont, dans ce cas, remboursés.

## Deux exemples pour mieux comprendre

### Premier cas : consultation de 50 € chez un spécialiste de secteur 2 dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

La base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est de 23 €, et son taux de remboursement de 70 %. La complémentaire santé prévoit quant à elle une prise en charge de 200 % de la base de remboursement (remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus).

#### Consultation chez un spécialiste : 50 €



Le total des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé est de **45 €** :

**Assurance maladie obligatoire** : on multiplie la base de remboursement (23 €) par le taux de remboursement (70 %), ce qui donne 16,10 €, auxquels il faut soustraire 1 € de participation forfaitaire sur les consultations. Le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est donc de **15,10 €**.

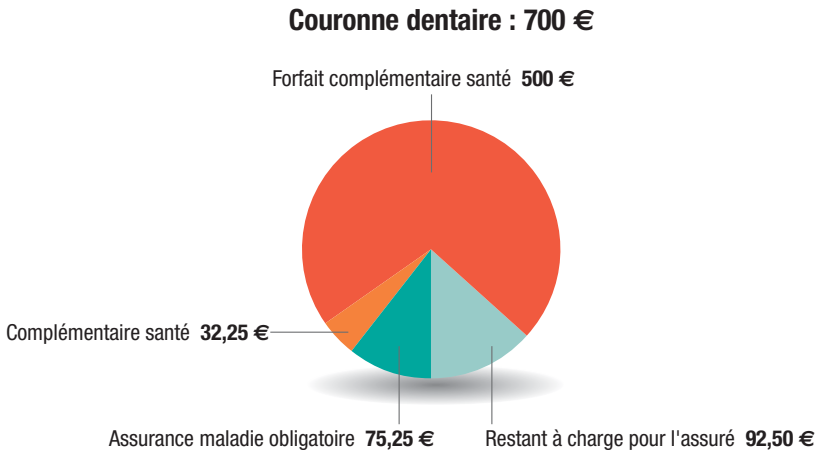
**Complémentaire santé** : le taux de remboursement de la complémentaire inclut celui de l'assurance maladie obligatoire : il est donc de 200 % moins les 70 % déjà remboursés par l'assurance maladie. On multiplie donc la base de remboursement (23 €) par 130 %, soit **29,90 €** pour la complémentaire.

**Reste à charge** pour l'assuré : 5 €, dont 1 € de participation forfaitaire sur les consultations (que ne prennent pas en charge les complémentaires santé "responsables").

**Attention :**  
Dans tous les cas, le total des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré.

## Second cas : couronne dentaire de 700 € acceptée par l'assurance maladie obligatoire.

La base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est de 107,50 €, et son taux de remboursement de 70 %. La complémentaire santé prévoit quant à elle une prise en charge de 100 % de la base de remboursement (remboursement de l'assurance maladie inclus), à laquelle s'ajoute un forfait de 500 €.



Le total des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé est donc de **607,50 €** :

**Assurance maladie obligatoire** : on multiplie la base de remboursement (107,50 €) par le taux de remboursement (70 %). Le remboursement de l'assurance maladie est donc de **75,25 €**.

**Complémentaire santé** : le taux de remboursement de la complémentaire inclut celui de l'assurance maladie obligatoire, il est donc de 100 %, moins les

70 % déjà remboursés par l'assurance maladie obligatoire, soit 30 %. On multiplie donc la base de remboursement (107,50 €) par 30 %, soit 32,25 €.

À ces 32,25 € s'ajoute le forfait de 500 € prévu par la complémentaire santé. Le montant total du remboursement par la complémentaire santé est donc de **532,25 €**.

**Reste à charge** pour l'assuré : 92,50 € (700 € de frais réels, moins 607,50 € de remboursements du régime obligatoire et de la complémentaire santé).

# LA MISE EN PLACE : LES ÉTAPES À RESPECTER



**Mettre en place une complémentaire santé dans l'entreprise passe par le choix d'un mode de mise en place adapté à l'entreprise. Il est également essentiel de bien choisir l'organisme assureur et le contrat, en fonction des besoins des salariés.**

## Vérifier les dispositions existantes

La première démarche pour l'employeur est de vérifier ce que prévoit dans ce domaine l'accord de branche ou la convention collective dont son entreprise relève. Le cas échéant, toutes les entreprises et tous les salariés de cette branche professionnelle sont concernés.

Les partenaires sociaux ont en effet multiplié, depuis quelques années, les accords mettant en place des contrats de complémentaire santé au niveau des branches professionnelles, afin de couvrir des secteurs composés de petites entreprises. Plus d'un quart des conventions collectives nationales (CCN) comportent désormais un régime obligatoire ou facultatif de remboursement des frais de santé. Fin 2011, 51 conventions collectives sur

un total de 252 avaient mis en place un régime obligatoire de complémentaire santé (contre 27 seulement début 2008).

## Choisir un mode de mise en place

Lorsque l'instauration d'un régime de remboursement des frais de santé n'est pas prévue au niveau de la branche professionnelle, l'employeur peut prendre l'initiative de mettre en place une complémentaire santé. Il doit en informer le comité d'entreprise et présenter aux salariés concernés un projet écrit et précis.

Selon la taille de l'entreprise, l'adoption de ce projet peut faire l'objet :

- d'un **accord d'entreprise**, après négociation avec les salariés (ou leurs représentants). L'employeur comme les salariés peuvent initier ce processus et se faire aider d'experts indépendants ;
- d'un **référéndum**, avec organisation d'élections et vote à bulletin secret des salariés concernés ;
- d'une **décision unilatérale de l'employeur**, ce qui généralement est le cas pour les très petites entreprises (TPE).

**Dans 6 cas sur 10, la mise en place d'une complémentaire santé résulte d'une décision unilatérale de l'employeur.**

(Attentes vis-à-vis de la complémentaire santé, étude CRÉDOC, février 2009).

## Pour en savoir plus

Le guide pratique "Mettre en place un contrat de prévoyance d'entreprise"



## Trouver sa convention collective

Elle est publiée au Journal Officiel et peut être demandée à l'Inspection du travail. Sur Internet, elle est disponible sur le site [legifrance.gouv.fr](http://legifrance.gouv.fr).

## Définir les caractéristiques des garanties et des prestations

Avant de s'engager dans la phase de négociation proprement dite, les principales caractéristiques de la complémentaire santé doivent être précisées. Les principaux points à aborder sont :

- le caractère obligatoire du contrat,
- les catégories de salariés concernés,
- les bénéficiaires : prise en charge éventuelle d'ayants droit des salariés (enfants, conjoint, partenaire de PACS, personnes à charge...), de façon obligatoire ou facultative,

- la formule de cotisation : forfaitaire ou proportionnelle,
- la répartition du paiement de la cotisation entre part patronale et part salariale,
- les garanties : date d'entrée en vigueur, détails du contenu des prestations, éventuels délais d'attente ou de franchise, mode d'application (base de calcul des remboursements, montants des forfaits éventuels...),
- les conditions et modalités de maintien de la garantie à titre individuel en cas de départ à la retraite ou de chômage (*article 4 de la loi du 31 décembre 1989 dite loi Evin et article 14 de l'Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008*),
- les conditions de révision et de dénonciation du contrat (durée du préavis...).

## Une couverture sociale facteur d'équité dans l'entreprise

La quasi-totalité des régimes obligatoires de frais de santé (90 %) couvrent l'ensemble des salariés de la branche, cadres et non-cadres. Les autres régimes sont, sauf exception, destinés aux salariés non-cadres.

Garanties et tarif ne sont en effet pas les seuls critères de choix. Il faut aussi prendre notamment en compte :

- la **solidité financière de l'organisme**, qui peut être évaluée à partir de son rapport annuel : résultats techniques et financiers, provisions techniques, etc.,
- son **expertise** des différents champs de la prévoyance : santé mais aussi décès, incapacité de travail, invalidité...
- sa capacité à **anticiper** les changements législatifs et réglementaires et à faire évoluer son offre,
- sa capacité à proposer des **garanties adaptées** au secteur d'activité de l'entreprise et au

## Sélectionner l'organisme

L'organisme assureur a un rôle très important. Au-delà de ses compétences techniques en matière de gestion du risque, il doit aussi faire preuve d'écoute et de transparence, qualités indispensables pour une relation durable. Il est donc essentiel de définir avec soin ses critères de choix afin de trouver un organisme adapté aux besoins de l'entreprise et des salariés.

### La prise en charge des cotisations

Dans un régime de complémentaire santé obligatoire, l'employeur participe au paiement des cotisations à un taux ou à un montant uniforme pour une même catégorie objective de salariés (même montant en cas de participation forfaitaire, même taux et même assiette en cas de participation proportionnelle).

profil de ses salariés, sa **connaissance du secteur** d'activité de l'entreprise,

■ **l'intérêt et la qualité des services** qu'il propose,

■ **la transparence** de l'information qu'il donne lorsqu'il s'agit d'expliquer toutes les composantes de la cotisation et la façon dont le contrat sera géré, par exemple,

■ sa **dimension sociale** (aides financières individuelles, prévention...), qui, lorsqu'elle existe comme c'est le cas pour les institutions de prévoyance, permet notamment d'aider des salariés dans des moments difficiles.

Cette liste n'est pas exhaustive. Selon ce que retiennent l'employeur et les salariés ou leurs représentants, d'autres critères peuvent orienter le choix de l'organisme complémentaire.

## Assurer la diffusion et le suivi du contrat

Les salariés doivent pouvoir accéder facilement aux informations relatives à leur complémentaire santé d'entreprise. L'employeur doit remettre à chaque salarié concerné une notice d'information et les conditions générales du

contrat. Ces documents doivent être actualisés en cas d'évolution du contrat. Au-delà de cette obligation, différents outils de communication peuvent être utilisés : Intranet, journal interne, plaquettes de l'organisme assureur, etc.

Cette communication sur la complémentaire santé d'entreprise est l'occasion pour l'employeur de valoriser ce dispositif auprès des salariés.

Certains organismes complémentaires proposent également sur leurs sites Internet

### Tous affiliés ?

L'adhésion à un contrat santé collectif est obligatoire pour tous les salariés concernés. La réglementation prévoit cependant quelques exceptions (circulaire n° DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009, consultable sur [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)). Ainsi, les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place de la complémentaire (et uniquement en cas de décision unilatérale de l'employeur) peuvent refuser d'y adhérer. Même chose pour ceux qui bénéficient déjà d'une couverture collective via leur conjoint ou concubin, et pour ceux qui sont couverts par un contrat individuel. Dans tous les cas, des justificatifs doivent être produits.

des espaces sécurisés qui permettent aux salariés de consulter leurs remboursements, d'accéder à des informations sur leur contrat et de contacter un conseiller.

Pour sa part, l'organisme assureur doit présenter tous les ans les comptes annuels du contrat. Le cas échéant, il doit également justifier des nouveaux tarifs, expliquer les éventuelles augmentations de cotisations.

LES INSTITUTIONS DE  
PRÉVOYANCE, DES PARTENAIRES  
POUR L'ENTREPRISE



Les institutions de prévoyance sont les premiers acteurs de la prévoyance et de la complémentaire santé d'entreprise.

**Les institutions de prévoyance couvrent 6 millions de salariés et d'anciens salariés en complémentaire santé, soit 12,5 millions de personnes avec les ayants droit.**

## Un fonctionnement original au service des entreprises

Les institutions de prévoyance sont les seuls acteurs du secteur de l'assurance à être gérés de manière paritaire : leurs conseils d'administration sont composés de représentants des employeurs et de représentants des salariés. Ce fonctionnement paritaire garantit la prise en compte des besoins et des intérêts des employeurs et des salariés, comme des contraintes des entreprises.

Les institutions de prévoyance n'ont pas d'actionnaires à rémunérer : il s'agit d'organismes à but non lucratif. Elles peuvent donc consacrer leurs éventuels excédents à la réduction des coûts, à l'amélioration des prises

Plus de 8 employeurs interrogés sur 10 préfèrent que les grandes décisions au sein de leur organisme de prévoyance soient prises par des acteurs de terrain plutôt que par des experts de l'assurance.

(Étude : "Comment les employeurs perçoivent la gestion paritaire ?"  
CTIP/CRÉDOC, décembre 2010).

en charge, à l'investissement pour plus d'innovation et d'efficacité dans la gestion et dans les services proposés.

## Des services innovants, une plus grande maîtrise des coûts

Grâce à leur représentation paritaire, les institutions de prévoyance sont en prise directe avec la réalité des entreprises. Les représentants des employeurs et des salariés qui siègent dans leurs conseils d'administration connaissent bien les

contraintes des entreprises et les attentes des salariés. Pour mieux y répondre, les institutions de prévoyance font évoluer leur offre en visant toujours également à accroître la performance de leur gestion. Dans le domaine de la santé, elles étudient des solutions durables pour limiter l'augmentation des cotisations et diminuer le reste à charge des assurés.



Pour la majorité des employeurs, la gestion paritaire d'un organisme de prévoyance favorise :

- sa bonne connaissance des entreprises (59 %),
- le développement d'une action sociale (57 %),
- son expertise de la prévoyance d'entreprise (57 %),
- la transparence de ses comptes (53 %).

(Étude : "Comment les employeurs perçoivent la gestion paritaire ?"  
CTIP/CRÉDOC, décembre 2010).

## La prévention santé, un vrai sujet

3 employeurs sur 4 jugent utile que l'organisme complémentaire propose des actions de prévention.

(Attentes vis-à-vis de la complémentaire santé, étude CTIP/CRÉDOC, février 2009).

## Des actions de prévention régulières

La santé repose aussi sur la prévention. En apportant leur soutien logistique aux entreprises qui souhaitent mettre en place des actions de prévention Santé, les institutions de prévoyance dépassent leur rôle de simple gestionnaire : elles deviennent parties prenantes pour un meilleur dépistage des maladies cardio-vasculaires, des troubles musculo-squelettiques, pour une aide au sevrage tabagique, une meilleure nutrition ou encore une meilleure gestion du stress, par exemple.

## L'action sociale

Les institutions de prévoyance accompagnent les salariés et leurs familles en restant très à l'écoute de leurs besoins dans le cas de situations difficiles comme le veuvage, la perte d'autonomie, le chômage...

En matière d'action sociale, elles sont particulièrement attentives au problème de l'accès aux soins. C'est pourquoi leurs aides individuelles sont surtout consacrées à la prise en charge de tout ou partie de la cotisation à la complémentaire santé, pour des salariés ou anciens salariés en difficulté. Certaines institutions de prévoyance remboursent des restes à charge pour des soins ou équipements médicaux trop coûteux pour des personnes à faibles revenus.

D'autres institutions soutiennent des programmes de recherche médicale, développent des structures d'hébergement, des établissements de soins ou des centres de rééducation fonctionnelle pour les personnes handicapées, par exemple.

# Les institutions de prévoyance

Les institutions de prévoyance sont des sociétés de personnes de droit privé. Elles sont régies par le code de la sécurité sociale. Relevant des directives européennes "Assurance", elles sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurance. La plupart des institutions de prévoyance appartiennent à des groupes de protection sociale. Pour l'entreprise, c'est l'avantage d'un même interlocuteur pour toutes les questions liées à la couverture sociale complémentaire des salariés.

AG2R PRÉVOYANCE - **AG2R LA MONDIALE** • AGRI PRÉVOYANCE - **AGRICA** • ANIPS • APGIS - **PRISME PRÉVOYANCE** • APICIL PRÉVOYANCE - **APICIL** • APRIONIS PRÉVOYANCE - **HUMANIS** • ARPÈGE PRÉVOYANCE - **RÉUNICA** • AUDIENS PRÉVOYANCE - **AUDIENS** • BTP-PRÉVOYANCE - **PRO BTP** • CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE - **CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES** • CAPAVES PRÉVOYANCE - **HUMANIS** • CAPREVAL - **MALAKOFF MÉDÉRIC** • CARCEPT-PRÉVOYANCE - **D&O** • CCPMA PRÉVOYANCE - **AGRICA** • CIPREV - **VICTOR HUGO** • CPCEA - **AGRICA** • ICIRS PRÉVOYANCE - INPR - **MALAKOFF MÉDÉRIC** • IPECA-PRÉVOYANCE - IPGM - **MORNAY** • IPSEC - **HUMANIS** • ISICA PRÉVOYANCE - **AG2R LA MONDIALE** • MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE - **MALAKOFF MÉDÉRIC** • NOVALIS PRÉVOYANCE - **NOVALIS TAITBOUT** • OREPA-PRÉVOYANCE - **D&O** • RÉUNICA PRÉVOYANCE - **RÉUNICA** • UNIPRÉVOYANCE - **PRISME PRÉVOYANCE** • VAUBAN HUMANIS PRÉVOYANCE - **HUMANIS**

# BIEN COMPRENDRE LES GARANTIES DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) a élaboré deux documents pour permettre à chacun de mieux comprendre son contrat de complémentaire santé :



Pour télécharger les documents : [www.unocam.fr](http://www.unocam.fr)

