Les guides de la prévoyance collective

# LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

CTIP
CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

# SOMMAIRE


LE RÔLE CLÉ DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ **P3**

LES GARANTIES ET LES SERVICES D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE **P6**

L'EFFICACITÉ COLLECTIVE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE **P11**

LES AVANTAGES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE **P13**

METTRE EN PLACE UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS SON ENTREPRISE **P16**

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ET LES GROUPES DE PROTECTION SOCIALE, DES PARTENAIRES DURABLES **P19**

# LE ROLE 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. D'une façon générale, pour les soins de ville, ou même en cas d'hospitalisation, l'absence de complémentaire santé peut entrainer des restes à charge importants pour les assurés. La complémentaire santé est donc devenue indispensable pour l'accès aux soins médicaux.

## > Comment se répartit le coût des dépenses médicales ?

**Ce que rembourse l'assurance maladie obligatoire**

Le montant est calculé en appliquant un taux de remboursement à un tarif de référence en fonction des prestations de santé, de la situation de l'assuré et du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Après remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le reste à charge se compose du ticket modérateur et des éventuels dépassements d'honoraires.

**Ce que rembourse une complémentaire santé**

- Le ticket modérateur
- Le forfait hospitalier (18€ par jour en hôpital ou clinique)
- La prise en charge partielle ou totale des soins dentaires, des équipements d'optique et des audioprothèses
- Les éventuels dépassements d'honoraires sous certaines conditions
- Des soins non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au premier euro* : homéopathie, ostéopathie, acupuncture, cures thermales, etc.

**Reste à charge pour l'assuré**

La participation forfaitaire de 1€ sur les consultations, les examens radiologiques et les analyses biologiques (plafonnée à 50€ par an par assuré)**.

La franchise de 0,50€ par boîte de médicaments ou acte paramédical, de 2€ par transport sanitaire (sauf urgence), dans la limite de 2€ par jour pour les actes paramédicaux, 4€ par jour les transports et 50€ par an par assuré)**.

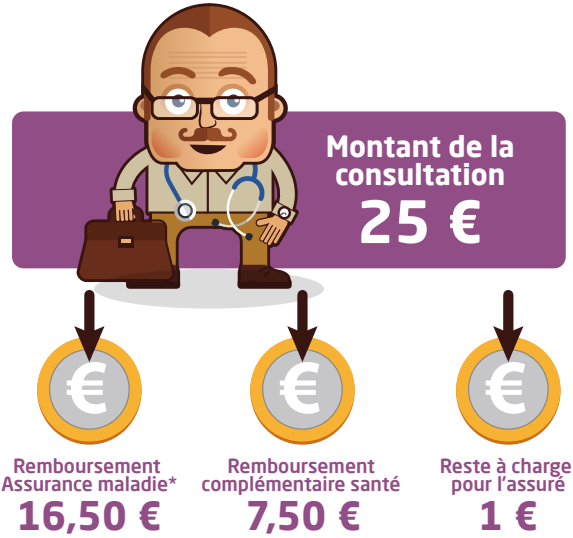
La part des soins dentaires, des équipements d'optique et des audioprothèses restant à charge.

Les dépassements d'honoraires restant à charge.

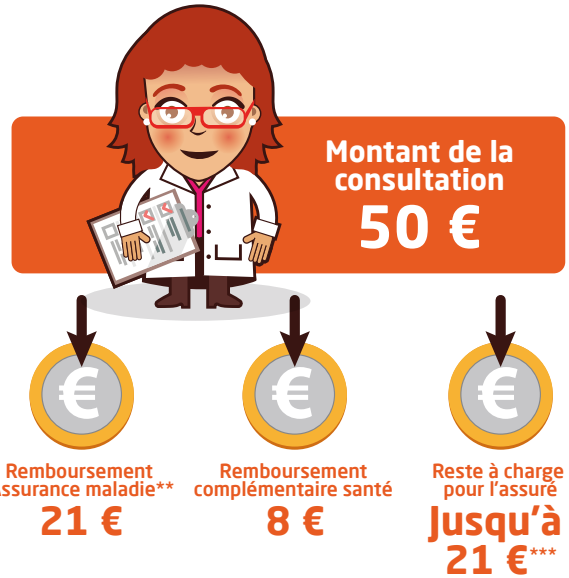
* En fonction du contrat souscrit
** Les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS en sont exempts.

## > Exemples

**Consultation chez un médecin généraliste appliquant les tarifs conventionnels (dit de secteur 1)**




**Consultation chez un médecin spécialiste appliquant des honoraires libres (dit de secteur 2)**




* soit 70 % du tarif conventionnel, fixé à 25 € au 1er mai 2017
** soit 70 % du tarif conventionnel, fixé à 30 € au 1er mai 2017
*** selon que le contrat de complémentaire santé propose ou non la prise en charge des dépassements d'honoraires

## Le parcours de soins coordonnés

L'assuré doit respecter « le parcours de soins coordonnés » pour être remboursé au taux prévu par l'assurance maladie obligatoire et sa complémentaire santé responsable. Il doit consulter son médecin traitant qui l'oriente si besoin vers d'autres praticiens spécialistes. Dans le cas contraire, le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire est de 30 % au lieu des 70 % habituels et la complémentaire santé ne rembourse pas la différence. Cette règle connaît cependant des exceptions : urgence, éloignement géographique... Certains spécialistes (gynécologues, chirurgiens-dentistes, ophtalmologistes, pédiatres...) et les praticiens qui assurent le suivi d'une maladie chronique ou d'une affection de longue durée (ALD) peuvent être consultés directement.

## Les taux de remboursement

Les niveaux de remboursements de la complémentaire santé sont généralement exprimés en pourcentage de la base de remboursement (BR) de l'assurance maladie obligatoire. Si une garantie prend en charge 100 % de la base de remboursement, cela signifie qu'un acte sans dépassement d'honoraire est pris en charge en intégralité.

Avec 125 %, tout ou partie des dépassements d'honoraires sont alors couverts dans la limite des frais engagés.

Pour certains postes coûteux ou certaines garanties non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (dentaire, optique...), les garanties peuvent également prévoir un forfait en euros (exemple : 150 € par verre pour une paire de lunettes), qui vient s'ajouter au remboursement éventuellement prévu par l'assurance maladie obligatoire.

# LES GARANTIES ET SERVICES D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

Depuis le 1er janvier 2016, tous les salariés du secteur privé bénéficient d'une complémentaire santé collective et obligatoire.

## > Quelles sont les garanties minimales prévues par la loi ?

Les complémentaires santé obligatoires doivent respecter des niveaux minimum et maximum de remboursement* en fonction des différents postes de dépenses de santé.

| | | |
|---|---|---|
| | Consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire | 100 % du ticket modérateur |
| | Frais de pharmacie en dehors des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15% et 30% | 100 % du ticket modérateur |
| | Forfait journalier hospitalier | dans son intégralité et sans limitation de durée |
| | Optique | une prise en charge forfaitaire allant de 100 à 850€ tous les deux ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue), selon le niveau de correction et monture incluse (dans la limite de 150 €) |
| | Prothèses dentaires et orthodontie | ticket modérateur + 25 % de la base de remboursement |

* Décret du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L911-7 du Code de la sécurité sociale

Les complémentaires santé peuvent prendre en charge les dépassements d'honoraires médicaux (soins de ville et hôpital), mais les niveaux suivants doivent être respectés :

• Médecins adhérents à l'option tarifaire maitrisée (OPTAM/OPTAM-CO) : pas de limitation de prise en charge

• Médecins non-adhérents à l'option tarifaire maitrisée (OPTAM/OPTAM-CO) : prise en charge limitée à 100 %

Les contrats de complémentaire santé collective respectent le cadre du contrat responsable.

## Le contrat responsable

Le contrat responsable vise à inciter l'assuré à respecter le parcours de soins coordonnés (voir page 5). Les nouvelles règles applicables au contrat responsable* prévoient un niveau minimal et maximal de remboursement sur un ensemble de prestations de santé. En contrepartie, le contrat collectif responsable bénéficie d'exonérations fiscales et sociales (voir page 12).

## L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est un dispositif visant à limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par certains médecins exerçant en secteur 2. Le praticien s'engage à stabiliser ses taux de dépassements d'honoraires et d'activité à tarif opposable, recevant en contrepartie une rémunération spécifique de l'assurance maladie obligatoire.
Existe également une déclinaison de l'OPTAM : l'OPTAM CO réservée aux chirurgiens et aux obstétriciens. Le praticien y souscrivant bénéficie d'une revalorisation des actes réalisés.

Ces options sont souscrites pour une durée d'un an renouvelable, sur la base du volontariat. Le médecin peut résilier à tout moment son adhésion.

* Décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

## > Garanties adaptées et services : le plus des complémentaires santé d'entreprise

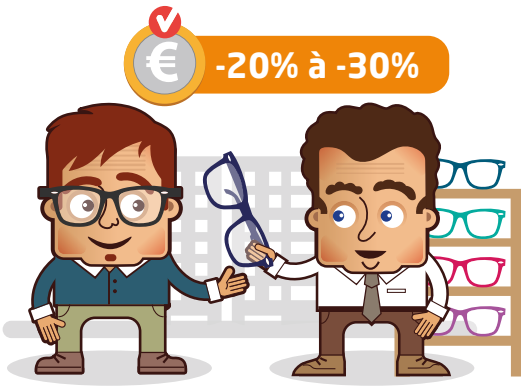
La complémentaire santé ne se limite pas au cadre fixé par la loi. Des garanties spécifiques ainsi que de nombreux services peuvent être associés au contrat.

### Des garanties plus adaptées

Pour mieux répondre aux besoins de ses salariés, l'entreprise peut choisir de renforcer les garanties pour certains postes de soins. Les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale, véritables partenaires, peuvent proposer aux entreprises des prestations peu ou non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le contrat de complémentaire santé peut ainsi prévoir la prise en charge de prestations non remboursées par la Sécurité sociale : consultations chez un ostéopathe, un acupuncteur ou un diététicien, certains médicaments, frais d'orthodontie...

### La prévention et l'accompagnement

Les institutions de prévoyance proposent dans leurs garanties un volet de prévention santé. Il peut s'agir de programmes de sensibilisation aux risques (alimentation, activité physique, addictions, sommeil, troubles musculo-squelettiques...). Est également prévu le remboursement de consultations de prévention (diététicien, sevrage tabagique...) ou la prise en charge de dépistage ou de suivi de maladies chroniques (hypertension artérielle ou diabète, par exemple). Pour plus d'efficacité les institutions de prévoyance innovent en utilisant les possibilités offertes par les nouvelles technologies (Internet, smartphones...) et lancent des expérimentations en matière de télémédecine.




### Des réseaux de soins et de qualité, l'assuré est satisfait...

Afin de limiter le reste à charge des assurés, certaines institutions de prévoyance ont créé des réseaux de professionnels de santé sur la base d'engagements de qualité et de modération tarifaire. Ces réseaux permettent à l'assuré de bénéficier de prestations de qualité tout en réalisant des économies allant de 20 à 30 % en optique, de 15 à 25 % en audioprothèse ou de 10 à 20 % en dentaire*.

* Étude réalisée par le CTIP auprès de ses adhérents travaillant avec des réseaux de soins, 2016.

## Le tiers payant

Le tiers payant permet à l'assuré de ne pas faire l'avance de 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. Les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C ont accès au tiers payant intégral La généralisation progressive du tiers payant est prévue d'ici la fin de l'année 2017, pour la part obligatoire, pour les professionnels de santé exerçant en ville.

## L'information et le conseil

La plupart des organismes complémentaires prévoient des dispositifs d'information des assurés 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 services d'assistance et d'aide à domicile

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 (CMU-C) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Ces deux dispositifs sont accessibles sous conditions de ressources (pour plus de détails : www.ameli.fr). Ils sont financés par une contribution des organismes de protection complémentaire de santé, la taxe de solidarité additionnelle qui s'élève à 20,27 %.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS il existe des dispenses d'adhésion au contrat collectif obligatoire.

## Une forte contribution à la solidarité nationale

À travers les différentes taxes et prélèvements sur les cotisations, les complémentaires santé d'entreprise participent largement au financement de la solidarité nationale. Les cotisations salariales comme patronales sont ainsi soumises à :

- La CSG (7,5 %) /CRDS (0,5 %)
- La taxe de solidarité additionnelle (TSA) « rénovée » de 13,27 % pour les contrats solidaires et responsables et de 20,27 % pour les contrats non solidaires et responsables
- Enfin dans les entreprises de 11 salariés ou plus, les contributions patronales au titre de la complémentaire santé collective sont soumises au forfait social de 8 %.

# L'EFFICACITÉ COLLECTIVE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

## > Des dispositifs équitables

La complémentaire santé d'entreprise est souscrite par l'employeur au profit de ses salariés.

Son efficacité repose sur une série de caractéristiques :

• **Des contrats collectifs** : ils s'adressent à tous les salariés de l'entreprise ou de la branche professionnelle, 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, et représenter au moins 50 % du montant de la cotisation ;

• **Des contrats obligatoires** : ils concernent tous les salariés ou catégories objectives de salariés (cadres, non cadres, agents de maîtrise...). Dans certains cas, les salariés ne sont pas contraints d'adhérer au contrat (voir page 18) ;

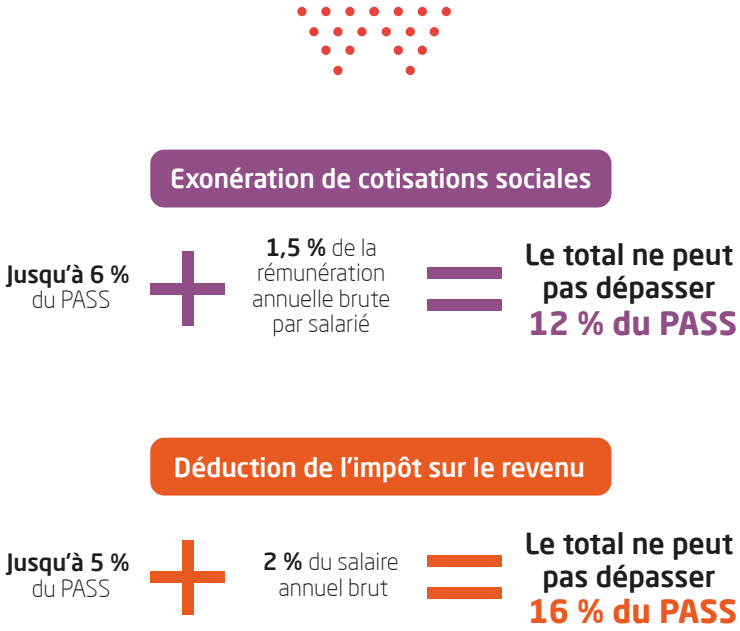
• **Des contrats responsables** : ils incitent au respect du parcours de soins coordonnés, ce qui implique certaines obligations en termes de remboursements (voir pages 6 et 7).

## > Des contrats responsables

Le respect strict des obligations et limites de remboursement du nouveau cahier des charges des contrats santé responsables permet de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et le salarié. Le contrat responsable bénéficie ainsi d'un taux de TSA de 13,27 % au lieu de 20,27 %.

Dans le cadre d'une complémentaire santé d'entreprise obligatoire, la contribution des employeurs est exonérée de cotisations sociales. Cette exonération est plafonnée à 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et à 1,5 % de la rémunération brute annuelle par salarié. Au total, elle ne peut pas excéder 12 % du PASS.

La part salarié est, elle, déductible de l'impôt sur le revenu, dans la limite de 5 % du PASS et 2 % du salaire annuel brut. Le total ne doit pas dépasser 16 % du PASS.



# LES AVANTAGES 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.

En outre, la participation de l'employeur au paiement des cotisations, à hauteur minimum de 50 %, permet de diminuer encore le coût pour les salariés et de les faire bénéficier, indépendamment de leur niveau de revenu, des mêmes garanties.

la part salariale de la cotisation liée à la complémentaire santé d'entreprise est de plus déductible 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).

## Un dispositif solidaire : 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 bénéficier - dans un délai de 6 mois – d'un maintien des garanties santé de son contrat collectif. Il paye alors la totalité de la cotisation (part salarié et part employeur).

Le salarié perd son emploi et la rupture du contrat de travail ouvre droit à une allocation chômage. Dans ce cas, les garanties santé dont il bénéficiait dans l'entreprise, peuvent être maintenues pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage (sauf licenciement pour faute lourde) et dans la limite de 12 mois maximum. Les cotisations sont alors prises en charge en totalité par l'ex-employeur et les salariés actifs.

## > 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 a minima de 50 %. La complémentaire santé d'entreprise collective et obligatoire, comme l'ensemble des garanties de prévoyance et l'épargne retraite d'entreprise, constitue 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. De plus, 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.

# METTRE EN PLACE UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS SON ENTREPRISE

Mettre en place une complémentaire santé dans l'entreprise passe par le choix d'un organisme assureur, d'un contrat et de niveaux de remboursements adaptés à l'entreprise, en fonction des besoins des salariés.

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.

En complément ou en l'absence de garanties mises en place au niveau de la convention collective ou de l'accord de branche, l'entreprise peut opter pour un **accord d'entreprise**, un **référendum** ou encore une **décision unilatérale de l'employeur** pour mettre en place une complémentaire santé.

Pour plus d'informations, nous vous invitons à consulter le guide du CTIP *Mettre en place un contrat de prévoyance d'entreprise.*

## Qu'est-ce qu'une recommandation de branche santé ?

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, les partenaires sociaux peuvent, depuis le 1er janvier 2014, recommander un ou plusieurs organismes assureurs au niveau d'une branche. Les partenaires sociaux, lorsqu'ils ont conclu un accord, peuvent lancer un appel d'offres qui a pour but d'aboutir à la recommandation d'un ou plusieurs organisme(s) d'assurance prestataire(s) de garanties liées aux frais de santé pour l'ensemble des salariés. Cette procédure n'est pas obligatoire et les entreprises ont le choix d'adhérer ou non à l'un des organismes recommandés par la branche.

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 :

- 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 répartition du paiement de la cotisation entre part patronale et part salariale, en respectant la participation de 50 % minimum de la part patronale ;
- Les garanties : détails du contenu des prestations, mode d'application (base de calcul des remboursements, montants des forfaits éventuels...) ; éventuels délais d'attente ou de franchise, date d'entrée en vigueur ;
- Les conditions et modalités de maintien de la garantie à titre individuel en cas de départ à la retraite ou de chômage ;
- Les conditions de révision et de dénonciation du contrat (durée du préavis...).

## Sélectionner l'organisme assureur

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.

## Les différents types d'organismes assureurs

Les institutions de prévoyance, sans but lucratif, ont pour spécificité leur gouvernance paritaire (les représentants des employeurs et les représentants des salariés).

Les mutuelles, sans but lucratif, sont administrées par un conseil désigné par les sociétaires.
Les sociétés d'assurance mutuelles, sans but lucratif, dont le conseil d'administration est désigné par les sociétaires.
Les sociétés d'assurance, à but lucratif, dont le conseil d'administration est désigné par les actionnaires.

## Les dispenses d'affiliation*

Le caractère obligatoire d'un contrat de complémentaire santé collectif implique que tous les salariés soient affiliés. Cependant il existe certains cas dans lesquels les salariés peuvent choisir de ne pas être affiliés et de ne pas cotiser au contrat collectif de l'entreprise.

Par exemple, peuvent refuser l'adhésion au contrat :

- les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place de la complémentaire santé en cas de décision unilatérale de l'employeur ;
- les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) et les travailleurs saisonniers peuvent, selon leur durée de présence dans l'entreprise, choisir d'adhérer au contrat collectif obligatoire ou bénéficier d'un versement santé ;
- les salariés bénéficiant en tant qu'ayant droit d'une couverture collective...

Pour connaître l'ensemble des cas de dispenses, consulter le site internet du CTIP, rubrique La prévoyance collective.

* Décret du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

# LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE ET LES GROUPES DE PROTECTION SOCIALE, DES PARTENAIRES DURABLES

Les institutions de prévoyance sont les premiers acteurs de la prévoyance et de la complémentaire santé d'entreprise. Elles couvrent 7,2 millions de salariés en complémentaire santé, et 13 millions en prévoyance et épargne retraite.

## Un fonctionnement original au service des entreprises

Les institutions de prévoyance sont les seuls acteurs de la protection sociale complémentaire dont la gouvernance est 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.

Les institutions de prévoyance sont des organismes à but non lucratif. Elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. Elles peuvent donc consacrer leurs éventuels excédents à la réduction des coûts, à l'amélioration des prises en charge notamment pour les populations les plus fragiles, 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 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.

## Des actions de prévention régulière

La santé repose aussi sur la prévention. En apportant leur soutien technique aux entreprises qui souhaitent mettre en place des actions de prévention santé, les institutions de prévoyance dépassent le 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.

## 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 ou 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.

## Le Centre technique des institutions de prévoyance

Le CTIP est le porte-parole des institutions de prévoyance. Il réunit l'expertise de ses adhérents afin de mener des actions conjointes, notamment auprès des pouvoirs publics. L'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 adhérents. Doté d'un conseil d'administration composé à parts égales de représentants des employeurs et de représentants des salariés, le CTIP mène une mission d'information sur la prévoyance collective et développe des services pour les 37 institutions et union d'institutions adhérentes.

# Les organismes **adhérents au CTIP**

**Parmi les 38 organismes adhérents au CTIP, on dénombre :**

- **36 institutions de prévoyance pouvant faire partie d'un groupe de protection sociale**
- **1 union d'institutions**
- **1 institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS)**

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 et de solvabilité que les autres entreprises d'assurance. La plupart des institutions de prévoyance appartient 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 RÉUNICA PRÉVOYANCE**, AG2R LA MONDIALE • **AGRI PRÉVOYANCE**, AGRICA • **ANIPS** • **APGIS** • **APICIL PRÉVOYANCE**, APICIL • **ARPÈGE PRÉVOYANCE**, AG2R LA MONDIALE • **AUDIENS PRÉVOYANCE**, AUDIENS • **B2V PRÉVOYANCE**, B2V • **BTP-PRÉVOYANCE**, PRO BTP • **CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE**, CAISSES RÉUNIONNAISES COMPLÉMENTAIRES • **CAPREVAL**, MALAKOFF MÉDÉRIC • **CAPSSA** • **CARCEPT PRÉVOYANCE**, KLESIA • **CARCO** • **CARPILIG PRÉVOYANCE**, LOURMEL • **CCPMA-PRÉVOYANCE**, AGRICA • **CGPCE**, ÉNSEMBLE PROTECTION SOCIALE • **CIPREV**, VICTOR HUGO • **CPCEA**, AGRICA • **CRP-BTP**, BTPR • **HUMANIS PRÉVOYANCE**, HUMANIS • **IRP AUTO IENA PRÉVOYANCE**, IRP AUTO • **IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ**, IRP AUTO • **IG-CREA** • **INPR**, MALAKOFF MÉDÉRIC • **Institution de prévoyance AUSTERLITZ** • **Institution de prévoyance NESTLÉ** • **Institution de prévoyance VALMY** • **IPBP**, HUMANIS • **IPECA-PRÉVOYANCE** • **IPRIAC**, KLESIA • **IPSEC**, HUMANIS • **IRCEM-PRÉVOYANCE**, IRCEM • **KERIALIS** • **MALAKOFF MEDÉRIC PRÉVOYANCE**, MALAKOFF MÉDÉRIC • **OCIRP** • **UNIPRÉVOYANCE**

**La santé représente l'un des sujets de préoccupation majeure pour les entreprises et les salariés.** Devenue obligatoire au 1er janvier 2016 pour les salariés du secteur privé, la complémentaire santé collective contribue à une meilleure prise en charge des frais de santé des salariés.

Sans sélection ni discrimination, elle est un facteur d'équité dans l'entreprise. Elle favorise également la performance et la prévention dans l'intérêt de chacun.

CTIP
CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

ctip.asso.fr

JANVIER 2017