Mutuelle entreprise obligatoire en 2016

www.legiSocial.fr

LIVRE BLANC

Version 6.0 Date de mise à jour : mardi 8 mars 2016

Sommaire

I. La prise en charge minimale 4

II. La prise en charge maximale 5

III. Mutuelle d'entreprise : la répartition des cotisations 6

IV. Mutuelle obligatoire au 1er janvier 2016 : les cas de dispense 8

V. Mutuelle obligatoire : application reportée pour certains salariés 12

VI. Les conditions d'ancienneté 13

VII. Mutuelle collective et obligatoire : la période transitoire des contrats responsables 15

VIII. Le « Chèque santé » 18

IX. Des garanties et des contributions identiques pour tous les salariés 23

X. Cas particulier des époux travaillant dans la même entreprise 24

XI. Suspension du contrat de travail, maintien de la couverture complémentaire 25

XII. Traitement de la mutuelle en pale 26

XIII. Exonération des contributions patronales : 9 conditions à remplir 28

Depuis le 1er janvier 2016, tous les salariés doivent bénéficier d'une mutuelle d'entreprise, ce que nous appelons également parfois « prévoyance complémentaire frais de santé » ou « couverture santé ».

Le présent document vous propose d'en découvrir les multiples aspects.

Références

Décret n° 2015-1883 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, JO du 31 décembre 2015

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JO du 22 décembre 2015

Extrait lettre circulaire n° 20150000045 du 12/08/2015

LOI no 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, JO du 16 juin 2013

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2013 POUR UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE ET SOCIAL AU SERVICE DE LA COMPETITIVITE DES ENTREPRISES ET DE LA SECURISATION DE L'EMPLOI ET DES PARCOURS PROFESSIONNELS DES SALARIES

Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, JO du 10 septembre 2014

CIRCULAIRE N°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 relative aux modalités d'assujettissement aux cotisations et contributions de sécurité sociale des contributions des employeurs destinées au financement de prestations de retraite supplémentaire et de prévoyance complémentaire.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO du 27 janvier 2016

I. La prise en charge minimale

Catégorie	Prise en charge minimale
Ticket modérateur	Couverture intégrale du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire (à l'exception des frais de soins thermaux, homéopathie).
Forfait journalier	Prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.
Frais dentaires	Prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.
Frais optique	Prise en charge à hauteur de : a. 100 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; b. 150 € par équipement comportant un verre mentionné au **a** et un verre mentionné au **c**; c. 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. Concrètement, cela correspond à une couverture minimale de : • 100 € pour les corrections dites « simples » ; • 150 € pour les corrections « mixtes simples et complexes » ; • 200 € pour les corrections dites « complexes ».

II. La prise en charge maximale

Catégorie	Prise en charge maximale
Frais optique	Prise en charge à hauteur de : a. 470 € (dont 150 € pour les montures) par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; b. 610 € ou 600 €, selon la nature du 2ème verre (dont 150 € pour les montures), par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c; c. Entre 750 € et 850 € (dont 150 € pour les montures), par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

Nota concernant les frais d'optique :

S'agissant des lunettes, les forfaits précités couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture.
Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

III. Mutuelle d'entreprise : la répartition des cotisations

Principe général

- Au minimum, la répartition des cotisations est de : 50% part salariale/ 50 % part patronale.

L'article 34 de la LFSS pour 2016 modifie l'article L 911-7, et tranche ainsi la question d'une interprétation différente.

Ainsi, l'employeur a l'obligation d'assurer au minimum la moitié du financement de la couverture collective à adhésion obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Bénéfice exclusion des contributions patronales aux cotisations sociales

Au risque de voir le régime d'exonération de la part patronale remise en question (caractère collectif), les garanties offertes aux salariés doivent être identiques :

- A tous les salariés ;
- Ou pour tous les salariés d'une même catégorie (cadre/non-cadre, selon le seuil de rémunération en corrélation avec les seuils appliqués par l'ARRCO et l'AGIRC, niveau de responsabilité, etc.).

1) Exceptions

A noter quelques exceptions à cette règle :

- En cas de prise en charge de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel, dans le cas où l'absence d'une prise en charge intégrale conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10% de la rémunération brute ;
- En cas de prise en charge de l'intégralité des contributions des apprentis, dans le cas où l'absence d'une prise en charge intégrale conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10% de la rémunération brute ;
- En cas de modulation de la contribution en fonction de la composition du foyer du salarié (article R 242-1-4).

1) Tolérances

Ajoutons également quelques tolérances concernant la prise en charge à 50%/50%, afin de bénéficier d'un régime social de faveur, selon la lettre circulaire de la DSS n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 :

- Contribution calculée par différence entre un montant forfaitaire uniforme et le montant de la contribution du salarié calculé en pourcentage de sa rémunération ;
- Contribution égale à la somme d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle à la rémunération ;
  Contribution exprimée sous forme de taux mais avec un plancher et/ou un plafond de cotisations forfaitaires.

Circulaire n° DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013

Précisions complémentaires selon le questions/réponses de la DSS du 29 décembre 2015

3 importantes précisions sont apportées par ce document :

1. L'éventuelle participation du comité d'entreprise ne peut en aucun cas venir en déduction de la part patronale, mais uniquement de la part salariale. L'employeur devant en quelque sorte assumer « à lui seul » le financement minimal de 50% ;
2. En cas de « couverture famille », l'employeur doit s'engager à hauteur de 50% lorsqu'il impose la couverture obligatoire des ayants droit et que ces derniers sont couverts dans le contrat obligatoire et collectif en vigueur dans l'entreprise ;
3. Dans le cadre d'un acte juridique instituant une couverture obligatoire en santé, conclus avant le 1er janvier 2016, la vérification du respect de l'obligation légale d'un financement minimal par l'employeur de l'ensemble de la couverture collective à caractère obligatoire ne relève pas de l'URSSAF.

IV. Mutuelle obligatoire au 1er janvier 2016 : les cas de dispense

Les dispenses dites « de droit »

Tous les cas de dispenses considérés « de droit » s'appliquent y compris dans le silence de l'acte juridique qui met en place de régime frais de santé, ce qui constitue une nouveauté au 1er janvier 2016.

Situations	Précisions
Salariés recrutés avant la mise en place des garanties, dispositif instauré par décision unilatérale de l'employeur avec participation financière du salarié	Dès lors que le financement des garanties frais de santé est exclusivement patronal, le cas de dispense doit nécessaire être inséré dans la DUE (Décision Unilatérale de l'Employeur), selon lettre circulaire ACOSS du 12/08/2015). Lorsque le dispositif prévoit une cotisation salariale, ce cas de dispense est possible, y compris si l'acte juridique ne le prévoit pas.
Salariés des bénéficiaires de la CMUC, ACS	Cette dispense d'adhésion joue jusqu'à la date à laquelle l'intéressé cesse de bénéficier de la CMUC, de l'ACS (article D 911-2 1°).
Salarié bénéficiant d'une couverture individuelle par ailleurs	Sont concernés les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure (article D 911-2 2°). Nota : la dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel. Si le contrat individuel prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de reconduction tacite.

Situations	Précisions
Salarié bénéficiant pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants.	Sont concernés les salariés bénéficiant, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes (article D 911-2 3°). : • Complémentaire santé collective et obligatoire conformément à l'article L 242-1 ; • Régime local d'Alsace-Moselle ; • Régime complémentaire relevant de la CAMIEG (Caisse d'Assurance Maladie des Industries Électriques et Gazières) ; • Mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales issues des décrets 2007-1373 du 19/09/2007 et n°1011-1474 du 8/11/2011 ; • Contrats d'assurances groupes, dits « Madelin ». Nota : le salarié doit alors justifier chaque année de la couverture obligatoire dont il bénéficie. Est ainsi solutionné le cas particulier des PEM (Participants à Employeurs Multiples) ou salariés multi-employeurs qui peuvent ainsi choisir la couverture santé dont ils bénéficient chez un de leurs employeurs et être dispensé chez les autres employeurs.
Salariés sous contrat CDD (ou de mission), dont la durée de couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de santé est inférieure à 3 mois.	Ce nouveau cas de dispense, instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016, se retrouve au sein de l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale. Cette dispense joue sous condition pour le salarié de justifier être couverts par une couverture santé responsable (par exemple, un contrat individuel donnant droit au versement santé). Nota : les salariés qui utilisent ce cas de dispense, ouvrent droit alors au dispositif « chèque santé ». Exemple concret proposé par la lettre circulaire « questions/réponses » du 29 décembre 2015 : • Un salarié est recruté sous contrat CDD de 2 mois ; • L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera d'une couverture collective obligatoire pendant 4 mois ; • Le salarié n'est alors pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public.

Les autres cas de dispenses

Tous les cas de dispense que nous vous proposons de découvrir supposent qu'ils figurent dans l'acte juridique qui institue le dispositif de prévoyance.

Situations	Conséquences
Le salarié ou l'apprenti est bénéficiaire d'un CDD (ou contrat de mission) d'1 an ou plus	Le refus d'adhésion n'est possible que si la personne concernée fournit tous documents justifiant d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs. (articles D 911-4 et R 242-1-6 2°a).
Le salarié ou l'apprenti est bénéficiaire d'un CDD(ou contrat de mission) inférieur à 1 an	Salariés et apprentis peuvent bénéficier de ce cas dispenses, y compris s'ils ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs (articles D 911-4 et R 242-1-6 2°b). (Concernant l'appréciation de la durée du CDD, ou contrat de mission, une actualité aborde ce point en détails, vous pouvez la retrouver en cliquant ici). http://www.legisocial.fr/actualites-sociales/1503-les-salaries-peuvent-ils-refuser-dadherer-une-prevoyance-complementaire-collective.html
Salarié à temps très partiel ou apprenti	Le refus d'adhésion n'est possible que lorsque l'adhésion au dispositif de mutuelle les conduirait à s'acquitter d'une cotisation équivalent à au moins 10% de leur rémunération brute. (articles D 911-4 et R 242-1-6 2°c). (Concernant l'appréciation du seuil de 10%, une actualité aborde ce point en détails, vous pouvez la retrouver en cliquant ici). http://www.legisocial.fr/actualites-sociales/1503-les-salaries-peuvent-ils-refuser-dadherer-une-prevoyance-complementaire-collective.html

Conditions communes à tous les cas de dispense

Encore une fois, la lettre circulaire « questions/réponses » du 29 décembre 2015 apporte de nombreuses précisions utiles à ce sujet :

- La dispense est à l'initiative du salarié ;
- Le salarié doit déclarer le cadre dans lequel la dispense est formulée (il dispose par ailleurs d'une complémentaire santé par exemple) ;
- Le salarié doit préciser la dénomination de l'organisme assureur portant le contrat souscrit lui permettant de solliciter la dispense d'adhésion ;
- Les déclarations du salarié pouvant prendre la forme d'une déclaration sur l'honneur ;
- Les services de la DSS indiquent qu'un formulaire type sera publié au cours du mois de janvier 2016.

Précision importante : selon la circulaire DSS du 29/12/2015, *« il n'y a pas lieu de prévoir la production d'autres pièces ou justificatifs »*.

Rappelons également que dans tous les cas de dispense :

- L'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés, la demande comportant la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

A quel moment formuler la demande de dispense ?

Un nouvel article est inséré dans le code de la sécurité sociale, et précise désormais que les demandes de dispense doivent être formulées :

- Au moment de l'embauche ;
- Ou si elles sont postérieures, à la date de mise en place des garanties ;
- Ou la date à laquelle prennent effet des cas de dispense (ACS, CMU-C, bénéfice d'une couverture par ailleurs).

V. Mutuelle obligatoire : application reportée pour certains salariés

Salariés relevant du régime local Alsace-Moselle

L'article 197 de la loi 2016-41 du 26/1/2016 (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO du 27 janvier 2016) indique que l'obligation de mettre en place, pour tous les salariés de l'entreprise, une couverture complémentaire collective et obligatoire de remboursement des frais de santé n'entrera en vigueur, pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, **que le 1er juillet 2016.**

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO du 27 janvier 2016

Extrait de la loi :

Article 197

Le IX de l'article 1er de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale et pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, le I de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale est applicable à compter du 1er juillet 2016. »

VI. Les conditions d'ancienneté

Préambule

Dans une précédente actualité, nous vous avions alerté sur l'attention à porter sur les conditions d'ancienneté sur les régimes de prévoyance frais de santé obligatoires au 1er janvier 2016. Retrouver notre actualité en détails en cliquant ici. Au sein d'une circulaire de la DSS du 29/12/2015, plusieurs précisions importantes sont apportées par le biais d'un « questions/réponses ».

Pas de condition d'ancienneté selon l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale

Selon l'article L 911-7 du code de la sécurité sociale, à compter du 1er janvier 2016, tous les salariés doivent bénéficier d'un régime de prévoyance collective et obligatoire au sein de l'entreprise qui les emploie.

Pas de condition d'ancienneté : les précisions apportées par l'ACOSS

La circulaire n° 20150000045 du 12/08/2015, rappelle que l'article 1er de la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoit que la couverture santé devra bénéficier à tous les salariés, à compter du 1er janvier 2016.
Il s'en suit, selon cette même circulaire ACOSS, qu'à cette date aucun salarié ne pourra être exclu d'une couverture santé au titre d'une clause d'ancienneté d'un contrat.
A contrario, demeurent toujours applicables les conditions d'ancienneté suivante :

- Plus de 12 mois dans le cadre d'un régime de retraite supplémentaire ;
- Plus de 12 mois dans le cadre d'un régime de prévoyance « hors frais de santé » (incapacité, invalidité, inaptitude, décès, dépendance) ou prévoyance « lourde » comme la qualifie l'ACOSS.

Nota :
Les diverses modalités de décompte de l'ancienneté sont valables sous réserve du respect des dispositions du code du travail qui interdisent d'interrompre le décompte à raison :

- Du congé de maternité ;
- Du congé d'adoption ;
- D'un arrêt consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

D'autre part, le fait qu'un accord prévoyant une modalité particulière de décompte de l'ancienneté ne rappelle pas ces interdictions ne constitue pas en soi une irrégularité, compte tenu de leur caractère d'ordre public, dès lors qu'elles ont bien été observées en pratique.

Clauses d'ancienneté : les précisions apportées par le « questions/réponses » du 29/12/2015

L'intérêt du questions/réponses de la DSS du 29 décembre 2015, est de préciser le point suivant :

- Si un acte juridique instituant une couverture obligatoire en santé, conclus avant le 1er janvier 2016, prévoit une clause d'ancienneté (dans la limite de 6 mois), cette clause ne pourrait être retenue comme un motif de redressement de la part des URSSAF.

VII. Mutuelle collective et obligatoire : la période transitoire des contrats responsables

Période transitoire des contrats responsables

Conformément à la LFRSS du 8/8/2014, une période transitoire a été instaurée afin pour mettre en œuvre les nouvelles conditions des contrats responsables. C'est ainsi que les contrats collectifs à adhésion obligatoire, dont l'acte juridique a été signé avant le 19 novembre 2014, continuent d'ouvrir droit au bénéfice du régime de faveur selon les anciens critères jusqu'à l'entrée en vigueur de la prochaine modification de ces actes, et au plus tard le 31 décembre 2017, sauf modifications particulières.
Nous avions rédigé un article à ce sujet, que vous pouvez retrouver en cliquant ici.

1) 3 situations envisageables

- Situation 1 : le régime a été institué avant le 19 novembre 2014

La date du 19 novembre 2014 fait référence à ce qui fréquemment dénommé par les termes « acte fondateur du régime », à savoir date accord collectif, date du projet d'accord ratifié par voie référendaire, ou bien encore date de la décision unilatérale de l'employeur.

Dates	Situations
31 décembre 2017	Le régime relève de « l'ancien cahier des charges » des contrats responsables jusqu'à cette date.
1er janvier 2018	Date à laquelle s'applique le nouveau cahier des charges.

- Situation 2 : le régime a été institué avant le 19 novembre 2014 mais modifié depuis

Situations	Conséquences
Le contrat est en cours au 1er avril 2015	Le régime relève de « l'ancien cahier des charges » des contrats responsables jusqu'au renouvellement du contrat ou jusqu'à sa prochaine échéance, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.
Contrat conclu ou modifié depuis le 1er avril 2015	Le nouveau cahier des charges s'applique immédiatement.

- Situation 3 : le régime a été institué depuis le 19 novembre 2014

Situations	Conséquences
Le contrat est en cours au 1er avril 2015	Le régime relève de « l'ancien cahier des charges » des contrats responsables jusqu'au renouvellement du contrat ou jusqu'à sa prochaine échéance, et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017.
Contrat conclu ou modifié depuis le 1er avril 2015	Le nouveau cahier des charges s'applique immédiatement.

Précisions apportées par le « questions/réponses » du 29 décembre 2015

- Les modifications de l'acte juridique ne portant pas sur les garanties ne font pas perdre le bénéfice de la période transitoire ;

- A titre d'exemple, les modifications de l'acte juridique visant à se mettre en conformité avec les dispositions de la LFSS pour 2016 ou à mettre en œuvre les nouveaux outils qu'elle définit permet aux contrats d'assurance pris sur son fondement de continuer d'ouvrir droit au bénéfice des dispositions mentionnées au 1er alinéa de l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale, jusqu'au plus tard le 31 décembre 2017 ;

- De même, la mise en œuvre du financement 50/50, la suppression des clauses d'ancienneté ou de l'organisme désigné ne remettent pas en cause le bénéfice de la période transitoire.

VIII. Le « Chèque santé »

Notions de base

L'article 34 de la LFSS pour 2016 instaure le dispositif versement santé (parfois appelé aussi « chèque santé ») pour certains salariés.
La publication d'un décret au JO du 31 décembre 2015 apporte les précisions attendues sur ce nouveau dispositif.
Selon ce dispositif, une aide se substitue à la couverture collective et obligatoire frais de santé de l'entreprise.
Cette aide est versée par l'employeur à certains salariés, en vue de financer une couverture santé individuelle « responsable » par ailleurs.
Nota : cette aide ne peut en aucun cas se cumuler avec :

- Une couverture complémentaire collective et obligatoire ;
- Avec la CMU-C ;
- Avec l'ACS.

Salariés concernés

Ne sont concernés que les salariés titulaires d'un CDD ou d'un contrat de mission dont la durée de la couverture « frais de santé » collective et obligatoire est inférieure à 3 mois (non comprise la période de portabilité après la fin du contrat).
Sont ainsi concernés les salariés qui bénéficient désormais d'une dispense de droit à l'affiliation couverture collective et obligatoire frais de santé, sous réserve qu'ils justifient d'un contrat d'assurance maladie complémentaire dit « responsable » par ailleurs.

Rappel :
Ce cas de dispense se réfère à la durée de la couverture collective, et non à la durée effective du contrat.
Un exemple concret est proposé au sein de la circulaire de la DSS « questions/réponses » du 29 décembre 2015 comme suit :

- Un salarié est recruté sous contrat CDD de 2 mois ;
- L'accord de branche prévoit qu'il bénéficiera d'une couverture collective obligatoire pendant 4 mois ;
- Le salarié n'est alors pas concerné par ce cas de dispense d'ordre public.

Peuvent également bénéficier du dispositif « versement santé », les salariés à temps très partiels et les salariés sous contrats « très courts ».
Pour cela un accord de branche ou, en l'absence de ce dernier, un accord d'entreprise peut imposer le « versement santé » comme unique modalité de mise en œuvre de l'obligation d'assurer une couverture « santé » collective et obligatoire des salariés à temps partiel ou dont la durée du contrat de travail est inférieure ou égale à des seuils fixés par l'accord.
L'accord déterminera alors les salariés concernés, en fixant :

- Un plafond d'activité de 15h/semaine ;
- Ou une durée de contrat de 3 mois (sous contrat CDD ou de mission).

1) Par décision unilatérale de l'employeur

Enfin, par dérogation et jusqu'au 31 décembre 2016, l'employeur pourra procéder par décision unilatérale, mais dans ce cas, sa décision ne s'applique pas aux salariés qui sont déjà couverts à titre collectif et obligatoire par une couverture complémentaire mise en place par accord collectif, accord ratifié ou décision unilatérale.

Chèque santé : chiffrage

1) Principe de détermination du montant de l'aide

L'aide est calculée mensuellement (le montant versé tenant compte de la durée du contrat) en déterminant un montant de référence auquel est appliqué un coefficient (105% ou 125%) correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale.
Le montant de référence mentionné correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture pour la catégorie à laquelle appartient le salarié et pour la période concernée.
Il tient compte, le cas échéant, de la rémunération du salarié.

2) Contribution qui ne peut être déterminée

Lorsque le montant de la contribution de l'employeur ne peut être déterminé pour la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié, le montant de référence est fixé à :

- 15,00 € ;
- 5,00 € pour les assurés du régime local d'Alsace-Moselle.

Nota : ces montants seront revalorisés par arrêté au 1er janvier de chaque année, en fonction d'un indice particulier (ONDAM).

3) Montant de la contribution en tout ou partie forfaitaire

Si le montant de la contribution de l'employeur est en tout ou partie forfaitaire, il est alors appliqué le coefficient suivant sur la part forfaitaire :

- x= (montant de la contribution * nombre d'heures mensualisées inférieures ou égales à 151,67h)/ 151,67 h.

Le coefficient obtenu ne pouvant jamais être supérieur à 1.

4) Valeur minimale contribution

En tout état de cause, le montant de référence ne peut être inférieur à 15€ (ou 5€ en Alsace-Moselle), proratisé dans les mêmes conditions que celles appliquées en cas de contribution en tout ou partie forfaitaire.

5) Montant du coefficient

Le montant du coefficient, correspondant au dispositif de portabilité prévu à l'article L 911-8 du code de la sécurité sociale est fixé à :

- 105% pour les salariés en CDI (mais à temps partiel) ;
- 125% pour les salariés sous contrat CDD ou de mission.

Chèque santé : exemples concrets

La circulaire de la DSS, sous forme de « questions/réponses » nous propose quelques exemples pratiques comme suit :

Exemple	Situations concernés	Montant mensuel versé aux salariés
N°1	La contribution de l'employeur est égale à 1% du salaire brut ; Le salaire brut du salarié est de 1.500 € ; Le montant de référence est donc de 1.500 € * 1%= 15,00 € ; Le salarié est supposé être sous contrat CDD ; Le coefficient de majoration est donc de 125%.	Montant versement santé = 18,75 € (15,00 € *125%)
N°2	La contribution de l'employeur est forfaitaire et supposée fixée à 20,00 € ; Le minimum de 15,00 € est bien respecté ; Le salarié est supposé être sous contrat CDD de 3 mois ; Sa durée hebdomadaire est supposée fixée à 35h ; Le montant de référence est donc de 20,00 € ; Le coefficient de majoration est donc de 125%.	Montant versement santé = 25,00 € (20,00 € *125%)
N°3	La contribution de l'employeur est forfaitaire et supposée fixée à 20,00 € ; Le minimum de 15,00 € est bien respecté ; Le salarié est supposé être sous contrat CDI ; Sa durée mensuelle est supposée fixée à 50h ; Le montant de référence est donc de (20€*(50h/151,67h)= 6,59€, donc supérieur à la valeur minimale de (15€*(50h/151,67h)= 4,95€; Le coefficient de majoration est donc de 105%.	Montant versement santé = 6,92 € (6,59 € *105%)

Chèque santé : régime social

Selon la circulaire DSS « questions/réponses » du 29 décembre 2015, l'aide versée par l'employeur est :

- Exonérée de cotisations sociale ;
- Soumise aux contributions CSG et CRDS, sans abattement ;
- Soumise au forfait social, si l'entreprise justifie d'un effectif de 11 salariés et plus.

1) Une certaine tolérance des services de l'URSSAF

La circulaire DSS « questions/réponses » du 29 décembre 2015, précise que *« pendant la phase d'appropriation des modalités relatives au calcul de versement santé, les organismes de recouvrement respecteront des consignes de souplesse et de bienveillance dans les contrôles. Ils s'attacheront en particulier lors des contrôles de l'application du régime social afférant au versement santé à ne pas procéder à des régularisations en cas de calcul erroné des contributions versées au cours des 6 premiers mois de l'année 2016 et à faire preuve de pédagogie dans les observations apportées ».*

2) Cas particulier des salariés mis à disposition par une AI

Pour les salariés mis à disposition par une association intermédiaire (code du travail article L 5132-9), l'article D 911-8 indique que le calcul du versement s'effectue alors sur le nombre d'heures faisant l'objet de la mise à disposition.

Chèque santé : régime fiscal

Concernant les contributions patronales de prévoyance, dans le cas où le salarié n'a pas souhaité bénéficier d'une dispense, celles-ci sont ajoutées au net imposable du salarié par application de l'article 83 du CGI (1°quater).
Cet alinéa de l'article 83 du CGI renvoie vers l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale, notamment au 2° qui confirme que *« le sixième et le présent alinéas sont applicables aux versements de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-7-1).*
Il ne serait donc pas surprenant selon nous, que l'aide versée par l'employeur dans le cadre du chèque santé soit également soumise à l'impôt sur le revenu, une précision de l'administration est attendue à ce sujet.

IX. Des garanties et des contributions identiques pour tous les salariés

Les garanties

Au risque de voir le régime d'exonération de la part patronale remise en question (caractère collectif), les garanties offertes aux salariés doivent être identiques :

- A tous les salariés ;
- Ou pour tous les salariés d'une même catégorie (cadre/non-cadre, selon le seuil de rémunération en corrélation avec les seuils appliqués par l'ARRCO et l'AGIRC, niveau de responsabilité, etc.).

Les contributions

Pour bénéficier de l'exclusion de l'assiette, les contributions de l'employeur sont fixées à un taux ou à un montant uniforme pour l'ensemble des salariés ou pour tous ceux d'une même catégorie, sauf dans les cas suivants :

- La prise en charge par l'employeur de l'intégralité des contributions des salariés à temps partiel ou des apprentis dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à s'acquitter d'une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- La modulation par l'employeur des contributions relatives à la couverture des garanties de prévoyance complémentaire en fonction de la composition du foyer du salarié.

X. Cas particulier des époux travaillant dans la même entreprise

La lettre circulaire de la DSS, sous forme de « questions/réponses » du 29 décembre 2015 apporte des précisions importantes à ce sujet.

Question

La généralisation de la complémentaire santé remet-elle en cause la doctrine sur l'adhésion des ayants droit lorsque les conjoints travaillent dans la même entreprise ?

Réponse

2 situations sont envisageables comme suit :

1. Lorsque les époux travaillent dans la même entreprise et que le régime prévoit l'adhésion des ayants droit à titre obligatoire, un des époux est affilié en son nom propre et l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.
2. Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont alors le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

La question réponse n°47 de la circulaire ACOSS 2011-36 du 24 mars 2011 n'est ainsi pas remise en cause.

XI. Suspension du contrat de travail et maintien de la couverture complémentaire frais de santé

La lettre circulaire de la DSS, sous forme de « questions/réponses » du 29 décembre 2015 apporte des précisions importantes à ce sujet.

Question

En cas de suspension du contrat de travail, l'employeur doit-il maintenir la couverture complémentaire en matière de frais de santé ?

Réponse

Au regard de la législation de sécurité sociale, il convient de faire application de la circulaire DSS/5B/2009/32 du 30 janvier 2009 qui distingue 2 situations :

1. Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation (exemple : arrêt maladie) : dans ce cas la couverture doit être maintenue ;
2. Suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation (exemple : congé parental) : aucune obligation n'est alors faite à l'employeur de maintenir la couverture.

XII. Traitement de la mutuelle en paie

Exemple concret

1) Présentation du contexte

- Salarié non cadre exerçant son activité à temps plein, sur la base de la durée légale ;
- Sa rémunération brute mensuelle est estimée à 1.600 € ;
- Un dispositif de mutuelle collective et obligatoire est instauré dans l'entreprise, la participation patronale est estimée à 70 € ainsi que la part salariale pour le même montant ;
- L'effectif de l'entreprise est supposé être de 30 salariés ;
- Nous supposerons que le salarié est soumis au taux minimal de cotisations salariales d'un salarié non cadre, rémunéré en deçà du PMSS, soit 22,16% au 1er janvier 2016.

2) Bulletin de paie du mois de janvier 2016

Le bulletin de paie du mois se présente comme suit :

Salaire de base	1.600,00 €
Salaire brut	1.600,00 €
Cotisations salariales	430,16 €
Net après retenues	1.169,84 €
Net imposable	1.287,46 €
Net à payer	1.169,84 €

3) Quelques explications...

Libelle	Base	Taux	Valeurs
Cotisations salariales (hors CSG/CRDS)	1 600,00 €	14,30% 22,16 % moins (8%*98,25%, CSG et CRDS sur salaires)	228,80 €
Contribution CSG déductibles	1 642,00 €= (1.600 € *98,25%) + (70,00 €* 100%)	5,10%	83,74 €
Contribution CSG/CRDS non déductibles	1 642,00 € = (1.600 € *98,25%) + (70,00 €* 100%)	2,90%	47,62 €
Participation salariale mutuelle			70,00 €
Total cotisations salariales			430,16 €
Net après retenues	1.600 € moins 430,16 €		1.169,84 €
Net imposable	Sont à ajouter au net après retenues : • Les contributions patronales mutuelle ; • Les contributions CSG/CRDS non déductibles. Soit un total de 70,00 € + 47,62 € = 117,62 €		1.287,46 €
Net à payer			1.169,84 €

- La base sur laquelle sont calculées les contributions CSG et CRDS est égale à : 98,25% de la rémunération brute (1.600 €) + 100% de la contribution patronale au titre de la mutuelle (70,00€)

D'autre part, compte tenu de l'effectif de l'entreprise, les contributions patronales prévoyance frais de santé sont également soumises au forfait social au taux de 8%, soit sur une base de 70,00 €.

XIII. Exonération des contributions patronales : 9 conditions à remplir

La mutuelle est considérée comme un régime de « prévoyance » frais de santé. Les contributions patronales finançant les régimes de prévoyance complémentaire peuvent être exonérées de cotisations sociales dans la limite de plafonds fixés mais pour cela plusieurs conditions doivent être remplies.

Exonération des cotisations patronales : 9 conditions à remplir

SOMMAIRE

- **Les conditions d'exonération**
  - L'objet des garanties
  - Les contributions visant à couvrir une obligation de maintien de salaire
  - Un régime frais de santé responsable
  - Les bénéficiaires des contributions et garanties
  - La nature juridique de l'organisme prestataire
  - La non-substitution des contributions à d'autres éléments de rémunération
  - Les modalités de mise en place
  - Le caractère collectif du régime
  - Le caractère obligatoire du régime
- La portabilité des garanties de prévoyance
- La limite de l'exonération sociale (par an et par salarié)
- Les contributions restant dues

Extrait document information synthétique URSSAF du 8 février 2016

Les 9 conditions plus en détails...

1. Condition numéro 1 : l'objet des garanties.

Les garanties financées par l'employeur au bénéfice des salariés, doivent concerner des prestations complémentaires ou supplémentaires à celles servies par les régimes de base de la Sécurité sociale.

2. Condition numéro 2 : remplir une obligation de maintien de salaire.

Concrètement, relève de la complémentaire prévoyance la part de la contribution patronale finançant un mécanisme de maintien de salaire résultant d'une décision unilatérale de l'employeur ou du contrat de travail, et qui va donc au-delà du minimum fixé par la loi ou l'accord collectif.

3. Condition numéro 3 : un régime frais de santé « responsable »

Le bénéfice du régime d'exonération des contributions patronales de prévoyance complémentaire prévoit que les contrats dits de « frais de santé » (frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident) doivent remplir un certain nombre de conditions liées à savoir :

- Des obligations de prise en charge ;
- Des interdictions de prise en charge ;
- L'information des assurés ;
- Le socle minimal et son financement.

4. Condition numéro 4 : les bénéficiaires des contributions et garanties

Les bénéficiaires des contributions pouvant être exclues de l'assiette des cotisations sont les :

- Salariés ;
- Anciens salariés ;
- Et leurs ayants droit.

5. Condition numéro 5 : statut juridique de l'organisme prestataire

Les prestations doivent être versées directement au bénéficiaire (salarié ou ayant-droit en cas de décès) par un organisme habilité (mutuelles, assurances ou institutions de prévoyance).

6. Condition numéro 6 : non-substitution à des éléments de rémunération

Une circulaire de la DSS (numéro 2009-32 du 30/01/2009) indique que le régime de prévoyance ne doit avoir pour objectif de se substituer à un élément de rémunération.

7. Condition numéro 7 : les modalités de mise en place

La mise en place du régime de prévoyance est possible selon 3 modes, à savoir par convention ou accord collectif, par accord obtenu à la majorité des salariés (référendum) ou par décision unilatérale de l'employeur.

8. Condition numéro 8 : caractère collectif

Le régime de prévoyance doit avoir un caractère collectif, ainsi au sein d'une même entreprise la prévoyance peut concerner soit tous les salariés, soit une catégorie (mais dans le respect de critères objectifs).
Dans ce cas, les catégories retenues doivent permettre de couvrir tous les salariés que leur activité professionnelle place dans une situation identique au regard des garanties concernées.

9. Condition numéro 9 : caractère obligatoire

Le régime de prévoyance doit avoir un caractère obligatoire, autorisant toutefois quelques cas de « dispense ».
Un régime est dit « obligatoire » lorsque la totalité des salariés est dans l'obligation de s'y affilier et de cotiser à la couverture mise en place au sein de l'entreprise.
En principe, cette condition s'applique même en cas de suspension du contrat de travail des salariés.