

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE



*Une prise en charge optimisée
des frais de santé du salarié et sa famille !*



CTIP

CENTRE TECHNIQUE
DES INSTITUTIONS
DE PRÉVOYANCE

LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Les garanties de prévoyance collective sont mises en place dans les entreprises et les branches professionnelles, généralement à la suite d'un accord collectif.

En complément des régimes obligatoires, les garanties de prévoyance collective* permettent :

- De faciliter l'accès aux soins médicaux en complétant les remboursements de la Sécurité sociale.
- D'assurer le maintien partiel ou total du salaire en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité.
- De garantir un capital et des rentes au conjoint et aux enfants du salarié décédé.
- De constituer des revenus supplémentaires pour la retraite.
- D'assurer un complément financier en cas de dépendance.

** Ces garanties sont présentées dans les guides pratiques consultables sur le site ctip.asso.fr*

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE : L'ESSENTIEL | 5 |
| Comprendre le contrat responsable et solidaire | 6 |
| Découvrir les avantages de la complémentaire santé d'entreprise | 8 |
| COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE : LES REMBOURSEMENTS | 10 |
| Les remboursements définis par le contrat responsable | |
| — Les niveaux de remboursement | 14 |
| — Le remboursement des dépassements d'honoraires | 14 |
| — L'offre 100 % santé | 16 |
| Des remboursements et services complémentaires | 20 |



Les salariés du secteur privé bénéficient obligatoirement d'une complémentaire santé d'entreprise. Celle-ci complète les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire (la Sécurité Sociale), en matière de dépenses de santé.

Le contrat de complémentaire santé peut également prévoir la prise en charge de dépenses peu ou pas remboursées par l'Assurance maladie obligatoire et donner droit à des services spécifiques.

La complémentaire santé d'entreprise est un dispositif essentiel pour accéder plus facilement aux soins médicaux et ainsi mieux préserver le capital-santé du salarié et de sa famille.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE : L'ESSENTIEL



La complémentaire santé d'entreprise est obligatoire pour tous les salariés du secteur privé depuis le 1^{er} janvier 2016.

Chaque salarié doit être affilié au contrat de son entreprise.

L'employeur participe au minimum à 50% du montant de la cotisation.

COMPRENDRE LE CONTRAT RESPONSABLE ET SOLIDAIRE

La complémentaire santé d'entreprise s'inscrit dans le cadre du contrat responsable et solidaire. Il est défini par la loi et s'impose à toutes les complémentaires santé.

Responsable

Il incite à respecter le parcours de soins coordonnés et fixe des règles qui conditionnent le niveau de remboursement des dépenses de santé : remboursements obligatoires, interdits ou plafonnés et taux minimal et maximal.

Exemple : la complémentaire santé d'entreprise rembourse intégralement les consultations chez le médecin généraliste conventionné. Par contre, elle ne prend pas en charge certains dépassements d'honoraires.

Solidaire

Le contrat s'adresse à tous les salariés de l'entreprise ou de la branche professionnelle sans discrimination :

- d'âge,
- d'état de santé,
- d'ancienneté ou de date d'embauche,
- de nature de contrat de travail,
- de temps de travail,
- ou de rémunération.

Tous bénéficient des mêmes garanties.



Un impératif : respecter le parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du contrat responsable, le salarié doit consulter son médecin traitant

pour être remboursé(e) au taux prévu par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé responsable. Le médecin traitant l'orientera, si besoin, vers des spécialistes. Si la personne consulte sans suivre ce parcours, le taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire sera minoré et la complémentaire santé ne pourra pas rembourser la différence.

Des exceptions (urgence, éloignement géographique...) permettent néanmoins la consultation de certains spécialistes (gynécologues, chirurgiens-dentistes, ophtalmologues, pédiatres...) « en accès direct autorisé » et intégrés au parcours de soins coordonnés. C'est également le cas des médecins qui assurent le suivi d'une maladie chronique ou d'une affection longue durée (ALD).



Les dispenses d'affiliation

Le salarié peut être dispensé de s'affilier à la complémentaire santé obligatoire de son entreprise si :

- Il bénéficie de la complémentaire santé solidaire*.
- Il est déjà couvert par une complémentaire santé individuelle. La dispense est valable jusqu'à l'échéance du contrat individuel.
- Il bénéficie déjà de la couverture collective de son votre conjoint.

Plus d'informations

sur les dispenses d'affiliation sur **www.ctip.asso.fr**, rubrique Prévoyance collective (cas particuliers).

** La complémentaire santé solidaire remplace depuis le 1^{er} novembre 2019 les dispositifs ACS (aide à la complémentaire santé) et CMU-c (couverture maladie universelle complémentaire)*



DÉCOUVRIR LES AVANTAGES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE

Le tiers payant

Il dispense de faire l'avance des 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.

Un tarif de cotisation compétitif

La dimension collective de la complémentaire santé d'entreprise permet de réaliser des économies d'échelle (réduction des frais de commercialisation, de gestion...) et de mutualiser les risques entre tous les salariés. Les cotisations sont calculées au plus juste.

La participation de l'employeur

Elle s'élève a minima à 50 % de la cotisation, ce qui réduit le coût pour le salarié. A garanties égales, une complémentaire santé d'entreprise propose toujours un tarif moins élevé que celui d'une complémentaire santé individuelle.



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

En cas de perte d'emploi donnant droit à une allocation chômage, le salarié bénéficie gratuitement des garanties de la complémentaire santé pendant 12 mois maximum. C'est ce que l'on appelle la portabilité. Les cotisations sont prises en charge dans le contrat de l'ancienne entreprise.

Au départ à la retraite, le salarié peut choisir de conserver sa complémentaire santé d'entreprise à titre individuel. Dans ce cas, il doit prendre en charge la totalité de la cotisation (part salarié et part employeur).

Des exonérations fiscales et sociales

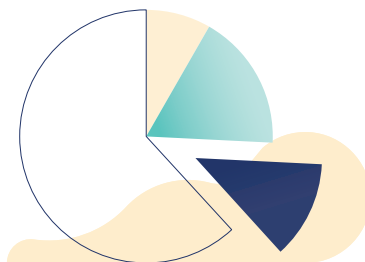
En contrepartie du respect d'un certain nombre d'obligations dans le cadre du contrat responsable, **la complémentaire santé d'entreprise donne droit à :**

- **Une déduction de l'impôt sur le revenu** de la part salarié de la cotisation, dans la limite de 5% du PASS* (soit 2568 € en 2021) et de 2% du salaire annuel brut, le tout ne pouvant pas dépasser 16% du PASS (soit 6581 € en 2021).
- **Une exonération de cotisations sociales** de la part employeur, dans la limite de 6% du PASS (soit un minimum exonéré de 2468 € en 2021), et de 1,5% du salaire annuel brut, le tout ne pouvant dépasser 12% du PASS (soit 4939 € en 2021).



Ces déductions sont réalisées directement par l'employeur.

** Plafond annuel de la Sécurité sociale, revalorisé le 1^{er} janvier de chaque année (41 136 € en 2021). C'est un barème de référence pour le calcul du montant maximal de certaines prestations sociales.*



Des garanties adaptées aux besoins

Les garanties des complémentaires santé d'entreprise sont pour la plupart issues d'une négociation soit dans la branche professionnelle soit entre l'employeur et les représentants des salariés.

Ce dialogue social permet de mettre en place des garanties adaptées aux besoins réels des salariés.

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE : LES REMBOURSEMENTS



LES REMBOURSEMENTS DÉFINIS PAR LE CONTRAT RESPONSABLE

Des niveaux minimal et maximal de remboursement encadrent les garanties de la complémentaire santé.

LES NIVEAUX DE REMBOURSEMENT

Les niveaux de remboursement sont généralement exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Cette base correspond à un tarif défini sur lequel la Sécurité sociale applique un taux de remboursement, en fonction de la situation de l'assuré et du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Pour certains postes coûteux ou des dépenses de santé peu ou pas remboursées par l'Assurance maladie obligatoire (optique, dentaire, audiologie...), les garanties prévoient des taux de remboursement plus élevés que ceux de la BRSS ou des forfaits en euros.



Exemple

Consultation d'un médecin généraliste appliquant les tarifs conventionnels (secteur 1) soit 25 €

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (Sécurité sociale) est le tarif conventionnel soit **25 €**.

Le taux de remboursement est de 70%.

L'Assurance maladie obligatoire rembourse donc $25 € \times 70 \% = 17,50 €$ - le 1 €

de participation forfaitaire non remboursable, soit **16,50 €**.

La complémentaire santé d'entreprise rembourse 100 % du ticket modérateur*, soit **$25 € - 17,50 € = 7,50 €$** .

Le total remboursé est de 24 € ($16,50 € + 7,50 €$). Il reste à charge seulement **1 € de participation forfaitaire**.

** Différence entre la BRSS et le remboursement de la Sécurité sociale.*

Exemple**Pose d'une couronne dentaire
céramo-métallique de 538,70 €**

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est de **120 €** et le taux de remboursement de 70 %.

L'Assurance maladie obligatoire rembourse donc : $120 \text{ €} \times 70 \% = 84 \text{ €}$

La complémentaire santé prévoit une garantie à hauteur de 400 % de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Soit :

30 % au titre du ticket modérateur

$120 \text{ €} \times 30 \% = 36 \text{ €}$

300 % au titre des dépassements

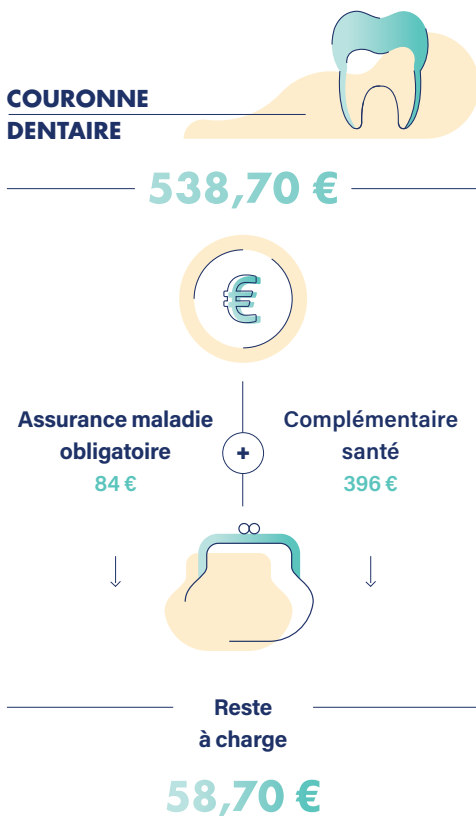
$120 \text{ €} \times 300 \% = 360 \text{ €}$

auxquels s'ajoutent les 70 % de l'Assurance maladie obligatoire.

Reste à charge pour le salarié :

$538,70 \text{ €} - (396 \text{ €} + 84 \text{ €}) = 58,70 \text{ €}$

au lieu des **538,70 €** en l'absence de complémentaire santé d'entreprise.



Exemple

Acquisition d'une paire de lunettes (monture + 2 verres) d'un montant de 345 €

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est de 0,15 € (0,05 € pour la monture et 2 x 0,05 € pour les verres), avec un taux de remboursement de 60 %.

L'Assurance maladie obligatoire rembourse : $0,15 \text{ €} \times 60 \% = 0,09 \text{ €}$

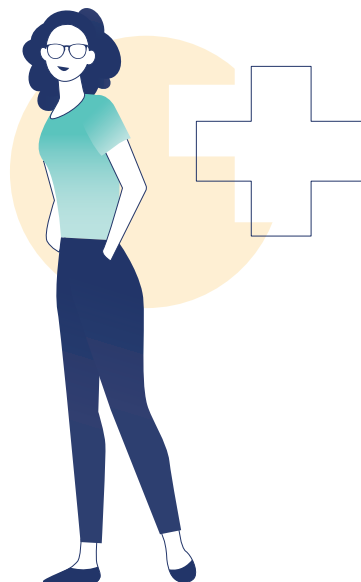
La complémentaire santé d'entreprise

prévoit un forfait de remboursement de 260 € et rembourse donc **$260 \text{ €} - 0,09 \text{ €} = 259,91 \text{ €}$**

Reste à charge pour le salarié :

$345 \text{ €} - 259,91 \text{ €}$ soit $85,09 \text{ €}$

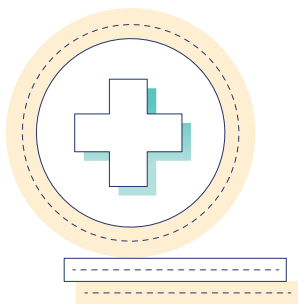
au lieu des **$344,91 \text{ €}$** en l'absence de complémentaire santé d'entreprise.



LE REMBOURSEMENT DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les spécialistes appliquant des honoraires libres (secteur 2) peuvent être pris en charge par la complémentaire santé. Deux cas de figure :

- **Médecins adhérents** à l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) : pas de limitation de prise en charge.
- **Médecins non adhérents** à l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) : prise en charge limitée à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



L'option tarifaire maîtrisée (OPTAM)

L'OPTAM est un dispositif visant à limiter les dépassements d'honoraires de certains médecins exerçant en secteur 2 et pratiquant des honoraires libres. Le praticien s'engage à stabiliser ses taux de dépassements d'honoraires et d'activité à tarif opposable. En contrepartie, il reçoit une rémunération spécifique de l'Assurance maladie obligatoire.

Il existe une déclinaison de l'OPTAM pour les chirurgiens et les obstétriciens (l'OPTAM CO) qui permet au praticien de bénéficier d'une revalorisation des actes réalisés.

Ces options sont souscrites sur la base du volontariat, par le praticien, pour une durée d'un an renouvelable.

Pour connaître l'adhésion d'un praticien à l'OPTAM, il suffit de consulter le site annuaire.sante.ameli.fr

Exemple

Consultation d'un médecin spécialiste pratiquant les dépassements d'honoraires (secteur 2) La consultation s'élève à 56 €

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est de 30 €, avec un taux de remboursement de 70 %. **L'Assurance maladie obligatoire rembourse donc :**
 $30 \text{ €} \times 70 \% = 21 \text{ €}$ - le 1 € forfaitaire non remboursable, soit 20 €

La complémentaire santé prend en charge

150 % de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.
Elle rembourse :

$30 \text{ €} \times 150 \% = 45 \text{ €}$ - les 21 €

de remboursement de l'Assurance maladie, soit 24 €.

Reste à charge pour le salarié :

$56 \text{ €} - 45 \text{ €} = 11 \text{ €}$ au lieu des **36 €** en l'absence de complémentaire santé d'entreprise.



L'OFFRE 100 % SANTÉ

L'offre 100 % santé permet d'accéder à certains soins et équipements en optique, dentaire et audiologie dont le coût est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la complémentaire santé.

La complémentaire santé d'entreprise permet de bénéficier de cette offre 100 % santé.

Il existe plusieurs « paniers de soins » 100% santé : deux en optique et en audiologie et trois en dentaire. Ils couvrent une large gamme de soins et d'équipements de qualité, sélectionnés sur des critères de performances et d'esthétique.

Opticiens et audioprothésistes doivent systématiquement fournir un devis comportant une offre 100 % santé. Et les chirurgiens-dentistes ont l'obligation de mentionner dans leur devis un plan de traitement 100 % santé quand il existe.

Seules les dépenses qui entrent dans les paniers de soins sont prises en charge à 100 %. Le salarié reste libre de ne pas choisir l'offre 100 % santé. Dans ce cas, les remboursements dépendent des garanties souscrites dans la complémentaire santé, avec un reste à charge plus ou moins élevé.



Exemple

Acquisition d'une paire de lunettes (monture + verres unifocaux) de 125 €, choisie dans le panier « offre 100 % santé ».

La base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire est de 37,50 € avec un taux de remboursement de 60 %.

L'Assurance maladie obligatoire rembourse : $37,50 \text{ €} \times 60 \% = 22,50 \text{ €}$

La complémentaire santé rembourse 100 % du ticket modérateur*, soit $125 \text{ €} - 22,50 \text{ €} = 102,50 \text{ €}$

La paire de lunettes est remboursée à 100 %.

** Différence entre la BRSS et le remboursement de la Sécurité sociale.*

PAIRE DE LUNETTES

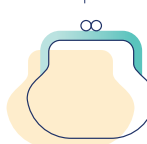


125 €



Assurance maladie obligatoire
22,50 €

Complémentaire santé
102,50 €



Reste à charge

0 €



RÉCAPITULATIF DES GARANTIES

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux, paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments (hors homéopathie et des médicaments remboursés à 15 et 30 %) remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

OPTIQUE



Équipement 100 % santé (classe A) : 17 modèles différents minimum de montures adultes en 2 coloris différents et 10 modèles de montures enfants en 2 coloris également, tous types de corrections, verres amincis, anti-rayures, anti-reflets. **Renouvelable tous les 2 ans.**

Équipement hors 100 % Santé (classe B).

AIDES AUDITIVES



Équipement 100 % santé (classe 1) : 12 canaux de réglage, nombreuses fonctionnalités : anti-acouphène, anti-larsen, réducteur de bruit du vent, etc. Des prestations de suivi au moins deux fois par an. **Renouvelable tous les 4 ans.**

Équipement hors 100 % Santé (classe 2).

DENTAIRE



Soins et prothèses 100 % santé : large choix de prothèses fixes ou mobiles, avec des matériaux dont la qualité esthétique sera adaptée à la localisation de la dent (visible ou non visible).

Soins et prothèses dentaires hors 100 % santé.

Remboursement du ticket modérateur

Dans son intégralité et sans limitation de durée.

Remboursement à 100 %
(Intégralité de la dépense, en sus du remboursement Assurance maladie obligatoire (AMO) dans la limite des prix limites de vente définis).

Prise en charge forfaitaire incluant le ticket modérateur allant de 50 € à 800 € tous les deux ans (sauf moins de 16 ans ou évolution de la vue) selon le niveau de correction et monture incluse (**100 € max**).

Remboursement à 100 %
(Intégralité de la dépense, en sus du remboursement AMO dans la limite des prix limites de vente définis).

Remboursement du ticket modérateur et éventuellement au-delà selon garantie prévue au contrat dans la limite de 1700 €.

Remboursement à 100 %
(Intégralité de la dépense, en sus du remboursement AMO dans la limite des prix limites de vente définis).

Ticket modérateur + 25 % de la base de remboursement et au-delà selon la garantie au contrat.



Décret du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé.

Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

DES REMBOURSEMENTS ET SERVICES COMPLÉMENTAIRES

Des prestations sur mesure

La complémentaire santé d'entreprise peut aller-delà du contrat responsable, notamment pour permettre aux entreprises de répondre au mieux aux besoins de leurs salariés.

Elle propose des prestations peu ou pas prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire : consultation chez un diététicien, un ostéopathe ou un acupuncteur, le remboursement de certains médicaments ou frais d'orthodontie, etc.



L'accès à des réseaux de soins de qualité à moindre coût

Afin de limiter le reste à charge des assurés, certains organismes assureurs ont mis en place des réseaux de professionnels de santé, sur la base d'engagements de qualité et de modération tarifaire.

Ces réseaux permettent aux assurés de bénéficier de prestations de qualité à des tarifs préférentiels allant de -20 à -30 % en optique, de -15 à -25 % en audioprothèse et de -10 à -20 % en dentaire.

La prévention et l'accompagnement

Les institutions de prévoyance développent pour les entreprises de nombreux programmes de prévention et de dépistage précoce :

- Programmes de **e-coaching** et animations en nutrition, sport, bien-être, gestion du stress, posture au travail...
- **Dépistage** précoce des risques de pathologies graves, de maladies chroniques, de la vue et de l'audition...
- **Accompagnement individuel** des salariés en état de fragilité sociale et psychologique.

Elles interviennent également dans les branches professionnelles, avec un programme de prévention adapté aux risques spécifiques de chaque métier.

L'information et l'assistance

La plupart des organismes assureurs ont mis en place des plateformes d'information et de conseil afin d'orienter les assurés dans leur parcours de soins (aide au choix d'un établissement de santé, analyses de devis...).

Les institutions de prévoyance sont aussi des acteurs majeurs dans le **développement de la téléconsultation**. Celle-ci facilite l'accès aux soins et permet une prise charge plus rapide des patients. Elle est remboursée par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.

Des aides d'assistance à domicile sont prévues (aide-ménagère, portage de repas en cas d'immobilisation, garde-malade, garde d'enfant...).



Une meilleure lisibilité des contrats

Les organismes assureurs se sont engagés en 2019 à améliorer la lisibilité des contrats, dans un souci de transparence et de clarté vis-à-vis des assurés. L'objectif est de mieux faire comprendre les garanties, le niveau des remboursements et le reste à charge éventuel après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé.

Plus d'information sur [unocam.fr](https://www.unocam.fr)



Le CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance) est le porte-parole, auprès des pouvoirs publics nationaux et européens, des institutions de prévoyance.

Ces organismes paritaires et non lucratifs, spécialistes du contrat collectif, jouent un rôle majeur dans la protection sociale complémentaire en France. Ils couvrent 13 millions de personnes dans 2,1 millions d'entreprises.

Au sein du CTIP, les institutions de prévoyance contribuent activement aux évolutions juridiques et législatives des régimes de prévoyance, dans un souci de solidarité et d'efficacité pour servir au plus près les intérêts des entreprises et des salariés.

CTIP - Direction des relations institutionnelles et de la communication

 BATHYSCAPHE - www.agence-bathyscaphe.fr

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ D'ENTREPRISE



*Une prise en charge optimisée
des frais de santé du salarié et sa famille !*



DANS LA MÊME COLLECTION

Mettre en place une prévoyance collective dans son entreprise

Les garanties incapacité de travail et invalidité d'entreprise

La garantie décès d'entreprise

L'épargne retraite d'entreprise



CTIP

CENTRE TECHNIQUE
DES INSTITUTIONS
DE PRÉVOYANCE

Acteur de la protection sociale de demain

10, rue Cambacérés - 75008 Paris

01 42 66 68 49

www.ctip.asso.fr