

LA MUTUALISATION

Principe de la mutuelle

La mutuelle (ou prévoyance d'entreprise) permet aux salariés de bénéficier de prestations destinées à compléter celles de la Sécurité Sociale pour couvrir leurs frais médicaux et, le cas échéant, les risques décès, incapacité, invalidité.

Souscription d'une mutuelle

Il est possible de bénéficier en entreprise d'une protection sociale complémentaire. Cette prévoyance complémentaire a pour objet la prévention et la couverture de certains risques ; notamment l'atteinte à l'intégrité physique, la maternité, l'incapacité de travail, l'invalidité et la dépendance.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, lors de son arrivée au sein d'une entreprise du secteur privé, le salarié doit adhérer à une couverture complémentaire obligatoire en matière de remboursement de frais de santé. Elle garantit un niveau minimal de remboursement des frais engagés par le salarié à l'occasion de la maladie, de la maternité ou de l'accident.

→ **Cette couverture minimale comprend :**

- La prise en charge totale du **ticket modérateur** sur les consultations, actes et prestations remboursables par la Sécurité sociale. Le ticket modérateur est la part qui reste à la charge des assurés sur toutes les dépenses qui font l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.
- La prise en charge intégrale du **forfait journalier hospitalier** et sans limitation de durée.
- La prise en charge des **frais de soins dentaires et d'orthopédie dentofaciale** à hauteur de 125 % des tarifs servant de base aux remboursements de l'assurance-maladie.
- La prise en charge des **frais d'optique** sur la base d'un remboursement forfaitaire.

Ces garanties minimales sont appelées « **panier de soins minimum** ».

→ **Financement**

L'employeur assure au minimum 50 % du financement de la couverture frais de santé obligatoire mise en place dans l'entreprise. L'autre partie du financement est à la charge des salariés sous la forme d'une cotisation mensuelle.

Dispense d'affiliation au régime complémentaire de frais de santé

Dans certains cas, le salarié a la faculté de ne pas adhérer à la protection sociale complémentaire collective et obligatoire mise en place par l'employeur.

Il existe des **dispenses de droit**, sur simple demande du salarié, pour les apprentis, les salariés en CDD, les intérimaires titulaires d'un contrat de travail ou de mission inférieur à 12 mois ; les salariés à temps partiels et apprentis dont l'adhésion au régime conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ainsi que pour les salariés embauchés avant la mise en place du régime de prévoyance par décision unilatérale de l'employeur.

D'autres salariés peuvent bénéficier d'une **dispense à condition de justifier d'une couverture individuelle**. Il s'agit des apprentis, des salariés en CDD, des intérimaires titulaires d'un contrat de travail ou de mission d'une durée supérieure ou égale à 12 mois ; des salariés bénéficiaires de la CMU ou de l'aide ACS, des salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou, si elle est postérieure, de leur embauche ainsi que des salariés en CDD ou en contrat de mission dont la couverture dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à 3 mois.

Dispositif pour bénéficier du remboursement des frais de mutuelle

Le remboursement des frais de soins de santé ne peut être effectué par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qu'après l'envoi d'une feuille de soins papier à la CPAM.

Toutefois, la Carte Vitale simplifie les démarches administratives des assurés dans le cadre des remboursements des frais de soins de santé. Ainsi l'envoi d'une feuille de soins papier n'est, en principe, plus nécessaire.

La feuille de soins électronique est envoyée directement à la caisse d'assurance maladie par le professionnel de santé par le biais d'une borne SESAM-Vitale. Les remboursements sont effectués plus rapidement qu'en cas d'envoi d'une feuille de soins papier.

La portabilité de la couverture complémentaire santé et prévoyance

Le salarié, suite à la rupture de son contrat de travail, peut continuer à bénéficier de la mutuelle de son entreprise sous réserve de remplir certaines conditions. Pour cela, la rupture du contrat de travail :

- Ne doit pas avoir été opérée pour faute lourde ;
- Doit ouvrir droit à une prise en charge par l'Assurance Chômage ;
- Le salarié doit avoir adhéré à la prévoyance d'entreprise.

Les garanties de prévoyance sont maintenues à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur.

La Couverture Maladie Universelle complémentaire – CMU-C

La CMU-C est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes. Les dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

Pour bénéficier de la CMU-C, il faut résider en France de manière régulière et stable depuis plus de trois mois et avoir des ressources inférieures à un plafond. Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois. Le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Exemple pour une personne seule : Le plafond annuel de référence est de 8 723 €, soit une moyenne mensuelle de 726,92 €.

Un formulaire est directement téléchargeable sur le site <https://www.cmu.fr> . Il peut également être demandé auprès de la caisse d'assurance maladie.

L'aide au paiement d'une Complémentaire Santé - ACS

Les personnes ayant des ressources légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C peuvent bénéficier de l'Aide Complémentaire Santé (ACS). Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer le contrat de complémentaire santé.

Cette aide permet :

- De réduire, et dans certains cas de prendre en charge totalement, le montant de la cotisation annuelle à une complémentaire santé ;
- De bénéficier d'une dispense totale d'avance des frais lors d'une visite chez le médecin ;
- De bénéficier de tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires ;
- D'être dispensé des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 € ;
- De bénéficier de réductions sur les factures de gaz et d'électricité.

Pour bénéficier de l'ACS, il faut résider en France de manière régulière et stable depuis plus de trois mois ainsi qu'avoir des ressources légèrement supérieures au plafond de la CMU-C.

Le plafond de ressources est fixé en référence au plafond d'attribution de la CMU-C. Ainsi, les ressources d'un foyer doivent être comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%. Les ressources prises en compte sont celles des douze derniers mois, le plafond de ressources varie selon le lieu de résidence et la composition du foyer.

Exemple pour une personne seule : Le plafond annuel de référence est de 11 776 €, soit une moyenne mensuelle de 981,33 €.

Un formulaire de demande ACS est directement téléchargeable sur <https://www.cmu.fr>. Il est également disponible auprès de la caisse d'assurance maladie.