

LA MUTUALISATION

Principio de la de la mutua

El seguro mutuo (o pensión de la compañía) permite a los empleados beneficiarse de las prestaciones destinadas a complementar los de la Sécurité Sociale (Seguridad Social) para cubrir sus gastos médicos y, cuando corresponda, los riesgos de muerte, incapacidad, discapacidad.

Suscripción de una mutua

Es posible beneficiarse en compañía de una protección social complementaria. Este plan de pensión complementario tiene como objetivo prevenir y cubrir ciertos riesgos; incluyendo lesiones físicas, maternidad, incapacidad para el trabajo, discapacidad y dependencia.

Desde el 1 de Enero del 2016, cuando se unió a una empresa del sector privado, el empleado debe cumplir con una cobertura suplementaria obligatoria para el reembolso de los gastos de salud. Garantiza un nivel mínimo de reembolso de los gastos incurrimos por el empleado durante la enfermedad, maternidad o accidente.

→Esta cobertura mínima incluye :

- El soporte completo de *ticket modérateur* (Tarifas de usuario) en consultas, actos y prestaciones reembolsables por la seguridad social. La tarifa de usuario es la parte que sigue siendo responsabilidad del asegurado en todos los gastos que están sujetos a reembolso por parte de la seguridad social.
- La cobertura completa del *forfait journalier hospitalier* (Paquete hospitalario diario) y sin limitación de su duración.
- La asunción de los *frais de soins dentaires et d'orthopédie dentofaciale* (Costos de atención dental y ortopedia dento-facial) hasta 125% de las tasas utilizadas como base para los reembolsos del seguro de salud.
- La asunción de los *frais d'optique* (Costos ópticos) sobre la base de un reembolso global.

Estas garantías mínimas se llaman « panier de soins minimum ».

→ Financiación

El empresario garantiza al menos 50% de la financiación de la cobertura obligatoria de seguro de salud establecida en la empresa. La otra parte de la financiación es pagada por los empleados en forma de una contribución mensual.

Dispensa de afiliación al plan de salud complementario :

En algunos casos, el empleado tiene la opción de no adherirse a la protección social colectiva y obligatoria complementaria introducida por el empleador.

Existen exenciones legales, a petición del empleado, para aprendices, empleados en CDD (contratos de duración determinada), los trabajadores temporales con un contrato de trabajo o misión de menos de 12 meses; los empleados a tiempo parcial y los aprendices cuya afiliación al plan dará lugar a una contribución menos o igual a 10% de su remuneración bruta así como para los empleados contratados antes del establecimiento antes de la postura del plan de pensiones por decisión unilateral del empleador.

Otros empleados pueden beneficiarse **de una dispensa siempre que estén justificados por la cobertura individual**. Se trata de aprendices, empleados con CDD, interinos temporales con un contrato de trabajo o misión de una duración igual o superior a 12 meses, empleados que son beneficiarios de la asistencia de CMU o de la ayuda de la ACS, empleados que ya están cubiertos por un seguro de salud individual en el momento de la implementación de las garantías o, si es posterior, su contratación así como asalariados en CDD o en contrato de misión cuya cobertura reciben en términos de gastos de salud es de menos de 3 meses.

Dispositivo para beneficiarse del reembolso de comisiones mutuas

El reembolso de los costos de atención médica solo puede ser realizado por la *Caisse Primaire d'Assurance Maladie* después de enviar una hoja de cuidado en papel a la CPAM.

Sin embargo, la *Carte Vitale* simplifica los procedimientos administrativos del asegurado como parte del reembolso de los costos de atención médica. Por lo tanto, el envío de una hoja de cuidado en papel no es, en principio, más necesario.

La hoja de asistencia electrónica se envía directamente al fondo de seguro de salud por el profesional de la salud a través de un kiosco SESAM-Vitale. Los reembolsos se realizan más rápido que enviar una hoja de cuidado en papel.

Portabilidad de la cobertura suplementaria de salud y bienestar

El empleado, después de la terminación de su contrato de trabajo, puede continuar beneficiándose de la mutua de la compañía siempre que cumpla con ciertas condiciones. Para esto, la terminación del contrato de trabajo :

- No de haber sido operado por negligencia grave ;
- Debe tener derecho a la cobertura por l'Assurance Chômage ;
- El empleado debe haberse unido al plan de pensión de la compañía.

Los beneficios de prevención se mantendrán desde la fecha de terminación del contrato de trabajo y por un periodo igual al periodo de beneficio de desempleo, dentro del límite de la duración del último contrato de trabajo o, según sea el caso, los últimos contratos de empleo si son consecutivos con el mismo empleador.

La Couverture Maladie Universelle complémentaire - CMU-C

La CMU-C es una cubierta de salud gratuita complementaria destinada a facilitar el acceso a la atención de las personas. El gasto en salud está cubierto al 100% de las tasas de seguridad social.

Para beneficiarse de la CMU-C, debe residir en Francia de manera regular y estable durante más de tres meses y tener recursos a un límite. Los recursos tomados en cuenta son los de los últimos doce meses. El límite del recurso varía según el lugar de residencia y la composición del hogar.

Ejemplo para una sola persona : El límite de referencia anual es de 8 723 €, es decir, un promedio mensual de 726,92 €.

Un formulario se puede descargar directamente del sitio web <https://www.cmu.fr> .También se puede solicitar al fondo de seguro de la salud (la caisse d'assurance maladie).

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

Las personas con recursos ligeramente superiores al límite de asignación de la CMU-C pueden beneficiarse de La asistencia de salud complementaria - *l'Aide Complémentaire Santé* (ACS). Durante un año, da el derecho a la asistencia financiera para pagar el contrato de seguro de salud complementario.

Esta ayuda permite :

- De reducir, y en algunos casos para apoyar completamente, la cantidad de la contribución anual a una salud complementaria ;
- Para beneficiarse de una exención total antes de los gastos durante una visita al médico ;
- Para beneficiarse de tarifas médicas sin exceder las tarifas ;
- Para estar exento de deducibles médicos y la participación dijo de 1 € ;
- Para beneficiarse de los descuentos en las facturas de gas y electricidad.

Para beneficiarse del ACS, uno debe residir en Francia de forma regular y estable durante más de tres meses, además de tener recursos ligeramente superiores al límite máximo del CMU-C.

El límite de recursos se establece por referencia al límite máximo de asignación de CMU-C. Por lo tanto, los recursos de un hogar deben estar entre el límite de recursos de la CMU-C y límite aumentó en un 35%. Los recursos tomados en cuenta son los de los últimos doce meses, el límite máximo de recursos varía según el lugar de residencia y la composición del hogar.

Ejemplo para una sola persona: El límite máximo anual de referencia es de 11 776 €, con un promedio mensual de 981,33 €.

Un formulario de solicitud de ACS se puede descargar directamente en <https://www.cmu.fr>.

También está disponible en el fondo de seguro de salud.