



LEGISLATION

Mutuelle Obligatoire : attention à bien vérifier la conformité de votre contrat

**Message important,
à lire impérativement**

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux ont décidé de la mise en place d'une couverture complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2016.

Cet accord, qui a ensuite été traduit dans la loi, s'applique à toutes les entreprises quel que soit leur statut du moment qu'elles comptent au minimum 1 salarié.

Le contrat complémentaire santé souscrit par l'entreprise doit :

- être solidaire et responsable (voir article dédié),
- couvrir tous les salariés de l'entreprise,
- satisfaire à un panier minimum de garantie dit « panier ANI » (voir encadré).

L'entreprise doit financer au minimum 50% de la couverture complémentaire santé obligatoire. Par ailleurs, votre contrat doit sur le plan réglementaire et de l'information à vos salariés répondre à différentes contraintes. (Voir l'article Votre contrat est-il aux normes ? Faites le test !)

FOCUS PRATIQUE

Panier minimum ANI – Qu'est ce que c'est ?

C'est un niveau minimum de couverture que les contrats collectifs obligatoires complémentaire santé doivent respecter à compter du 01/01/2016.

Ces minima portent sur 4 points.

Le contrat complémentaire santé doit prévoir :

1. un remboursement du ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses prises en charge par la sécurité sociale,
2. le paiement illimité des forfaits journaliers dûs en cas d'hospitalisation
3. un remboursement des équipements optiques (monture + verres) dont le montant minimum varie en fonction de la correction :
 - 100 euros pour les équipements à verres « simples »⁽¹⁾,
 - 150 euros pour les équipements comportant un verre « simple » et un verre « complexe »,
 - 200 euros pour les équipements à verres « complexes »⁽²⁾ ou « très complexes »⁽³⁾,
4. une prise en charge des prothèses dentaires et des soins d'orthopédie dento-faciale à minimum 125% des tarifs de remboursement de la sécurité sociale

(1) Verres simples = Verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est ≤ +4.00

(2) Verres complexes = Verres à simple foyer de sphère est en dehors de la zone entre -6.00 et +6.00 ou dont le cylindre est > +4.00 ou verres multifocaux ou progressifs

(3) Verres très complexes = Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00

TEST

Le contrat complémentaire santé de votre entreprise est-il aux normes ? Faites le test !

Check-list des points à vérifier afin de vous assurer de la conformité de votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire :

	Oui	Non
1. La mise en place de votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire a été décidée suite à un accord d'entreprise, un référendum ou une décision unilatérale de l'employeur constatée dans un écrit remis à chacun des salariés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les modalités de cette mise en place initiale ont été consignées dans un acte juridique qui précise notamment la catégorie de personnel couverte, les éventuelles dispenses d'affiliation, le taux de contribution patronale et salariale ainsi que les garanties assurées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire couvre tous les salariés de votre entreprise et pas seulement un collègue restreint (nota : vous pouvez éventuellement avoir des contrats différents par collègue mais il est essentiel que chaque salarié soit couvert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. L'acte juridique de mise en place de votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire intègre, depuis juillet 2014, les obligations nouvelles en matière de catégorie objective, de dispense d'affiliation et de portabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chaque salarié de votre entreprise a été informé des caractéristiques initiales de votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire et de ses évolutions successives par la diffusion d'une d'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous pouvez témoigner en cas de contrôle URSSAF que chaque salarié a reçu cette (ces) information(s) en fournissant un accusé de réception individuel pour chacun d'eux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Chaque salarié non adhérent au contrat vous transmet chaque année son justificatif de dispense (prévu par circulaires DSS et arrêtés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire satisfait aux minimas de couverture du panier ANI (voir plus haut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Votre entreprise prend en charge au minimum 50% de la cotisation du contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire satisfait aux obligations du nouveau contrat responsable (voir article dédié)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas répondu Oui à l'intégralité de ces questions, une mise en conformité de votre régime est indispensable.

- **Si vous avez répondu Non à au moins l'une des questions de 1 à 7**, vous êtes déjà en retard : nous vous conseillons de faire une mise en conformité au plus vite.
- **Si vous avez répondu Non aux questions 8 ou 9**, la mise en conformité de votre régime doit être opérée d'ici au 1^{er} janvier 2016.
- **Si vous avez répondu Non à la question 10 uniquement** et si votre contrat complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire peut profiter de la période transitoire (voir article dédié), la mise en conformité pourra être réalisée d'ici au 1^{er} janvier 2018.

Nous vous invitons dans ces cas à :

1. nous informer des points sur lesquels votre entreprise n'est pas en conformité avec la réglementation. Pour les points relevant des personnels couverts et de l'adaptation de vos garanties (soit les points 3, 8 et 10) nous sommes à votre disposition pour, ensemble, adapter votre contrat en fonction de vos objectifs.
2. vous tourner vers vos conseils habituels pour vous aider dans la mise en conformité juridique de votre régime.

Attention, l'enjeu financier pour votre entreprise peut être significatif.

En effet, en l'absence de mise en conformité, les URSSAF seront susceptibles d'opérer un redressement.

FOCUS PRATIQUE

Comment savoir si vous pouvez bénéficier de la période transitoire ?

Faites le test « Le contrat de mon Entreprise est-il aux normes ? »

Pour bénéficier de la période transitoire, vous devez :

- avoir répondu Oui aux 8 premières questions,
- n'avoir apporté aucune modification à la couverture santé collective à adhésion obligatoire de votre entreprise depuis le 19 novembre 2014 (aucune évolution de garanties, de votre participation financière, des personnels couverts, des règles relatives au contrat...).

Remarque : la circulaire du 30 janvier 2015 introduit une tolérance dans le cas d'une évolution des taux de cotisation résultant de la simple mise en œuvre d'une clause d'indexation contenue dans l'acte juridique fondateur des garanties.

AVANTAGES

Recommandez la CNM à une entreprise amie et gagnez jusqu'à 300€ en chèques cadeaux !

Vos collaborateurs ou vous même connaissez des dirigeants qui n'ont pas encore mis en place de mutuelle obligatoire au sein de leur entreprise ?

Parlez leur de la CNM, obtenez un rendez vous entre notre mutuelle et cette entreprise et, si

elle adhère à la CNM, vous pourrez recevoir jusqu'à 300€ en chèques cadeaux.

L'opération démarre le 1^{er} avril 2015 et aura une durée de 15 mois.

Pour recevoir la documentation détaillée, faites en la demande à entreprises@cnmsante.fr

GARANTIES

Nouveau contrat responsable : Evolution des garanties en vue

Pour continuer à bénéficier du caractère « solidaire et responsable* » les garanties de votre contrat vont devoir évoluer.

Les contraintes nouvelles sont au nombre de quatre :

1. Pour toutes les dépenses qui bénéficient d'une prise en charge de la sécurité sociale, votre contrat doit prévoir le remboursement du ticket modérateur. Trois exceptions seulement : les médicaments à service médical dit modéré ou faible (ex vignettes bleues et orange), les médicaments homéopathiques et les cures thermales.
2. Votre contrat doit prévoir une prise en charge illimitée du forfait journalier dû en cas d'hospitalisation.
3. Votre contrat doit distinguer les niveaux de remboursements entre les médecins signataires et non signataires du contrat d'accès aux soins (CAS),
 - limiter les remboursements des honoraires des médecins non signataires au maximum à 225% (200% à partir de 2017) de la base de remboursement de la sécurité sociale (remboursements régime obligatoire et complémentaire santé cumulés),
 - prévoir un écart de remboursement de minimum 20% entre les médecins signataires et non signataires du CAS au profit des médecins signataires.

Cette distinction entre médecins signataires ou non signataires du CAS concerne la médecine de ville (consultations et visites, actes techniques médicaux et actes de chirurgie réalisés en cabinet ainsi que toute la radiologie) et la médecine hospitalière (honoraires des médecins, chirurgiens et anesthésistes).

4. En matière d'optique, votre contrat doit :
 - respecter des minimas et des maximas de remboursement des lunettes variables en fonction du degré de correction des verres,
 - limiter le remboursement de la monture à 150€ maximum,
 - prévoir des forfaits de remboursement sur 24 mois (sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue).

Cette adaptation des garanties de votre contrat doit être réalisée au 1^{er} janvier 2016 ou, au plus tard, le 1^{er} janvier 2018 si vous pouvez bénéficier de la période transitoire (voir encadré).

* **Rappel** : le caractère responsable est l'un des critères permettant à votre contrat de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux

SERVICES

Espace Correspondant d'Entreprises : J-5

Le 3 mars, votre Espace Correspondant d'Entreprises sera enfin disponible (désolé pour le retard). Au programme de ce dernier :

- la consultation des garanties prévues dans votre (vos) contrat(s), des salariés et ayants droit couverts par contrat et de vos cotisations,
- l'affiliation d'un nouveau salarié ou d'un nouvel ayant droit,

- un espace Questions Réponses les plus fréquentes,
- une communication directe avec le service Entreprises de la CNM.

Pour bénéficier de ce nouveau service (entièrement gratuit), rien de plus simple. Faites en la demande par mail à l'adresse entreprises@cnmsante.fr

INNOVATION

Déclaration Sociale Nominative : l'échéance se rapproche

Le 1er janvier 2016 entrera en vigueur la Déclaration Sociale Nominative Simplifiée (DSN). Il s'agit d'un nouveau mode de déclaration dématérialisée de vos données de paie et de mouvements de personnel. Au travers de la saisie d'un seul formulaire, vous pourrez informer l'ensemble des organismes concernés par ces données (administrations, caisses de retraite, mutuelle...).

Pour en savoir plus nous vous invitons à vous connecter à www.dsn-info.fr

Concernant les échanges avec CNM Prévoyance Santé, nous prendrons contact avec vous dans les prochains mois pour vous remettre une fiche d'amorçage. Elle permettra à votre équipe de mettre en place les échanges de données entre nos systèmes informatiques

D'ici là, pour toute question sur la DSN, n'hésitez pas à nous contacter par mail à l'adresse entreprises@cnmsante.fr

IL EST TEMPS DE GAGNER DU TEMPS

Adoptez la DSN dès maintenant. Bientôt obligatoire !

Une seule déclaration pour les remplacer toutes

dsn-info.fr
0811 376 376
(Coût d'un appel local)

UN SERVICE DE
NET-ENTREPRISES-FR
LEF - ASSURANCE - PREVOYANCE - SANTE - DSN

EN BREF

Portabilité des garanties Prévoyance : c'est pour juin !

A compter du 1er juin 2015, le dispositif de portabilité mis en place l'an dernier pour les garanties complémentaire santé est étendu à la prévoyance (décès, invalidité, indemnités journalières...).

Si votre entreprise dispose de ce type de contrat, vos salariés à compter de cette date bénéficieront s'ils quittent l'entreprise pour tout autre motif qu'un licenciement pour faute lourde, d'un maintien gratuit de leur couverture pendant une période de 12 mois maximum.

Nous vous invitons à vous tourner vers vos assureurs et conseils pour analyser avec eux l'impact de cette évolution et réaliser les modifications qui s'imposent.

CNM Info Entreprises est une publication de la mutuelle CNM Prévoyance Santé.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, inscrite au Registre national des mutuelles sous le numéro de Siren 784 492 100.

Siège social : 93A, rue Oberkampf - 75553 Paris cedex 11

Directeur de la publication : Dominique PERRIN - Rédacteur en chef : Sophie ALABARBE

Conception/création/rédaction : ALISO CONSEIL - © CNM Prévoyance Santé 2015

Toute reproduction d'articles, de photos ou d'illustrations doit faire l'objet d'une demande écrite auprès du rédacteur en chef.