

Quelle obligation pour l'employeur en matière de complémentaire santé ?

Tout employeur du secteur privé (entreprise et association) a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salariés, sauf exceptions. Cette couverture peut être assurée notamment par une mutuelle. Un particulier employant un salarié à domicile n'est pas concerné. Certains salariés en contrat court peuvent être dispensés d'adhérer à la complémentaire santé collective et bénéficier d'un versement santé par l'employeur. Nous vous présentons les règles à connaître.

L'employeur est-il obligé de proposer une complémentaire santé à ses salariés ?

Il faut tenir compte de la situation du salarié.

L'employeur doit faire bénéficier **tous ses salariés**, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise, d'une **complémentaire santé d'entreprise**.

Cette couverture permet au salarié de compléter ses remboursements de frais de santé en plus de la partie remboursée par la Sécurité sociale.

La couverture des ayants droit du salarié n'est pas obligatoire, mais l'employeur (ou les partenaires sociaux) peut décider de les couvrir aussi.

Exemple

Une personne peut demander à être dispensé d'adhérer au régime de frais de santé mis en place dans son entreprise. Pour cela, elle doit déjà être couverte y compris en tant qu'ayant droit.

Cette couverture se fait par le biais d'un régime de santé collectif obligatoire (régime familial obligatoire pour lequel l'adhésion des membres de la famille, époux(se), pacsé(e), enfants, est obligatoire au même titre que celle du salarié).

En cas d'employeurs multiples, un salarié déjà couvert par un contrat collectif de l'un de ses employeurs peut refuser de souscrire aux autres contrats.

Il doit justifier de cette protection auprès des autres employeurs au moyen d'un justificatif annuel d'adhésion.

La couverture doit être maintenue lorsque le contrat de travail du salarié est suspendu qu'elle qu'en soit la cause.

Exemple

Survenance d'une maladie, d'une maternité, d'un accident ou en cas d'activité partielle ou d'un congé d'adaptation. Le salarié doit se rapprocher de son employeur pour savoir si la mutuelle est ou non maintenue.

Les salariés dont le contrat est rompu pour un autre motif qu'une faute lourde bénéficient du maintien de cette couverture pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage dans la limite de la durée du dernier contrat de travail.

Ce maintien des garanties ne peut pas excéder 12 mois (un an).

Quelles conditions doit remplir la couverture collective obligatoire ?

La couverture collective obligatoire doit remplir les conditions suivantes :

La participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié)

Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum)

Le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans les cas où le salarié peut refuser la mutuelle

Comment l'employeur met-il en place la complémentaire santé dans l'entreprise ?

Si l'entreprise est soumise à une convention collective ou à un accord de branche, elle doit respecter ce qui est prévu dans ces textes.

En effet, des niveaux de garanties minimales ou un taux de cotisation plancher à consacrer au financement des garanties peuvent être imposés à l'entreprise par accord de branche.

Dans tous les cas, l'employeur et les représentants du personnel peuvent négocier un accord au sein même de l'entreprise.

En cas d'existence d'un accord de branche, l'accord d'entreprise devra prévoir des garanties au moins aussi favorables que cet accord de branche.

Si ces négociations n'aboutissent pas, c'est une décision unilatérale de l'employeur qui met en place la complémentaire santé.

Quelles sont les garanties minimales offertes par la complémentaire santé ?

Panier de soins minimal

La complémentaire santé d'entreprise doit prendre en charge au minimum les garanties suivantes (panier de soins) : Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie.

Cependant, des exceptions peuvent exister.

Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation

Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel

Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.

Garanties d'un contrat dit responsable

La complémentaire santé peut être un contrat dit responsable .

La complémentaire santé doit respecter le cahier des charges du contrat dit responsable .

Dans ce cas, les prestations du contrat sont les suivantes.

Ce que prend en charge le contrat dit « responsable »

Principales prestations d'un contrat responsable

Prestations	Prise en charge
Soins courants (consultations et médicaments à SMR majeur remboursés à 65 %)	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Forfait journalier	100 % sans limitation de durée
Soins dentaires courants (consultations et soins tels qu'un détartrage ou encore un traitement de caries)	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Pour les frais optiques qui sont au-delà du tarif conventionnel, la complémentaire santé peut offrir en option, de façon cumulative, une prise en charge limitée de la manière suivante :
Optique	Une paire de lunettes tous les 2 ans au maximum (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) Monture à hauteur de 100 € maximum Limites minimales et maximales selon la complexité de l'équipement (exemple : pour un verre simple, prise en charge entre 50 € et 420 €)

Le contrat doit être solidaire : l'assuré ne peut pas être soumis à un questionnaire de santé ou être tarifé en fonction de son état de santé.

Ce que ne prend pas en charge le contrat dit « responsable »

La participation forfaitaire de 2 € pour chaque acte de consultation réalisé par un médecin de ville, dans un établissement ou centre hospitalier, dans la limite de 50 € par an et par personne

Les franchises médicales laissées à la charge de l'assuré pour les médicaments et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an et par personne.

La majoration de la participation de l'assuré pour non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (« hors parcours de soins »)

Les dépassements d'honoraires lorsque l'assuré consulte un spécialiste auquel la loi ne permet pas d'accéder directement sans passer par un médecin traitant.

À savoir

Depuis le 1^{er} janvier 2022, les contrats responsables prévoient l'acceptation par les complémentaires de la pratique du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les équipements et les soins du panier 100 % santé (optique, dentaire et audiologie).

Prestations supplémentaires

La complémentaire santé peut proposer des prestations supplémentaires, par exemple :

Tiers-payant

Service d'assistance (aide ménagère, garde d'enfants, etc.)

Prévention et accompagnement (prise en charge de dépistage par exemple)

Un salarié en contrat court ou temps partiel doit-il adhérer à la complémentaire santé ?

Non, certains salariés peuvent être **dispensés d'adhésion** à leur demande notamment :

Contrat de travail à durée déterminée (CDD) de moins de 3 mois

Contrat de mission de moins de 3 mois (intérimaires)

Temps partiel (jusqu'à 15 heures par semaine).

Un accord de branche peut par ailleurs prévoir que l'obligation de couverture des frais de soins de santé est assurée pour ces salariés par le biais du versement santé.

Ce dispositif consiste en une participation de l'employeur au financement de la couverture complémentaire.

En l'absence d'accord de branche ou lorsque celui-ci le permet, un accord d'entreprise peut également prévoir cette modalité de couverture alternative.

À noter

Pour bénéficier de ce versement santé, le salarié doit justifier être couvert par un contrat responsable.

Il produit une attestation de l'organisme auprès duquel ils ont souscrit un contrat de complémentaire santé.

Dans le cas où le salarié contracte 2 contrats successifs de moins de 3 mois et que la durée globale des 2 contrats dépasse 3 mois, le versement santé est dû uniquement au titre du 1^{er} contrat.

Lorsque plusieurs CDD sont conclus avec le même salarié, sans être successifs, le versement santé doit être pris en compte contrat par contrat.

Exemple

Un salarié en CDD de 3 mois bénéficie du versement santé.

Si son contrat est renouvelé, il n'ouvre pas droit à ce versement au titre du renouvellement.

Sauf cas de dispense, il devra donc être affilié au régime de prévoyance santé à la fin du 1^{er} CDD.

D'autres salariés peuvent être dispensés, à leur demande, de l'obligation d'adhésion :

Salariés bénéficiaires d'une couverture individuelle lors de la mise en place du régime collectif obligatoire ou lors de leur embauche si elle est postérieure. La dispense s'applique jusqu'à la l'échéance du contrat individuel

Salariés bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire. La dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la complémentaire santé solidaire

Salariés, y compris en tant qu'ayants droit, bénéficiaires de prestations servies au titre d'un autre emploi de l'un de ces dispositifs : complémentaire santé collective obligatoire, régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg), mutuelle des agents de l'État et des collectivités territoriales, notamment.

La contribution de l'employeur au titre du versement santé est calculée de façon différente selon la zone concernée :

Le versement santé est financé par l'employeur.

Le montant du versement santé correspond aux sommes que l'employeur aurait été obligé de verser si le salarié avait bénéficié d'une couverture collective.

S'il est impossible de déterminer le montant qu'aurait dû verser l'employeur, le montant de référence est fixé à 21,50 € pour 2025.

Le coefficient appliqué au montant de référence est de :

105 % pour les salariés en CDI,

125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission.

Exemple

La contribution de l'employeur est forfaitaire et égale à 20 € .

Le salarié travaille 35 heures par semaine. Il est en CDD de moins de 3 mois. Le contrat collectif obligatoire ne lui garantit pas une couverture en complémentaire santé d'au moins 3 mois.

Le salarié étant à temps plein, son coefficient de proratisation est de 1 (151,67/151,67)

Ce coefficient appliqué à la contribution forfaitaire (20 €), le montant de référence reste de 20 €

Le salarié étant en CDD, le coefficient de majoration est de 125 % .

Ainsi, le montant versé au salarié est de 25 € (20 € * 125 %).

L'employeur bénéficie d'une exonération de cotisations sociales sur ces versements.

Cependant, ces versements sont soumis en totalité à la CSG-CRDS et au forfait social dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

Le versement santé est financé par l'employeur.

Le montant du versement santé correspond aux sommes que l'employeur aurait été tenu de verser si le salarié avait bénéficié d'une couverture collective

S'il est impossible de déterminer le montant qu'aurait dû verser l'employeur, le montant de référence est fixé à 7,18 € pour 2025.

Le coefficient appliqué au montant de référence est de :

105 % pour les salariés en CDI

125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission.

Exemple

Un employeur verse une contribution forfaitaire de 60 € pour chacun de ses salariés d'une certaine catégorie.

Pour un salarié en CDI de cette catégorie, qui travaille 50 heures par mois., le montant de référence est calculé comme suit : $60 \times (50/151,67) = 19,78$, auquel est appliqué le coefficient de 105 % , le salarié étant en CDI.

Le montant mensuel à verser pour ce salarié est de 20,77 € (19,78 x 105 %).

L'employeur bénéficie d'une exonération de cotisations sociales sur ces versements, .

Cependant, il n'y a pas d'exonération pour la CSG-CRDS et le forfait social dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

Recrutement

Questions – Réponses

- Un salarié peut-il garder la complémentaire santé (mutuelle) employeur à la fin de son contrat ?

Toutes les questions réponses

Et aussi...

- Complémentaire santé et prévoyance dans la fonction publique d'État
- Complémentaire santé et prévoyance dans la fonction publique territoriale
- Complémentaire santé et prévoyance dans la fonction publique hospitalière

Textes de référence

- Code de la sécurité sociale : articles L911-1 à L911-8
Obligations de l'employeur
- Code de la sécurité sociale : articles D911-1 à D911-8
Contenu de la mutuelle obligatoire
- Code de la sécurité sociale : articles R871-1 et R871-2
Aide aux dispositifs d'assurance maladie complémentaire
- Code de la sécurité sociale : articles R242-1-1 à R242-4
- Instruction DSS du 30 janvier 2015 sur les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
- Arrêté du 19 mars 2025 fixant pour 2025 le montant du versement mentionné à l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale
- Bulletin officiel de la Sécurité sociale – Protection sociale complémentaire



**Ville de
Palavas-les-Flots**

Mairie de Palavas-les-Flots

Horaires : Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 17h.

Adresse : 16 Boulevard Maréchal Joffre – BP 106 – 34250 Palavas-les-Flots

Tél. : 04 67 07 73 00