

Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés du secteur privé doivent être couverts par un contrat collectif de frais de santé. De récentes dispositions législatives et réglementaires sont venues apporter quelques précisions. Nous vous proposons de faire le point sur les obligations à respecter par les cabinets. La méconnaissance de ces règles pouvant faire perdre l'exonération de cotisations sociales sur la contribution de l'employeur lors d'un contrôle Urssaf et engager sa responsabilité.



Complémentaire santé : les obligations à respecter

Bernard Fabrega
Agrégé en Economie et Gestion

L'accord de branche du 13 mars 2015, étendu par arrêté du 11 décembre 2015, prévoit que les cabinets dentaires doivent faire bénéficier tous leurs salariés, quelles que soient leur ancienneté et la nature de leur contrat de travail, d'une couverture collective obligatoire de remboursement des frais de santé et de maternité (article 3).

1. Dispenses d'affiliations (article 4)

L'accord permet au salarié de demander par écrit une dispense d'affiliation s'il relève de l'une des situations suivantes :

- être couvert par une assurance individuelle frais de santé à la date de mise en place des garanties collectives ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place. La dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- bénéficier d'une couverture complémentaire en application de l'article L 861-3 du Code de la Sécurité sociale (CMU-C) ou d'une aide à



l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L 863-1 du Code de la Sécurité Sociale (ACS);

- être en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à douze mois et justifier d'une couverture individuelle frais de santé;
- être en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à douze mois et bénéficier ou non d'une garantie frais de santé;
- être en contrat de professionnalisation à durée déterminée, d'une durée au moins égale à 12 mois et justifier d'une couverture frais de santé;
- temps partiel, dont la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de la rémunération mensuelle brute;
- bénéficier par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture frais de santé.

Nouvelle dispense

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 a institué un nouveau cas de dispense à l'initiative du salarié. Elle concerne les salariés sous CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire frais de santé dont ils bénéficient est inférieure à un seuil fixé par décret, s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les exigences des contrats responsables.

Aux termes du décret du 30 décembre 2015, sont concernés les salariés dont la durée de la couverture est inférieure à 3 mois.

Soit, par exemple, un salarié en CDD de 2 mois: si l'accord de branche prévoit qu'il bénéficie de la couverture collective et obligatoire frais de santé pendant 4 mois, il n'est pas concerné par ce cas de dispense. Cette nouvelle dispense ne devrait pas concerner la profession, les salariés en CDD d'une durée inférieure à 12 mois pouvant déjà être dispensés d'affiliation à leur demande.

2. Affiliations par l'employeur (article 5)

À l'issue de la procédure de mise en concurrence, la profession a recommandé l'offre du groupement AG2R-La Mondiale/MACSF par avenant n° 2 du 22 octobre 2015 (non étendu). La recommandation s'applique pour une durée déterminée de cinq ans à partir du 1^{er} janvier 2016.

L'affiliation se fait à l'aide d'un bulletin fourni par l'organisme.

Une notice d'information doit être remise par l'employeur à chaque salarié bénéficiaire afin de lui faire connaître les caractéristiques du contrat.

L'employeur, que ce soit à la mise en place de la complémentaire santé dans l'entreprise ou lors de l'embauche d'un salarié, doit:

- informer chaque salarié de l'existence d'une couverture conventionnelle frais de santé à adhésion obligatoire et de la nature des garanties proposées par l'organisme choisi, en remettant une copie de la « notice de garanties »;
- remettre en main propre à chaque salarié, contre décharge, un document indiquant les possibilités de dispense d'adhésion et l'informant que sa demande de dispense le prive des avantages sociaux liés au contrat obligatoire et collectif et de la portabilité de la couverture collective en cas de rupture du contrat de travail.

Le salarié, à défaut de réponse écrite dans les trente jours calendaires qui suivent la remise des documents définis ci-dessus, est affilié à la complémentaire santé proposée par l'employeur, au jour de la date d'effet de la mise en place de la complémentaire santé collective ou au jour de la date de début de la relation contractuelle.

La dispense d'affiliation étant annuelle, le salarié doit, le cas échéant, renouveler chaque année sa

demande de dispense d'affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge auprès de son employeur. Cette demande doit être accompagnée de tous les documents justifiant la demande de dispense (attestations et/ou documents justifiant une adhésion par ailleurs).

Cependant, le salarié pourra à tout moment demander à bénéficier des garanties instituées par l'accord, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre remise en main propre contre décharge à son employeur.

En matière de pièces et justificatifs à produire pour bénéficier d'une dispense d'affiliation, la nouvelle rédaction de l'article D 911-5 du Code de la Sécurité sociale est moins contraignante que l'accord professionnel. Le salarié peut produire une déclaration sur l'honneur à partir d'un formulaire type pour appuyer sa demande.

Le décret du 30 décembre 2015 règle la situation des salariés multi-employeurs. Ils peuvent choisir la couverture santé dont ils bénéficient au titre de l'un de leurs emplois et demander à être dispensés de celles en vigueur chez leurs autres employeurs. Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés (CSS art. D 911-2 nouveau).

3. Cotisations-démission (article 6)

Les cotisations afférentes à la complémentaire santé sont prélevées chaque mois sur le bulletin de salaire et acquittées trimestriellement par l'employeur.

Aucun salarié ne peut démissionner du régime collectif, à titre individuel et de son propre fait, exception faite des cas définis à l'article 4 de l'accord. La démission se fera à l'échéance annuelle de la date anniversaire du contrat collectif (le 31 décembre), par lettre recommandée avec accusé de réception ou lettre remise en main propre contre décharge à l'employeur, et justifiée par tout document nécessaire.

L'employeur devra en informer par écrit l'organisme assureur dans le mois qui suit la réception du courrier de démission.

La cotisation cessera d'être due le premier jour du mois civil qui suit le retrait du salarié du régime collectif.

4. Suspension du contrat de travail et maintien des garanties (article 8)

En cas d'arrêt de travail, le salarié continue à bénéficier de la couverture complémentaire santé à laquelle il est affilié, avec maintien de la participation employeur dès lors qu'il bénéficie d'indemnités journalières de la Sécurité sociale, du régime de prévoyance ou d'un maintien de sa rémunération par son employeur. La cotisation due par le salarié est précomptée sur sa rémunération maintenue.

Lors d'un congé de maternité, paternité ou d'adoption, le salarié continue de bénéficier de la complémentaire santé. Il devra s'acquitter de sa quote-part de cotisation auprès de l'employeur mensuellement au plus tard le 20 de chaque mois.

Dans le cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas ou plus droit au maintien de salaire ou indemnités journalières de la Sécurité sociale (congé sabbatique, congé parental d'éducation, ou autre congé ne donnant pas lieu à un maintien de salaire), les garanties de la complémentaire santé sont suspendues, ainsi que l'obligation de cotisation.

De même, la participation employeur est suspendue jusqu'au retour du salarié dans l'entreprise. Toutefois, le salarié peut demander le maintien du bénéfice des garanties moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation auprès de l'organisme assureur.





5. Portabilité des droits (article 9)

La rupture du contrat de travail, quels qu'en soient la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif. Cependant, le dispositif de « maintien des droits », appelé aussi « portabilité des droits », permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de rupture de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions.

Sauf dans le cas d'un départ à la retraite, le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le contrat de travail a été rompu pour un motif autre que la faute lourde ;
- la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;
- le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

Le maintien des garanties est applicable 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 lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder douze mois. L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties,

de son indemnisation à l'assurance chômage ainsi que toute modification de sa situation entraînant la cessation du maintien des garanties.

Le maintien des droits au régime frais de santé est assuré sans contrepartie de cotisation et le niveau de garanties pendant la période de portabilité est identique à celui dont bénéficiait le salarié avant son départ.

6. Cotisation et répartition (article 11)

La cotisation est répartie à raison de 60 % à la charge de l'employeur et 40 % à la charge du salarié.

Sur ce point, l'accord de branche est plus favorable que la loi (l'employeur devant assurer au minimum la moitié du financement).

Pour les salariés entrés en cours de période, la première cotisation mensuelle est calculée au prorata de la date d'entrée du salarié dans le cabinet.

L'employeur peut prendre en charge au moins la différence existant entre la cotisation pleine et celle des salariés à temps partiel, dès lors que l'absence d'une telle prise en charge conduirait ces salariés à acquitter une contribution au moins égale à 10 % de leur rémunération.

L'accord de branche sur la mise en œuvre de la complémentaire santé, malgré son caractère contraignant, a l'avantage de fournir aux praticiens un cadre juridique plus précis et détaillé que les articles du Code de la Sécurité sociale. Cependant, certaines propositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, notamment sur le « chèque santé », n'ont pas été reprises dans l'accord et n'ont donc pas à être appliquées... pour l'instant.