



Webinar Actualités Juridiques

100% santé, résiliation infra annuelle et jurisprudences

25 et 27 juin 2019



GRAS SAVOYE

WillisTowersWatson 

Webinar juridique

25 et 27 juin 2019

Arnaud ANTY

Responsable Juridique Assurances de Personnes

Diane DEREY

Juriste Assurances de Personnes

Aurélien BALDY

Consultant Manager



Instruction contrats responsables et 100% santé

Instruction contrats responsables et 100% santé

Présentation



Instruction DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales

- Abroge la circulaire du 30 janvier 2015
- Opposable à l'administration
- Interprétation de la DSS des nouveaux critères du contrat responsable (L.871-1, R.871-1 et R.871-2 CSS)
- Précise le nouveau panier de soins des contrats responsables issu de la réforme 100% santé et les modalités d'entrée en vigueur de la réforme
- Rappelle la doctrine sur les avantages fiscaux et sociaux des contrats responsables et sur les contrats multiples
- Précisée par l'instruction DSS/SD1C/DGS/PP3/2019/130 du 4 juin 2019 relative à la prise en charge des aides auditives dans le cadre de la réforme "100% santé"

Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui ne change pas

Régime de faveur des contrats responsables souscrits par une entreprise pour ses salariés

- Cotisations patronales exclues de l'assiette des charges sociales
- Cotisations patronales soumises au forfait social à taux réduit (8%) pour les entreprises d'au moins 11 salariés
- Cotisations salariales déduites par l'employeur du revenu imposable (sur l'obligatoire uniquement, pas sur les options, etc.)
- Exclusion de l'assiette de la C3S des cotisations, primes et acceptations provenant des contrats maladie
- Taux réduit de taxe de solidarité additionnelle (TSA): 13,27% (au lieu de 20,27%)

Contrats multiples

- Le respect du cahier des charges du contrat responsable (interdictions, obligations minimales et maximales de prise en charge) s'apprécie par contrat .
- Possibilité de souscrire des contrats surcomplémentaires non responsables sans « pollution » du contrat socle responsable.

Instruction contrats responsables et 100% santé

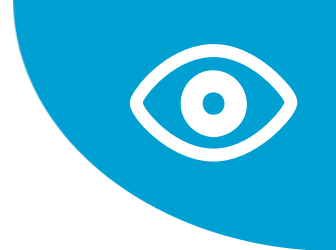
Ce qui ne change pas

Pour être considéré comme responsable, le contrat frais de santé doit prévoir :

- ✓ la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé
- ✓ la prise en charge intégrale du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée
- ✓ Si le **contrat** propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, une prise en charge encadrée pour les médecins du secteur 2 qui n'ont pas adhéré au dispositif conventionnel d'option tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO)
- ✓ La communication des frais de gestion et d'acquisition
- ✓ Le bénéfice du mécanisme de tiers payant

Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui change - en optique



La prise en charge des frais d'optiques (à compter du 1^{er} janvier 2020)

Equipements de classe A (soumis à PLV) : le contrat **doit prévoir** un reste à charge nul pour :

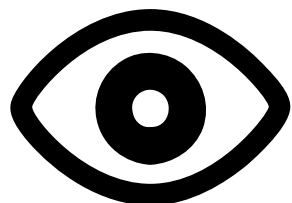
- les verres de classe A
- les montures de classe A
- la prestation d'appairage
- le supplément pour les verres avec filtres

Equipements de classe B : le contrat **peut prévoir*** une couverture en sus du TM, sous réserve :

- que les équipements respectent le cahier des charges fixé par la LPP
- de respecter des planchers et plafonds (50 à 800 €) selon la complexité des verres
- dont monture à 100€ max.

L'encadrement du renouvellement des équipements

** Panier de soins minimum employeur: Le contrat **doit prévoir** une prise en charge minimale des équipements optiques de 100€ à 200€ selon la complexité des verres.*





La prise en charge des aides auditives (à compter du 1^{er} janvier 2021)

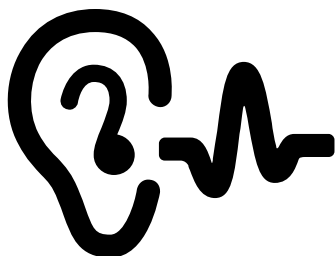
Equipements de classe 1 (soumis à PLV):

- le contrat **doit prévoir** un reste à charge nul

Equipement de classe 2:

- Le contrat **peut prévoir** une couverture en audiologie en sus du TM, sous réserve:
 - que les équipements respectent le cahier des charges fixé par la LPP
 - du respect du plafond de 1700 euros par aide auditive (pas de plancher autre que le TM)

L'encadrement du renouvellement des équipements



Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui change – Soins dentaires prothétiques



La prise en charge des soins dentaires prothétiques (à compter du 1^{er} janvier 2020)

Panier sans reste à charge (100% santé)

- Le contrat **doit prévoir** la couverture des soins dentaires prothétiques sans reste à charge
 - dans la limite des honoraires de facturation fixés par la CCAM (PLV)
 - selon le calendrier fixé par l'arrêté du 24 mai 2019

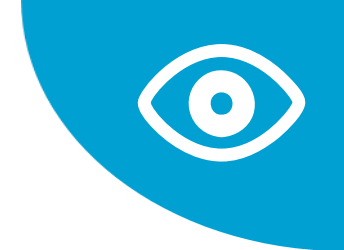
Panier tarifs maîtrisés et panier tarifs libres (hors 100% santé)

- Le contrat **peut prévoir*** une couverture dentaire en sus du TM
- pas de plancher autre que le TM
- pas de plafond

** Panier de soins minimum employeur: Le contrat **doit prévoir** une couverture dentaire minimum à hauteur de 125% de la BR*

Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui change - Le renouvellement en optique (cf. dernier webinar)



Principe

Prise en charge limitée d'un équipement (verres + monture) :

- Par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;
- Par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans si mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par exception

Si évolution de la vue, prise en charge :

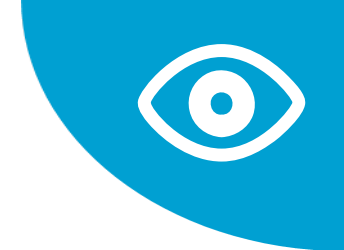
- Par période d'un an pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- Sans délai pour les assurés de moins de 16 ans, uniquement pour les verres.

Si évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières :

- aucun délai de renouvellement **pour les verres uniquement**.

Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui change - Le renouvellement en optique



Si acquisition de l'équipement en deux temps (monture puis verres) :

- Dans le cas du rachat d'un équipement complet (monture + verres) :
Point de départ pour calculer la période = acquisition du dernier élément de l'équipement ;
- Dans le cas du renouvellement séparé d'une partie de l'équipement (monture ou verres)
Appréciation du point de départ distinctement pour chacune.

Possibilité de prévoir contractuellement la prise en charge de 2 équipements :

- pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, qui ne peuvent ou ne veulent pas porter de verres progressifs ou multifocaux.
- dans ce cas, application du cahier des charges du contrats responsables à chacun des équipements (planchers, plafonds, délai de renouvellement).

Instruction contrats responsables et 100% santé

Ce qui change - Le renouvellement des aides auditives



Prise en charge

Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant l'acquisition de l'appareil (acquisition = date de facturation de l'aide auditive par l'assuré).

La période de 4 ans joue séparément pour chaque aide auditive.



**Application à partir du 1er janvier 2021
en tenant compte des 4 dernières années :**

- Point de départ du délai = dernière facturation d'un équipement remboursé par la SS ;
- L'assureur a l'obligation de s'assurer au préalable qu'il n'y a pas eu de prise en charge durant cette période au titre d'un contrat responsable **souscrit auprès de lui**.



Renouvellement anticipé possible (instruction du 4 juin 2019)

Par exception, jusqu'au 31 décembre 2020, possibilité de demander la prise en charge d'une nouvelle aide auditive dans les 2 ans suivant la date de délivrance de la précédente aide, **si cette dernière est hors d'usage, irréparable ou inadaptée.**

L'e prescripteur doit rédiger une attestation précisant le motif du renouvellement, ce document devant être transmis à la CPAM.

Instruction contrats responsables et 100% santé

Calendrier à respecter pour la mise en conformité – contrats d'assurance

Mise en conformité impérative des contrats d'assurance responsables :

1^{er} janvier 2020

Pour l'optique + les frais de soins dentaires
prothétiques précisés
par l'arrêté du 24 mai 2019



1^{er} janvier 2021

Pour les aides auditives + les autres soins
dentaires prothétiques précisés
par l'arrêté du 24 mai 2019.

A défaut, le contrat est non responsable et l'entreprise encourt un risque de redressement par l'Urssaf.

Possibilité, si souhaité, d'anticiper en 2020 l'échéance 2021.

Instruction contrats responsables et 100% santé

Calendrier à respecter pour la mise en conformité – actes de droit du travail

Si régime mis en place par DUE

Mise en conformité **impérative** et formalisation d'une nouvelle DUE d'ici le 1^{er} janvier 2020 (avec respect préalable de la procédure de dénonciation des usages) si :

- ☐ Les garanties figurent dans la DUE ou y sont annexées ;
- ☐ Une modification des taux de cotisation est prévue (au-delà d'une éventuelle clause d'évolution automatique des cotisations).

Si régime mis en place par accord de branche, CCN, accord d'entreprise ou référendaire :

Par principe, mise en conformité d'ici le 1^{er} janvier 2020 si :

- les garanties figurent dans l'acte ou y sont annexés
- Une modification des taux de cotisation est prévue (au-delà d'une éventuelle clause d'évolution automatique des cotisations).

Tolérance pour une mise en conformité de l'acte d'ici le 1^{er} janvier 2021 si le contrat d'assurance est bien mis en conformité au 1^{er} janvier 2020, que des négociations avec les partenaires sociaux sont engagées en 2020, et que les modifications envisagées portent uniquement sur les garanties.



Proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé



GRAS SAVOYE

Willis Towers Watson

Proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé - Texte élaboré par la commission mixte paritaire le 15 mai 2019



Principe

A compter de la 2ème année d'assurance, la personne morale souscriptrice (contrat collectif obligatoire ou facultatif) et / ou l'assuré (contrat collectif facultatif et contrat individuel) auront la possibilité de résilier, **sans frais** et **à tous moments**, les contrats de **complémentaire santé**.



Date d'effet de la résiliation

- un mois après la réception de la notification par l'organisme d'assurance
- Remboursement du surplus de cotisations dans les 30 jours qui suivent la date d'effet de la résiliation



De nouvelles modalités de résiliation, dont:

- Résiliation par lettre simple,
- Résiliation par « tout autre support durable »
- En cas de changement d'assureur, le nouvel organisme devra effectuer les formalités de résiliation en lieu et place de l'entreprise / de l'assuré.
A charge pour les deux organismes de s'assurer de l'absence d'interruption de couverture de l'assuré durant la procédure.
- **L'assureur devra confirmer par écrit la réception de la notification de résiliation**

Proposition de loi relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé - Texte élaboré par la commission mixte paritaire le 15 mai 2019



La question du tiers payant

Les organismes assureurs vont devoir mettre en place des « services numériques » qui permettront aux assurés et aux professionnels de connaître les droits et garanties effectifs. L'UNOCAM est chargé du suivi de la mise en œuvre



Date d'effet de la réforme

La date d'entrée en vigueur sera précisée par décret et sera applicable au plus tard le 1^{er} décembre 2020 pour tous les contrats et adhésions existants à cette date.



La communication des frais

Communication des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident avant la souscription puis annuellement avec :

- le rapport (%) entre le montant des prestations versées pour ces garanties et le montant des cotisations HT afférentes
- le montant et la composition des frais de gestion pour ces garanties exprimés en pourcentage des cotisations



Jurisprudences

Jurisprudence

Arrêt Air France : caractère obligatoire et ayants droit

Faits



Régime frais de santé formalisé par un accord collectif précisant que :

- L'adhésion des salariés et de leurs ayants droit est obligatoire ;
- La participation employeur est à hauteur d'un montant forfaitaire annuel « entièrement et exclusivement affecté au régime couvrant à titre obligatoire et collectif les bénéficiaires ».

En pratique, l'adhésion des ayants droit était facultative.

Contrôle Urssaf, qui a conclu :

- Que l'entreprise n'appliquait pas le régime tel qu'il était prévu dans son accord ;
- Que la cotisation de l'employeur finançait également la couverture des ayants droit.

Redressement portant sur l'intégralité de la cotisation patronale (pas uniquement la cotisation affectée aux ayants droit) car l'entreprise n'a pas pu apporter la preuve que sa participation forfaitaire annuelle ne couvrait pas les ayants droit.

Jurisprudence

Arrêt Air France : caractère obligatoire et ayants droit

Arrêt

Cour d'appel

Valide le redressement mais limite son assiette au prorata de la cotisation patronale affectée à la couverture facultative des ayants droit (« règle de trois »)

Cour de cassation (Cass. 2e civ. , 20 déc. 2018, n° 17-26.958)

Étend le redressement à l'ensemble de la cotisation patronale (y compris la cotisation relative à la couverture des salariés)



En synthèse

Redressement justifié dès lors qu'il y a une dissymétrie entre ce qui est indiqué dans l'acte et la pratique réelle de l'entreprise ;

Périmètre du redressement contestable :

- Doctrine DSS opposable consistant à ne soumettre à charges que la part de cotisation patronale affectée à l'adhésion facultative des ayants droit (solution différente si les circulaires avaient été invoquées lors du contentieux ?)
- Désormais, nouvelle réglementation avec la proportionnalité des redressements Urssaf (L. 133-4-8 du CSS).

Jurisprudence

Arrêt POMONA : L'affiliation à l'organisme désigné n'exonère pas l'employeur de sa responsabilité

Faits



Une veuve conteste devant le tribunal des prud'homme le montant du capital décès versé en application du contrat de prévoyance souscrit par l'employeur de son mari: la garantie prévue au contrat est non conforme à celle prévue par la CCN.

La Cour d'appel condamne l'employeur au versements de dommages et intérêts pour compenser le préjudice. L'employeur se pourvoie en cassation: il ne conteste pas la non-conformité du contrat d'assurance mais fait valoir qu'il s'agissait du contrat d'adhésion de l'organisme désigné. Il ne saurait lui être reproché une faute puisqu'il n'avait pas la possibilité de souscrire un autre contrat.

Arrêt

La Cour de cassation (**Cass. soc. 17 avril 2019, n°17-27.096**) confirme la décision de la Cour d'appel: l'employeur a commis une faute en souscrivant un contrat d'assurance ne garantissant pas le paiement d'un capital décès correspondant aux stipulations de la convention collective.



Jurisprudence

Arrêt Picard Serrures : formaliser les modifications de taux et répartitions

Faits



En 2006, un régime « frais de santé » est formalisé par une DUE mentionnant les taux de cotisation et les modalités de répartition, mais sans clause d'évolution automatique des cotisations.

En 2010, l'entreprise souscrit un nouveau contrat d'assurance entraînant une baisse des taux de cotisations et des modalités de répartition. A cette occasion, la DUE n'est pas modifiée, l'entreprise informant le CE d'une part, et les salariés par voie d'affichage d'autre part.

Le contrôle Urssaf aboutit à un redressement sur l'intégralité de la cotisation patronale, car les taux de cotisation et la répartition figurant dans la DUE ne correspondaient pas à la pratique de l'entreprise.

Arrêt

Cour de cassation (Cass., Civ.2e, 14 mars 2019, n°18-12.380)

Elle confirme le redressement sur l'intégralité de la cotisation patronale, car la modification du taux et de la répartition aurait dû être formalisée par une DUE remise à chaque salarié.

En synthèse

- La modification des taux de cotisations, même à la baisse, doit faire l'objet d'une modification de l'acte si l'entreprise n'a pas inclus de clause de réévaluation automatique des cotisations ou si cette modification dépasse la fourchette d'évolution indiquée
- En cas de modification de la DUE, l'entreprise doit la remettre à tous les salariés et nouveaux embauchés. L'entreprise doit conserver la preuve de la remise de la DUE à ses salariés.

Jurisprudence

Arrêt Audis: Remboursement du forfait social. Ce qui va sans le dire, va mieux en le disant

Faits



A la suite d'un contrôle de l'URSSAF, le financement patronal du régime frais de santé d'une entreprise est réintégré dans l'assiette des cotisations sociales pour défaut de caractère collectif.

L'entreprise conteste le redressement et demande à titre subsidiaire le remboursement du forfait social qu'elle avait acquittée.

La Cour d'appel confirme le redressement et rejette la demande subsidiaire. L'employeur se pourvoit en cassation.

Arrêt

La Cour de cassation (**Cass.civ. 2ème 9 mai 2019, n°18-15.761**) donne raison à l'entreprise et rappelle que le forfait social ne se cumule pas avec les cotisations sociales. Dès lors que l'entreprise ne peut prétendre au régime social de faveur, elle ne remplit pas les conditions d'assujettissement au forfait social.



Merci de votre participation !

Questions / réponses