

Dernière mise à jour le 29 septembre 2017

# Le panier de soins des « complémentaires santé » est fixé par décret

C'est au JO du 10 septembre 2014 qu'est publié le décret tant attendu, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à ...

## Sommaire

- La couverture santé minimale
- Les cas de dispense
- Entrée en vigueur
- Références

C'est au JO du 10 septembre 2014 qu'est publié le décret tant attendu, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et pour lesquelles elles doivent, avant cette échéance, engager une négociation. Rappelons que ces dispositions ont été prévues dans le cadre de l'ANI du 11/01/2013.

Par ailleurs, le décret précise également les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture ou pour celle de leurs ayants droit.

## La couverture santé minimale

### Ticket modérateur et forfait journalier

Le panier de soins minimum, doit prévoir la couverture intégrale du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

Doit également être prévue la prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4.

### Frais dentaires

Le panier de soins doit prévoir au minimum :

- La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.

### Frais d'optiques

De façon détaillée, le forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré, est fixé au minimum à :

- 100 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- 150 € par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c;
- 200 € par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

S'agissant des lunettes, le forfait précité couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans, pour

un équipement composé de 2 verres et d'une monture.

Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

#### Extrait du décret :

##### Article 1

Au titre Ier du livre IX du code de la sécurité sociale, il est créé un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Détermination des garanties complémentaires des salariés

« Art. D. 911-1. - Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

« 1° Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 ;

« 2° La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

« 4° Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

« a) 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« b) 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

« S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

## Mise à jour code de la Sécurité Sociale

Un nouvel article est inséré dans le code de la sécurité sociale comme suit :

#### Article D911-1

Créé par DÉCRET n°2014-1025 du 8 septembre 2014 - art. 1

Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

1° Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 ;

2° La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

4° Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

a) 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

b) 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou

dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

## Les cas de dispense

### Mise en place par décision unilatérale de l'employeur

La mise en place d'une couverture minimale à adhésion obligatoire, par décision unilatérale de l'employeur, peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à cet article.

#### Article D911-2

Créé par DÉCRET n°2014-1025 du 8 septembre 2014 - art. 1

La décision unilatérale de l'employeur instituant une couverture minimale à adhésion obligatoire en application de l'article L. 911-7 peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à cet article.

### Cas des garanties collectives qui s'imposent aux ayants droit

Le présent décret précise que lorsque les garanties collectives s'imposent aux ayants droit du salarié, une faculté de dispense est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture.

Cette faculté de dispense est ouverte sous réserve que les ayants droit bénéficient d'une couverture collective conforme aux conditions définies au f du 2° de l'article R 242-1-6, soit une justification chaque année de ladite couverture.

#### Article D911-3

Créé par DÉCRET n°2014-1025 du 8 septembre 2014 - art. 1

Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6.

#### Article R242-1-6

Modifié par DÉCRET n°2014-786 du 8 juillet 2014 - art. 1

Les garanties mentionnées à l'article R. 242-1-1 sont mises en place à titre obligatoire au profit des salariés sous réserve des facultés de dispense d'adhésion, au choix du salarié, prévues dans l'acte juridique et énoncées ci-dessous :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les

salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense : (...)

f) Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.

La mise en œuvre des cas de dispense prévus par le présent article s'entend sans préjudice de l'application aux salariés concernés qui le souhaitent, des dispositions de l'article 11 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 faisant obstacle à ce que les salariés employés par l'entreprise lors de la mise en place par voie de décision unilatérale de l'employeur d'un système de garanties collectif couvrant les risques que ces dispositions mentionnent soient contraints de cotiser contre leur gré à ce système.

## Entrée en vigueur

Toutes les dispositions entrent en vigueur le lendemain de la publication du présent décret au JO, soit le 11 septembre 2014.

Extrait du décret :

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

## Références

LOI no 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, JO du 16 juin 2013

ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11 JANVIER 2013 POUR UN NOUVEAU MODELE ECONOMIQUE ET SOCIAL AU SERVICE DE LA COMPETITIVITE DES ENTREPRISES ET DE LA SECURISATION DE L'EMPLOI ET DES PARCOURS PROFESSIONNELS DES SALARIES

Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, JO du 10 septembre 2014