Dernière mise à jour le 07 décembre 2023

La couverture complémentaire santé obligatoire ou mutuelle

Depuis le 1er janvier 2016, chaque salarié doit disposer d'une couverture collective obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé, dans le cadre d'un contrat dit « responsable ».

Sommaire

- Qui sont les bénéficiaires de la complémentaire santé obligatoire ?
- Comment mettre en place la complémentaire santé obligatoire ?
- La couverture santé complémentaire est-elle obligatoire pour les salariés ?
- Auprès de quel organisme l'employeur peut-il s'assurer ?
- Quelle est la participation financière de l'employeur ?
- Qu'est-ce-que le panier de soins minimal ?

Depuis le 1er janvier 2016, chaque salarié doit disposer d'une couverture collective obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais de santé, dans le cadre d'un contrat dit « responsable ». Les garanties du contrat doivent correspondre, au minimum, à un panier de soins minimal défini par décret.

Qui sont les bénéficiaires de la complémentaire santé obligatoire ?

Tous les salariés qui ne disposent pas déjà d'une couverture complémentaire sont concernés.

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

La couverture doit être prévue pour l'ensemble des salariés, ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux (définies à partir de critères objectifs, généraux et impersonnels).

Comment mettre en place la complémentaire santé obligatoire ?

Si l'entreprise est couverte par un accord de branche, elle doit respecter les modalités de mise en place prévues par cet accord.

A défaut d'accord de branche, l'employeur doit négocier un accord d'entreprise.

A défaut d'accord d'entreprise, l'employeur peut mettre en place la mutuelle par décision unilatérale après information des représentants du personnel.

La couverture santé complémentaire est-elle obligatoire pour les salariés ?

Oui. Un salarié ne peut pas refuser d'adhérer au dispositif de complémentaire santé de l'entreprise, sauf dans les cas de dispense suivants :

- **Salarié déjà couvert, y compris en qualité d'ayant-droit, par un autre régime de frais de santé collectif obligatoire, un**

contrat d'assurance de groupe dit Madelin, le régime local d'Alsace-Moselle, un régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), ou la mutuelle des agents de l'État ou des collectivités territoriales : Le salarié doit demander la dispense lors de l'embauche ou lors de la mise en place de la couverture collective.

> La jurisprudence apprécie strictement le cas de dispense d'affiliation à un régime et collectif et obligatoire « frais de santé » du « conjoint ». L'affiliation au régime du conjoint doit être obligatoire. **Cass. civ., 2ème ch., 9 mai 2019, n° 18-15.872**

- **Salarié couvert par une complémentaire santé individuelle : La dispense d'adhésion ne joue que jusqu'à l'échéance du contrat individuel.** Le salarié doit demander la dispense lors de l'embauche ou lors de la mise en place de la couverture collective.
- Salarié présent dans l'entreprise lors de la mise en place de la mutuelle : Le salarié peut choisir de ne pas adhérer au contrat si le dispositif a été mis en place par décision unilatérale de l'employeur avec participation financière du salarié.
- Salarié bénéficiant de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) ou de l'ACS (aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire) : Le salarié doit demander la dispense lors de l'embauche ou lors de la mise en place de la couverture collective.
- Salarié à temps partiel : **La dispense d'adhésion ne joue que si la cotisation du salarié est égale à au moins 10 % de son salaire et si l'acte juridique (accord ou décision unilatérale) mettant en place le dispositif prévoit cette possibilité.**
- **Salarié en CDD de moins de 3 mois bénéficiant d'une couverture collective obligatoire d'au moins 3 mois ou d'une couverture individuelle respectant le contrat responsable :** Le salarié doit demander la dispense lors de l'embauche ou lors de la mise en place de la couverture collective.
- **Salarié en CDD d'une durée de 3 mois à 1 an : L'acte juridique (accord ou décision unilatérale) mettant en place le dispositif doit prévoir cette possibilité.**
- **Salarié en CDD de plus d'1 an : L'acte juridique (accord ou décision unilatérale) mettant en place le dispositif doit prévoir cette possibilité et le salarié doit justifier d'une autre couverture complémentaire.**

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.

Auprès de quel organisme l'employeur peut-il s'assurer ?

L'employeur est libre de choisir l'assureur, auprès de qui il négocie le contrat : mutuelle, institution de prévoyance, ou société d'assurance.

Les partenaires sociaux de la branche professionnelle peuvent recommander un organisme. Dans ce cas, cette recommandation doit intervenir après une procédure de mise en concurrence préalable.

Quelle est la participation financière de l'employeur ?

La participation financière de l'employeur doit être au minimum de 50 % de la cotisation, le reste étant à la charge du salarié.

Qu'est-ce-que le panier de soins minimal ?

Le contrat doit respecter un socle de garanties minimales :

- Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie.
- Totalité du forfait journalier hospitalier.
- Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel.
- Frais d'optique 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 de 100 € pour une correction simple.

Article D 911-1 du code de la Sécurité Sociale.

En application du « 100 % santé », les équipements d'optique et certains soins prothétiques dentaires doivent, depuis

le 1er janvier 2020, être totalement remboursés au salarié. Un remboursement intégral qui, au 1er janvier 2021, a été étendu aux aides auditives et à d'autres soins prothétiques dentaires.

Toutefois, ne sont concernés par le « 100 % santé » que :
- Les équipements d'optique de classe A (au moins 17 montures en deux coloris, traitement anti-rayures et anti-reflets et verres amincis, un équipement tous les 2 ans sauf exceptions) ;
- Les aides auditives de classe I (appareils avec au moins 12 canaux de réglage, choix d'au moins trois options dont système anti-acouphène et réducteur du bruit du vent, 30 jours d'essai avant achat, 4 ans de garantie...) ;
- Et certaines prothèses dentaires (couronnes céramo-métalliques sur les dents visibles et couronnes métalliques toute localisation, bridges céramo-métalliques sur les incisives et les canines...).