



Salariées et salariés Mayennais

Vous travaillez dans une T.P.E

- De l'artisanat,
- De l'industrie,
- Du commerce,
- De l'agriculture,
- Des services,

**Force Ouvrière vous informe de vos droits
Avec Les carnets de l'UDFO 53.**

Avril 2015 : la couverture complémentaire santé

1. Généralisation de la couverture complémentaire santé

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 impose une généralisation à tous les salariés de la couverture complémentaire des frais de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident à compter du 1^{er} janvier 2016.

Tous les salariés devront bénéficier d'une couverture collective, en application d'un accord de branche, d'entreprise ou, en l'absence d'un tel dispositif, d'une décision unilatérale de l'employeur.

a) Négociation de branche

La loi a imposé aux branches professionnelles d'ouvrir des négociations sur la couverture complémentaire des frais de santé avant le 1^{er} juin 2013 et de conclure des accords avant le 1^{er} juillet 2014. Ceux-ci doivent impérativement laisser aux entreprises un délai de 18 mois afin de leur permettre de se conformer aux nouvelles obligations conventionnelles. Mais en tout état de cause, ces accords devront entrer en vigueur au sein des entreprises concernées au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

b) Négociations d'entreprise

A défaut d'accord de branche signé avant le 1^{er} juillet 2014, les entreprises non couvertes relevant de telles branches sont tenues d'ouvrir des négociations dans le cadre de l'obligation annuelle de négocier sur la prévoyance.

A défaut d'accord d'entreprise, les entreprises concernées seront tenues, au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2016, de faire bénéficier leurs salariés, par décision unilatérale, d'une couverture collective de frais de santé.

2. Garanties minimales obligatoires

La loi impose une prise en charge complémentaire des frais de santé dont le niveau minimal est précisé dans l'article D 911-1-nouveau du code de la sécurité sociale.

Le panier de soins doit couvrir au minimum :

- ▶ **L'intégralité de la participation à la charge des assurés (ticket modérateur) pour les consultations du médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés, et pour les frais de laboratoire et de pharmacie** prescrits par ce dernier et remboursables par l'assurance maladie. La majoration du ticket modérateur due en cas de non-respect du parcours de soins, de même que les participations forfaitaires ne pourront pas être remboursées (le forfait 1 € sur les actes et consultations, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments)
- ▶ L'intégralité du ticket modérateur pour les frais d'hospitalisation ainsi que l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée (18 € à l'hôpital ou en clinique ou 13,50 € en psychiatrie) ;
- ▶ **Les dépenses de frais dentaires** (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif de responsabilité ;
- ▶ **Les dépenses de frais d'optique**, de manière forfaitaire par période de deux ans pour un équipement complet composé de deux verres et d'une monture, à hauteur de 100 € au minimum pour les corrections simples, 150 € au minimum pour une correction mixte simple et complexes et 200€ au minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Le ticket modérateur

Il correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, etc. Son montant du ticket modérateur varie selon :

- la nature du risque (maladie, maternité, accident du travail, etc.) ;
- l'acte ou le traitement ;
- si vous souffrez d'une affection de longue durée exonérante,
- si vous relevez du régime d'Alsace-Moselle ;
- le respect ou non du parcours de soins coordonnés ;
- si vous êtes titulaire d'une pension d'invalidité.

2

3. Les dispenses d'affiliation

Les salariés relevant de certaines catégories peuvent être dispensés de l'obligation d'affiliation au régime de prévoyance destiné à leur garantir une couverture sociale complémentaire minimale, pour eux ou pour leurs ayants droits, et ce quel que soit le mode de mise en place du régime collectif. Cette dispense d'affiliation ne peut se faire qu'à l'initiative du salarié. L'employeur doit être en mesure de produire cette demande de dispense.

Le décret du 8 septembre 2014 précise que ces catégories doivent correspondre à celles applicables aux contrats « complémentaires santé » collectifs et obligatoires bénéficiant d'un régime social de faveur.

Ces dispenses peuvent concerner :

- Les salariés embauchés avant la mise en place de ces garanties ;
- Les salariés ou apprentis sous contrat à durée déterminée ou sous contrat de mission d'au moins 12 mois justifiant par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Les salariés à temps partiel dont l'adhésion au système les conduirait à verser une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute ;
- Les salariés bénéficiant de la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) ou de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). La dispense est effective jusqu'à l'échéance de cette couverture ou aide.

Où se renseigner - ou adhérer à FORCE OUVRIERE

Auprès de l'Union Départementale de la Mayenne
10, rue du Docteur Ferron à LAVAL
Téléphone 02 43 53 42 26 –
Courriel : udfo53@force-ouvriere.fr
Site internet <http://53.force-ouvriere.org>

3



Bulletin d'adhésion

A retourner : UD FO 10, rue du Docteur Ferron
BP 1037 – 53010 LAVAL CEDEX

Je déclare adhérer au syndicat FORCE OUVRIERE

NOM : Prénom :

Adresse :

..... Téléphone :

Nom et adresse de l'entreprise :

.....

Date et signature

