

**ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ  
SALARIÉS NON CADRES<sup>(\*)</sup> DE LA PRODUCTION AGRICOLE DE L'ALLIER  
RELEVANT DE L'ACCORD DÉPARTEMENTAL DU 3 SEPTEMBRE 2009**

**GUIDE EMPLOYEUR**

**2020**

**Votre site dédié: [www.anips.fr](http://www.anips.fr)  
Votre plate-forme de gestion dédiée: 09 69 32 33 12 (numéro non surtaxé)**

*(\*) salariés relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC)*

**Anips**

**EN PARTENARIAT AVEC**



## PRÉAMBULE

Vous êtes adhérent au régime Complémentaire Santé des salariés non cadres(\*) de la production agricole de l'Allier relevant de l'Accord départemental du 3 septembre 2009.

L'Accord précité a fait l'objet de révisions par avenants n° 1 du 12 septembre 2012, n° 2 du 26 juin 2013, n° 3 du 18 septembre 2013, n° 4 du 19 septembre 2014, n° 5 du 24 novembre 2015 et n° 6 du 8 janvier 2018.

Le présent guide intègre les dispositions de ces avenants et les nouvelles dispositions concernant les garanties Frais de santé issues de l'avenant n° 6 à l'Accord National du 10 juin 2008 et les évolutions apportées en 2019 par les partenaires sociaux à l'Accord National du 10 juin 2008 et prend en compte les dernières dispositions légales et réglementaires, notamment la réforme dite du « 100 % santé » garantissant un accès sans reste à charge à certains équipements en optique, dentaire et audiologie, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Ce régime est coassuré par Agri Prévoyance (21 rue de la Bienfaisance 75382 Paris Cedex 08) et l'ANIPS (Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre) à hauteur de 60 % pour AGRI-PREVOYANCE et 40 % pour l'ANIPS, l'ANIPS en étant l'apériteur.

Ce guide employeur présente le fonctionnement de ce régime et décrit les formalités qui vous incombent.

(\*) Salariés relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC).

## SOMMAIRE

<b>LES BÉNÉFICIAIRES</b>	<b>3</b>
<b>LA GARANTIE</b>	<b>3</b>
<b>LA GESTION DE LA GARANTIE</b>	<b>3</b>
- <b>L'affiliation et la radiation de vos salariés</b>	<b>3</b>
- Notice d'information des salariés	4
- Cas de la transformation d'entreprise	4
- Dérogation: cas de dispense d'affiliation pour votre salarié	4
- Les ruptures de contrat	5
- <b>Le règlement des cotisations</b>	<b>5</b>
- <b>La gestion des prestations</b>	<b>5</b>
- Remboursement complémentaires des frais de santé	5
- Carte complémentaire de tiers payant	5
- <b>Le maintien de la garantie</b>	<b>6</b>
- En cas de suspension du contrat de travail	6
- En cas de rupture du contrat de travail	7
<b>LES COTISATIONS</b>	<b>8</b>
- <b>Statut fiscal et social des cotisations</b>	<b>8</b>
- Statut fiscal	8
- Statut social	9
- <b>Statut fiscal et social des prestations</b>	<b>9</b>
<b>TABLEAU DES GARANTIES</b>	<b>10</b>
<b>VOS CONTACTS</b>	<b>12</b>

## LES BÉNÉFICIAIRES

Relèvent obligatoirement du régime, sous réserve des cas de dispenses d'affiliation prévus ci-après, vos **salariés agricoles non cadres relevant de la Convention collective nationale de retraite du 24 mars 1971 (non affiliés à l'AGIRC)**, bénéficiaires d'un contrat à durée indéterminée ou d'un contrat de travail d'une durée de plus de trois mois.

**Des dispositions spécifiques** sont prévues ci-après pour les personnes **en suspension de contrat de travail ou en rupture de contrat de travail**.

Les salariés bénéficiant des dispositions applicables en matière de cumul Emploi/Retraite doivent également être affiliés au régime.

Le cas échéant, **les salariés ont la possibilité d'étendre à titre facultatif** la couverture Complémentaire santé à leurs ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfants et ascendants à charge).

**Vos salariés agricoles non-cadres titulaires d'un contrat de travail ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 3 mois et ceux dont la durée effective de travail prévue par leur contrat de travail est inférieure ou égale à 15 heures par semaine, ne sont pas affiliés au régime d'assurance Complémentaire santé.**

Ces salariés devront souscrire à titre individuel un contrat Complémentaire santé présentant un caractère « solidaire » et « responsable » pour la période concernée. La justification de l'existence de ce contrat leur permettra, le cas échéant, à la condition expresse qu'ils vous en fassent la demande dès la date de leur embauche, de bénéficier d'un « versement santé », dans les conditions et limites définies aux articles D911-6 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Il est toutefois précisé que, ce versement ne peut être cumulé avec le bénéfice de la CMU-C de l'ACS, d'une couverture collective complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

## LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'assurer à vos salariés des remboursements complémentaires à ceux effectués par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au titre du régime obligatoire de protection sociale.

Chaque salarié peut opter pour :

- **l'extension famille** : vos salariés peuvent demander l'extension du régime conventionnel à leurs ayants droit (conjoint, partenaire ou concubin et/ou enfant et ascendant à charge) à titre individuel et facultatif,
- **la formule de garanties optionnelle** : vos salariés ont la possibilité d'améliorer le niveau des prestations prévu par le régime conventionnel pour eux-mêmes et leurs ayants droit. **Le choix de la formule optionnelle s'applique obligatoirement pour les ayants droit de votre salarié inscrits au contrat.**

Le niveau et la nature des remboursements sont indiqués dans le tableau des garanties annexé à ce guide.

## LA GESTION DE LA GARANTIE

**Afin d'assurer un service simple et efficace, l'ANIPS confie le soin à votre caisse de MSA d'effectuer l'appel et le recouvrement de l'ensemble des cotisations et le paiement des prestations santé sauf pour les frais d'optique et dentaires.**

**Les frais d'optique et dentaires sont réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama Assurances Mutuelles.**

Sur simple appel téléphonique au 09 69 32 33 12, nous vous transmettons les coordonnées des opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau des professionnels de santé partenaires.

### L'AFFILIATION ET LA RADIATION DE VOS SALARIÉS

Vos salariés répondant à la définition ci-dessus pour bénéficier du régime seront **automatiquement affiliés** au régime par votre caisse de MSA.

Dans le cas où le salarié souhaite étendre la couverture Complémentaire santé à ses ayants droit et/ou souscrire la formule de garanties optionnelle, vous devrez lui faire remplir un bulletin de choix d'option et/ou d'extension facultative famille et déclaration des ayants droit afin de désigner nominativement ses ayants droit à garantir.

Ce bulletin devra être renvoyé dûment complété et signé à la Caisse de MSA dont relève le salarié.

## **NOTICE D'INFORMATION DES SALARIÉS**

Vous devez **remettre à chacun de vos salariés la notice d'information** adressée par l'ANIPS.

### **CAS DE LA TRANSFORMATION D'ENTREPRISE**

Dans le cas où un salarié n'aurait pas été affilié automatiquement par la caisse de MSA au contrat Complémentaire santé, en particulier en cas de transformation d'entreprise, vous devez effectuer **une déclaration auprès de votre caisse de MSA** afin de régulariser rétroactivement la situation.

### **DÉROGATION : CAS DE DISPENSE D'AFFILIATIONS DE VOTRE SALARIÉ**

**Votre salarié s'il se trouve dans un des cas ci-dessous, a la possibilité, de se dispenser, à son initiative, de son obligation d'adhésion prévue par le régime en application des articles L.911-7 et D.911-2 du code de la Sécurité sociale :**

- 1° s'il bénéficie 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 précité (ACS). La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle il cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- 2° s'il est couvert par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place du contrat d'assurance ou de son embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- 3° s'il bénéficie, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayant droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants, à condition de le justifier chaque année :
  - a) Dispositif de protection sociale complémentaire (y compris étranger) présentant un caractère collectif et obligatoire (ainsi, la dispense d'affiliation ne peut jouer, pour un salarié ayant droit au titre la couverture dont bénéficie son conjoint salarié dans une autre entreprise, que si ce dispositif prévoit la couverture des ayants droit à titre obligatoire),
  - b) Régime complémentaire relevant de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG),
  - c) Régime complémentaire frais de santé facultatif référencé de la fonction publique d'État, dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels,
  - d) Régime complémentaire frais de santé facultatif (contrat labellisé ou convention de participation) de la fonction publique territoriale dans le cadre des dispositions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents,
  - e) Contrats d'assurance de groupe dits « Madelin »,
  - f) Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM),
  - g) Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).

**En outre, votre salarié peut demander une dispense d'affiliation au contrat, s'il se trouve dans un des cas ci-dessous :**

- 1) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 2) salarié et apprenti bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- 3) salarié à temps partiel et apprenti, dont l'adhésion au système de garanties le conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de sa rémunération brute, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties. En cas d'augmentation de la rémunération du salarié à temps partiel, notamment du fait de l'augmentation de sa durée de travail, si la cotisation santé représente moins de 10% de sa rémunération brute de façon pérenne, il devra alors cotiser obligatoirement à la Complémentaire santé.

Dans tous les cas de dispenses précités, la mise en œuvre de la dispense d'affiliation ne peut avoir lieu que **sur demande écrite** de votre salarié.

Pour ce faire, il devra compléter et signer le formulaire mis à sa disposition par l'Institution sur son site : [www.anips.fr](http://www.anips.fr), dans la rubrique « accords de la production agricole ».

**Sa demande doit être accompagnée des justificatifs attestant de sa situation.**

**Votre salarié devra produire chaque année ces justificatifs. À défaut, il sera affilié au contrat et la cotisation sera due.**

Lorsque votre salarié ne remplit plus les conditions requises à la dispense d'affiliation, il doit vous en informer. L'affiliation à l'assurance Complémentaire santé prendra alors effet obligatoirement à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant.

Pour les cas de dispense précités, les cotisations correspondantes ne sont dues ni par vous ni par votre salarié.

**Vous devez informer votre caisse de MSA, des cas de dispenses et de leur cessation et conserver les justificatifs.** Pour ce faire, vous devrez utiliser le formulaire mis à votre disposition par l'Institution sur son site [www.anips.fr](http://www.anips.fr).

#### **LES RUPTURES DE CONTRAT**

Concernant la gestion de vos sorties de personnel, la déclaration de rupture auprès du régime obligatoire de protection sociale vaut pour le régime Complémentaire santé. Ainsi, pour radier un salarié, il suffit de déclarer auprès de la MSA au plus tard le jour de son départ, par fax ou par courrier :

- le nom et le prénom du salarié concerné,
- son numéro de sécurité sociale.

**L'admission éventuelle au régime des ayants droit du salarié, à titre facultatif, prend également fin à la date de cessation de son affiliation.**

#### **LE RÉGLEMENT DES COTISATIONS**

L'appel des cotisations est **réalisé conjointement** à l'appel de cotisations du régime obligatoire de protection sociale par votre caisse de MSA.

**Vous devez prélever la part de cotisation due par votre salarié et l'indiquer sur son bulletin de salaire.**

Pour tout problème concernant l'appel de cotisations, nous vous invitons à adresser un courrier à votre caisse de MSA ou téléphoner à votre correspondant habituel.

**Prorata des cotisations :** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, tous vos salariés étant affiliés au régime Frais de santé dès le 1<sup>er</sup> jour de leur embauche, un prorata des cotisations à l'entrée du salarié dans l'entreprise doit être effectué.

Cette cotisation proratisée est calculée de la façon suivante :

$$\text{montant de la cotisation mensuelle} \times \frac{(\text{nombre de jours calendaires dans le mois} - \text{n}^{\circ} \text{ du jour de début du contrat de travail}) + 1}{\text{nombre de jours calendaires dans le mois}}$$

Il n'y a pas de prorata de cotisation à la sortie du salarié, lors de sa radiation du régime. La cotisation reste due pour le mois entier, le salarié restant couvert jusqu'au dernier jour du mois concerné.

**Cotisation afférente à l'«Extension famille» facultative et à la « formule de garanties optionnelle » :** La cotisation relative à l'Extension famille facultative et à la formule de garanties optionnelle souscrites éventuellement par votre salarié est à la charge exclusive de ce dernier. Elle est payable par prélèvement automatique par la Caisse de MSA directement sur son compte bancaire.

#### **LA GESTION DES PRESTATIONS**

##### **REMBOURSEMENT COMPLÉMENTAIRE DES FRAIS DE SANTÉ**

La caisse de MSA de votre salarié rembourse **conjointement** la part obligatoire et la part complémentaire sans formalité particulière, exception faite des frais de prothèses dentaires et d'optique réglés par le système dédié mis à la disposition de l'ANIPS par Groupama Assurances Mutuelles, que les frais soient engagés dans le cadre des réseaux des praticiens ayant passé un accord avec Groupama ou non.

##### **CARTE COMPLÉMENTAIRE DE TIERS PAYANT**

La caisse de MSA porte les droits complémentaires sur la Carte Vitale du salarié, ce qui le dispense dans la plupart des cas de présenter la carte complémentaire (sous forme papier) délivrée par l'Institution.

**Dans le cas où un salarié sort de l'effectif de l'entreprise, il doit restituer cette carte papier de tiers payant à l'ANIPS et vous devez lui demander de bien vouloir mettre sa Carte Vitale à jour dès que la caisse de MSA l'invitera à le faire.**

#### **LE MAINTIEN DE LA GARANTIE**

##### **EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL**

##### **1 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail indemnisée :**

L'affiliation de vos salariés à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois civil complet d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire total ou partiel ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par un dispositif de protection sociale complémentaire.

Ce maintien est accordé tant que dure le maintien de salaire total ou partiel ou le versement d'indemnités journalières complémentaires.

Si l'absence est inférieure à 1 mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

**Dans tous les cas, le salarié demeure redevable de la cotisation correspondant à la (aux) couverture(s) facultative(s) retenue(s) (Extension famille et/ou Formule optionnelle).**

## **2 – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail non indemnisée :**

L'affiliation de vos salariés à l'assurance Complémentaire santé est maintenue obligatoirement pendant les 3 premiers mois de suspension du contrat de travail sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire de votre part, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- congé sans solde ;
- congé sabbatique ;
- congé parental d'éducation à plein temps ;
- congé pour création d'entreprise ;
- congé de solidarité internationale ;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de formation ;
- congé d'enseignement ou de recherche.

Pour être recevable, la demande de maintien doit parvenir à la Caisse de MSA au plus tard un mois après le début de la période de suspension du contrat de travail de votre salarié. Vous devez pour cela communiquer, les nom, prénom, numéro de Sécurité sociale, la date, la durée et le motif de la suspension du contrat de travail de l'intéressé.

À défaut d'apporter l'information auprès de la MSA concernant la situation de suspension du contrat de travail de votre salarié, vous serez tenu de procéder durant la période de versement des prestations complémentaires frais de santé au paiement intégral des cotisations correspondantes.

**Dans tous les cas, vos salariés demeurent redevables de la cotisation correspondant à la (aux) couverture(s) facultative(s) retenue(s) (Extension famille et/ou Formule optionnelle).**

Après cette première période de 3 mois, les salariés considérés peuvent pendant la période de suspension de leur contrat de travail restant à courir, demander à la Caisse régionale Groupama, partenaire de l'institution dont ils relèvent, à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé à titre individuel, sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation et ce sans pouvoir prétendre à une participation de votre part.

Pour être recevable, la demande d'adhésion au contrat individuel doit parvenir à la Caisse régionale Groupama, au plus tard un mois après la cessation de leur affiliation au contrat collectif.

Les garanties entrent en vigueur dès la date de cessation des garanties du présent contrat collectif, sous réserve du paiement par le salarié auprès de la Caisse régionale Groupama, des cotisations depuis cette date.

Le tarif appliqué au contrat individuel est identique à celui du contrat collectif.

Dès la date de reprise de son activité, le salarié bénéficie à nouveau du contrat collectif.

## **EN CAS DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL**

### **1 – Maintien au titre de la portabilité (Article L911-8 du code de la Sécurité sociale issu de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013)**

**Bénéficiaires :** Le bénéfice de l'assurance Complémentaire santé est maintenu, à compter de la cessation du contrat de travail, à vos anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu pour l'un des motifs énumérés ci-après et remplissant les conditions suivantes :

- Être indemnisé par le régime de l'assurance chômage, quel que soit l'origine de la cessation du contrat de travail,
- Avoir été affilié et ouvrir droit à la garantie avant la rupture de son contrat de travail.

Donne droit à maintien des garanties :

- tout licenciement sauf en cas de faute lourde,
- la rupture conventionnelle du contrat de travail,
- la rupture du contrat de travail pendant la période d'essai,
- l'arrivée à terme du CDD,
- la rupture pour motif légitime et sérieux du CDD à objet défini,
- la démission légitime,
- la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la 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 de l'ancien salarié, ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs dans l'entreprise.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite maximale de 12 mois.**

**Modalités de mise en œuvre :** Vous devez signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informer la CMSA de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les 30 jours suivant la date de cessation de son contrat de travail ainsi que la durée maximale de ce maintien. Au terme de ce maintien, les dispositions prévues ci-après dans le cadre de l'article 4 de la loi Evin, seront applicables.

## 2 - MAINTIEN AU TITRE DE LA LOI « EVIN » (ARTICLE 4 DE LA LOI N°89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989)

**Bénéficiaires :** Les personnes suivantes peuvent bénéficier d'un maintien de la couverture santé complémentaire, à titre individuel, proposé par votre Caisse régionale Groupama :

- l'ancien salarié bénéficiaire d'une pension de retraite,
- l'ancien salarié privé d'emploi et bénéficiaire d'un revenu de remplacement,
- l'ancien salarié dont le contrat de travail rompu, bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité percevant à ce titre des prestations en espèces de la CMSA,
- l'ayant droit d'un salarié (ou ancien salarié) décédé, sous réserve d'avoir été inscrit au contrat à la date du décès.

**Modalités de mise en œuvre :** Vous devez informer l'ANIPS de la cessation du contrat de travail du salarié concerné dans les 10 jours.

La proposition d'un maintien individuel de garanties leur en sera faite dans un délai de 2 mois à compter de la rupture de leur contrat de travail ou à l'issue de leur période de maintien au titre de la portabilité, ou de la date du décès.

L'intéressé devra accepter cette proposition dans un délai de 6 mois suivant la cessation de son contrat de travail ou de son maintien temporaire de garantie au titre de la portabilité.

Il est précisé que si votre ancien salarié était bénéficiaire d'un maintien des garanties au titre de la portabilité à la date de son décès, les ayants droit doivent faire la déclaration du décès **dans un délai maximum de 30 jours à compter de sa date de survenance.**

Les prestations et les cotisations seront dues à compter de la rupture du contrat de travail ou de la cessation du maintien des garanties au titre de la portabilité ou de la date du décès. **Aucune autre date ne pourra être acceptée.**

## LES COTISATIONS

Les cotisations mensuelles sont exprimées en pourcentage du salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS\*). Ces pourcentages pourront varier par la suite pour maintenir l'équilibre du régime.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, le taux global d'appel des cotisations destinées au financement des prestations est de :

Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Taux d'appel (PMSS*)	Régime conventionnel de base	
			Part employeur 50 % de la cotisation Salarié seul (indexée sur le PMSS*)	Part salarié (indexée sur le PMSS*)
Salarié seul	0,91 %	0,728 %	12,48 €/mois	12,48 €/mois
Option Extension famille à titre facultatif	1,44 %	1,152 %	0 €	39,49 €/mois
Total si Option Extension famille à titre facultatif souscrite	2,35 %	1,88 %	12,48 €/mois	51,97 €/mois
Situation de famille	Taux de l'accord (PMSS*)	Taux d'appel (PMSS*)	Régime Amélioré facultatif	
			Part employeur 50 % de la cotisation Salarié seul (indexée sur le PMSS*)	Part salarié (indexée sur le PMSS*)
Salarié seul	1,23 %	0,984 %	12,48 €/mois	21,25 €/mois
Option Extension famille à titre facultatif	1,94 %	1,552 %	0 €	53,20 €/mois
Total si Option Extension famille à titre facultatif souscrite	2,35 %	1,88 %	12,48 €/mois	74,45 €/mois

\* PMSS : Salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale (valeur: 3 428 € en 2020)

## **STATUT FISCAL ET SOCIAL DES COTISATIONS**

### ***STATUT FISCAL***

Pour votre entreprise, les cotisations patronales à un régime collectif obligatoire de Complémentaire santé constituent une charge déductible pour la détermination de votre résultat imposable.

Pour vos salariés, les cotisations salariales à un régime collectif obligatoire de frais de santé n'entrent pas dans l'assiette pour le calcul de l'impôt sur le revenu dans la limite de l'enveloppe rappelée ci-après.

En revanche, les cotisations patronales sont ajoutées à la rémunération prise en compte pour la détermination de l'impôt.

Les cotisations sont déductibles dans la limite de 5 % du montant annuel du salaire plafond de la Sécurité sociale, plus 2 % de la rémunération brute annuelle, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 2 % de 8 fois le salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

Les cotisations patronales sont soumises à la CSG (7,5 %) et à la CRDS (0,5 %), au 1<sup>er</sup> euro.

### ***STATUT SOCIAL***

Les cotisations patronales versées à un régime collectif obligatoire de prévoyance (y compris la Complémentaire santé) sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale à hauteur d'une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et de 1,5 % de la rémunération, sans que le total ainsi obtenu ne puisse excéder 12 % de ce même plafond.

Les contributions de prévoyance complémentaire sont soumises au forfait social de 8 % dans les entreprises de plus de 10 salariés (les entreprises de moins de 11 salariés ne sont pas soumises au forfait social).

## **STATUT FISCAL ET SOCIAL DES PRESTATIONS**

Les remboursements de l'assurance Complémentaire santé ne sont soumis ni à l'impôt sur le revenu ni à cotisations de Sécurité Sociale.

**CE GUIDE N'A QU'UNE VALEUR INDICATIVE, IL EST RÉDIGÉ EN FONCTION DES PARAMÈTRES JURIDIQUES ACTUELLEMENT EXISTANTS.**



## TABLEAU DES GARANTIES

Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-après s'appliquent sur le montant servant de base (BR) au régime obligatoire de protection sociale français (RO) sauf mention contraire.

Le cumul des remboursements du régime obligatoire de protection sociale et de l'organisme assureur ne peut excéder le montant des frais réellement engagés (FR).

Les franchises médicales ainsi que la participation forfaitaire (article L.160-13 du code de la Sécurité sociale) ne pourront donner lieu à remboursement.

Les garanties exprimées en pourcentage de la BR s'entendent part du régime obligatoire de protection sociale non comprise.

		BASE	OPTION 1
<b>HOSPITALISATION</b>			
Frais de séjour	conventionné	100 % TM	100 % TM
	non conventionné	100 % TM	100 % TM
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM + 200 % BR	100 % TM + 480 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 100 % BR	100 % TM + 100 % BR
Forfait journalier hospitalier <sup>(1)</sup>		100 % FR	100 % FR
Participation forfaitaire « actes lourds »		100 % FR	100 % FR
Frais d'accompagnement tout ayant droit inscrit au contrat, par jour		NON GARANTI	52 Euros
Chambre Particulière y compris Maternité, y compris ambulatoire, par jour		40 Euros	65 Euros pendant 60 jours puis 40 Euros au-delà
Hospitalisation à l'étranger (RO français <sup>(2)</sup> )		120 % BR	120 % BR
<b>LE + MATERNITÉ</b>			
Indemnité de naissance, par maternité		1/3 PMSS	1/3 PMSS
<b>SOINS COURANTS</b>			
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 150 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 200 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialité	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 150 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 100 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	100 % TM + 75 % BR	100 % TM + 75 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % TM + 30 % BR	100 % TM + 30 % BR
Honoraires paramédicaux			
- Sages-femmes		100 % TM + 10 % BR	100 % TM + 10 % BR
- Autres auxiliaires médicaux		100 % TM	100 % TM
Analyses et examens de laboratoire		100 % TM	100 % TM
Médicaments :			
- Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % TM	100 % TM
- Pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
- Vaccins prescrits non pris en charge par le RO, par an et par personne assurée		NON GARANTI	40 Euros
Matériel médical :			
- Prothèses médicales et orthopédiques (hors aides auditives) prises en charge par le RO		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Petit appareillage médical (hors optique, dentaire et aides auditives)		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
- Grand appareillage médical		100 % TM + 50 % BR	100 % TM + 300 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (y compris hospitalisation)		100 % BR	100 % FR
Médecine Douce : Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture et Sophrologie dans la limite par an et par personne assurée de :		30 Euros par séance 1 séance	30 Euros par séance 4 séances
Cures thermales prises en charge par le RO (y compris hospitalisation) :			
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 70 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % TM	100 % TM + 50 % BR
- Frais supplémentaires hébergement et transport, par an et par personne assurée		NON GARANTI	100 Euros
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans</b>			
<b>Équipements 100 % santé<sup>(3)</sup></b>		Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	
<b>Équipements hors 100 % santé</b>			
Prothèses auditives prises en charge par le RO		100 % TM + 410 % BR	100 % TM + 410 % BR + 200 Euros
dans la limite par oreille de :		1 700 Euros	1 700 Euros

	BASE	OPTION 1		
<b>OPTIQUE</b>				
<b>Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai) <sup>(4)</sup></b>				
<b>Équipement 100 % santé <sup>(3)</sup></b>	Pris en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)			
<b>Équipements hors 100 % santé :</b>	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les opticiens partenaires Sévéane</i>
Équipement optique : 1 monture et 2 verres (dont 100 € maximum pour la monture)				
- Verres simples	Adulte : 250 € Enfant : 300 €	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés <sup>(5)</sup>	380 €	Monture : 100 € Verres : 100 % des prix négociés <sup>(5)</sup>
- Verres mixtes simple-complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		430 €	
- Verres mixtes simple-très complexe	Adulte : 307,5 € Enfant : 375 €		440 €	
- Verres complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
- Verres mixtes complexe-très complexe	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
- Verres très complexes	Adulte : 365 € Enfant : 450 €		500 €	
Lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée	100 % TM + 150 Euros		100 % TM + 200 Euros	
<b>DENTAIRE</b>				
<b>Soins et prothèses 100 % santé <sup>(3)</sup></b>	Pris en charge dans la limite des honoraires limites de facturation			
<b>Soins et prothèses hors 100 % santé :</b>	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes non partenaires Sévéane</i>	<i>Chez les dentistes partenaires Sévéane</i>
Soins	100 % TM	100 % FR	100 % TM	100 % FR
Inlays / Onlays	100 % TM + 25 % BR		100 % TM + 50 % BR	
Prothèses et inlay-cores pris en charge par le RO : avec un supplément par an et par personne assurée de : Orthodontie prise en charge par le RO	100 % TM + 150 % BR 300 Euros		100 % TM + 170 % BR 400 Euros	
Implantologie dentaire par an et par personne assurée	100 % TM + 60 % BR NON GARANTI		100 % TM + 230 % BR 200 Euros	
Parodontologie, par an et par personne assurée	100 Euros	200 Euros	100 Euros	200 Euros
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>				
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale et pris en charge par le RO	INCLUS		INCLUS	
Tiers payant	INCLUS		INCLUS	

- 1 Cette prestation concerne uniquement le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé, et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux
- 2 En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur sera en tout état de cause limitée aux bases indiquées.
- 3 Tels que définis réglementairement et visés à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale
- 4 Conformément aux planchers et plafonds prévus aux articles D.911-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale récemment modifiés et figurant ci-après

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € - Maximum : 420 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € - Maximum : 560 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € - Maximum : 700 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € - Maximum : 610 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € - Maximum : 750 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries	Minimum : 200 € - Maximum : 800 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>

- 5 100 % des prix négociés sur une sélection de verres entre les opticiens membres du réseau Sévéane et l'Institution dans les limites des planchers et plafonds de garanties réglementaires

## Commentaires annexes

### Limitations liées à l'optique

**Lunettes** : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai). Prise en charge d'un équipement par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

### Définitions des verres simples, complexes et très complexes

**Verres simples** : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verres complexes** : Verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

**Verres très complexes** : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.

### Définitions des abréviations

**BR** : Base de remboursement du RO.

**DPTAM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).

**FR** : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.

**TM** : Ticket modérateur

**RO** : Régime obligatoire de protection sociale

**PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, soit 3 428€ pour l'année 2020.

## VOS CONTACTS

Pour tous renseignements ou questions relatives :

- **Aux cotisations :**

- votre caisse de MSA

- **Pour toute autre question :**

- ANIPS – GROUPAMA GAN VIE  
CS 40189 86962 FUTUROSCOPE Cedex  
Téléphone : 09 69 32 33 12 (appel non surtaxé)  
De 9h à 12 h et de 13h30 à 17h30 du lundi au vendredi

Anips,

EN PARTENARIAT AVEC

