

La part de la contribution patronale correspondant à ces garanties n'est alors pas soumise à cotisations (à l'inverse, si la couverture des ayants droit est facultative, la part de la contribution employeur correspondante est soumise à cotisations) ;

- en cas d'employeurs multiples, un partage de la contribution patronale finançant une garantie de protection sociale complémentaire donnée. Le partage s'opèrera selon des conditions que les employeurs détermineront conjointement.

### ➤ Catégories objectives

L'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale qui prévoit que le caractère collectif d'un régime de protection sociale complémentaire est respecté si tous les salariés sont couverts (sauf dispenses) ou si une ou plusieurs "catégories objectives de salariés" le sont, est modifié. Les cinq critères per-

mettant de constituer des catégories objectives sont désormais :

- l'appartenance aux catégories de cadres et de non-cadres (sans changement) ;
- un "seuil de rémunération" déterminé à partir de l'une des limites inférieures des tranches fixées pour le calcul des cotisations de retraite complémentaire. Toutefois, les salariés dont la rémunération annuelle est supérieure à 8 plafonds de la sécurité sociale ne peuvent, à eux seuls, constituer une catégorie ;
- la place dans les classifications professionnelles définies par les conventions collectives (et non plus "l'appartenance aux catégories et classifications") ;
- les sous-catégories fixées par conventions ou accords et définies par référence au niveau de responsabilité, au type de fonctions, au de-

gré d'autonomie dans le travail (sans changement), mais également, désormais, à l'ancienneté ;

- l'appartenance aux catégories issues d'usages (inchangé) ou du champ d'application d'un régime légalement ou réglementairement obligatoire qui assure la couverture du risque concerné (régime spécial de sécurité sociale) ou du champ d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'un ANI.

Les modes d'utilisation de ces critères dépendent des garanties mises en place (retraite supplémentaire, prévoyance, frais de santé).

L'article R. 241-1-2 du Code précité est modifié pour préciser que les garanties destinées à couvrir "la perte de revenu en cas de maladie" sont intégrées dans la prévoyance complémentaire au titre de l'incapacité (et non dans la complémentaire santé). ■

## Protection sociale complémentaire

# Le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire à respecter est précisé

(Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, JO du 10 septembre 2014)

On rappellera au préalable que c'est dans le cadre de la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi prévoyant, notamment, la généralisation de la couverture santé pour l'ensemble des salariés, que le décret du 8 septembre dernier vient définir le panier minimal de soins à respecter par les entreprises.

Pour mémoire, les entreprises devront être couvertes par un accord (de branche ou d'entreprise) au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### ➤ Le panier minimal de soins

La couverture collective obligatoire doit respecter un niveau minimal de garanties, dont le contenu a été fixé dans l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 sur la sécurisation de l'emploi comme couvrant "au minimum, pour le seul salarié, un panier de soins" défini comme suit :

- 100 % de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie en ville et à l'hôpital ;
- le forfait journalier hospitalier ;

- 125 % de la base de remboursement des prothèses dentaires ;
- un forfait optique de 100 € par an.

Le décret précité reprend donc les grandes lignes de ce panier de soins et détaille son contenu. Ainsi, aux termes de l'article D. 911-1 nouveau du Code de la Sécurité sociale, le contrat complémentaire santé généralisé d'entreprise doit prendre en charge les éléments suivants :

- **pour les soins de ville**, au minimum, l'intégralité de la participation de l'assuré ou "ticket modérateur" pour les consultations du médecin dans le cadre du parcours de soins, et pour les frais de laboratoire et de pharmacie prescrits par ledit médecin.

En revanche, la prise en charge n'est pas obligatoire pour les médicaments traitant des troubles sans gravité, ceux dont le service médical rendu n'est pas classé comme majeur ou important et pour les spécialités homéopathiques et les frais liés à une cure thermale. Par ailleurs, le "panier de soins" ne peut pas

prendre en charge la majoration du ticket modérateur due en cas de non-respect du parcours de soins, de même que les participations forfaitaires et les franchises ;

- pour les frais d'hospitalisation, la prise en charge est au minimum fixée au niveau du ticket modérateur. Toutefois, concernant le forfait journalier hospitalier (18 € à l'hôpital ou en clinique ou 13,50 € en psychiatrie), il doit être pris en charge intégralement, sans limitation de durée ;
- pour les prothèses et l'orthodontie, le minimum est fixé à 125 % de la base de remboursement ;
- pour les frais d'optique : la prise en charge d'un équipement complet (monture et verres) est limitée à une paire par période de deux ans (sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle). Le minimum de prise en charge est fixé à 100 € pour les verres simples, 150 € (voire 200 €) pour les verres complexes. ■