

Complémentaire santé dans la branche vétérinaire : AG2R Prévoyance sera l'organisme recommandé aux employeurs

Jonathan MARTINEZ
Chargé de mission au SNVEL*

ASSURANCE

Il incombe à tous les employeurs, d'ici le 1^{er} janvier, de souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur de son choix afin de proposer à ses salariés une couverture complémentaire santé. La branche vétérinaire a retenu l'organisme AG2R Prévoyance dont l'offre a été considérée comme la plus sérieuse.

À partir du 1^{er} janvier 2016, une couverture complémentaire santé collective (mutuelle d'entreprise) doit être proposée par l'employeur à tous les salariés n'en disposant pas déjà, en complément des garanties de base d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

Obligation générale mise en place par la loi de sécurisation de l'emploi

La loi du 14 juin 2013 prévoit la généralisation de la couverture santé à l'ensemble des salariés du secteur privé et instaure un délai de négociation.

D'ici le 1^{er} janvier 2016, l'employeur doit souscrire un contrat auprès d'un organisme assureur de son choix, après mise en concurrence, et en assurer le suivi.

Le contrat doit remplir les conditions suivantes :

- la participation financière de l'employeur doit être au moins égale à 50 % de la cotisation (le reste à la charge du salarié) ;
- le contrat doit respecter un socle de garanties minimales (panier de soins minimum) ;
- la couverture est prévue pour l'ensemble des salariés et leurs ayants droit ou pour une ou plusieurs catégories d'entre eux (définies à partir de critères objectifs, généraux et impersonnels) ;
- le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans certains cas.

Le panier de soins minimal concerne les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie sous réserve de certaines exceptions ;
- totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation ;
- 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 fixé à 100 euros pour une correction simple.

Si le contrat souscrit par l'entreprise est dit responsable, il ouvre droit à une exonération de charges sociales à condition de respecter certaines règles sur les garanties offertes.

Existence préalable d'un régime de complémentaire santé facultatif dans la branche vétérinaire depuis 2011

Suite à un appel d'offres en 2010, la branche disposait jusqu'à présent d'un système de complémentaire santé, facultatif, auprès d'un prestataire unique, qui est Adeis, ex-Vauban Humanis.

Si l'employeur optait pour ce système, il devait le proposer à tous ses salariés qui étaient libres de refuser s'ils justifiaient notamment de meilleures garanties auprès d'un autre assureur, du conjoint, etc.

Ce régime facultatif expirera au 31 décembre 2015 pour laisser la place à un régime cette fois obligatoire.

Négociation spécifique dans la branche vétérinaire

Le législateur avait prévu que des négociations pouvaient être ouvertes au niveau des branches professionnelles afin de préciser le contenu et les niveaux des garanties, la répartition des cotisations, les dispenses d'affiliation à l'initiative du salarié, etc.

La branche vétérinaire, réunie en commission paritaire (SNVEL* et syndicat de salariés), a commencé à étudier le sujet dès 2014 afin de proposer aux employeurs une liste d'assureurs qui respectent les garanties définies.

Une commission paritaire spéciale a été constituée en 2015 et a permis de déterminer un panier de soins propre à la branche vétérinaire (voir tableau).

Ce même groupe a lancé un appel d'offres, cet été, dans le but de recommander un à trois organismes aux employeurs vétérinaires.

En effet, selon une décision du Conseil constitutionnel en date du 13 juin 2013, les clauses de désignation insérées dans les accords de branche relatifs au régime de protection sociale complémentaire sont contraires à la constitution.

La branche a donc fait le choix d'une clause de recommandation, ce qui signifie que tout employeur peut, s'il le souhaite, choisir un assureur hors de cette liste, à condition de respecter les garanties déterminées dans le panier de soins.

Un seul organisme recommandé : AG2R Prévoyance

Parmi les organismes qui ont répondu à cet appel d'offres, la commission paritaire spéciale a décidé de n'en retenir qu'un seul, qui est AG2R Prévoyance.

Au regard du panier de soins et des garanties demandées par les partenaires sociaux aux assureurs, l'offre d'AG2R a été considérée comme la plus sérieuse.

La cotisation mensuelle, pour un salarié



Monika Adamczyk - Fotolia.com

seul, s'élèvera à 32,46 euros et ne connaîtra aucune variation pendant deux ans. Le but de la recommandation aux employeurs d'un organisme en particulier est de leur garantir un régime doté d'une tarification cohérente.

Cette cotisation sera prise en charge *a minima* à 50 % par l'employeur.

Si le salarié choisit de faire adhérer ses ayants droit ou opte pour une surcomplémentaire, l'employeur n'est pas tenu d'y participer.

Face à la disparité des offres proposées aux employeurs de la branche, souvent sous-tarifées (aux alentours de 20-25 euros), voire même sur-tarifées (aux alentours de 50-60 euros par mois pour un salarié), la branche vétérinaire a négocié au plus juste pour les employeurs vétérinaires.

«Les salariés pourront demander une dispense d'affiliation dans certains cas.»

Des dispenses d'affiliation à cette complémentaire santé

Les accords collectifs négociés avec les partenaires sociaux permettront aux salariés de demander par écrit à leur employeur une dispense d'affiliation dans les cas suivants :

- le salarié est déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé, à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies par la branche vétérinaire, à la date de mise en place des garanties collectives obligatoires définies dans le présent accord ou à la date d'embauche si elle est postérieure à cette mise en place ; la dispense vaut jusqu'à échéance du contrat individuel s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est bénéficiaire 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 de la Sécurité sociale (ACS), s'il le justifie par écrit et au moyen des documents nécessaires auprès de l'employeur ;
- le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 6 mois qui justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires,





d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé », à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies par la branche ;

– le salarié est en contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 6 mois qui bénéficie ou non d'une garantie individuelle « frais de santé » ;

– le salarié est en contrat de professionnalisation ou en contrat d'apprentissage à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois, s'il justifie auprès de l'employeur, par écrit et au moyen des documents nécessaires, d'une couverture individuelle complémentaire « frais de santé » à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies par la branche ;

– le salarié est à temps partiel et la cotisation au dispositif collectif de garanties définies dans le présent accord représente au moins 10 % de sa rémunération mensuelle brute ;

– le salarié bénéficie par ailleurs, en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective « frais de santé » à un niveau de garanties au moins équivalentes à celles définies par la branche, et qu'il justifie annuellement auprès de l'employeur.

Portabilité des droits désormais effective pour les salariés

La rupture du contrat de travail, quel qu'en soit la cause ou le motif, met fin aux garanties et au versement des cotisations dans le cadre du contrat collectif.

Cependant, le dispositif de maintien des droits, appelé aussi portabilité des droits, permet à un ancien salarié pris en charge par l'assurance chômage en cas de rupture de son contrat de travail de conserver sa couverture santé sous certaines conditions.

Hors retraite, le salarié dont le contrat de travail est rompu bénéficie de la portabilité si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

– le contrat de travail a été rompu pour un motif autre que la faute lourde ;

– la cessation du contrat de travail ouvre droit à une indemnisation par l'assurance chômage ;

– le salarié a travaillé au moins un mois entier chez l'employeur ;

– le salarié a adhéré à la couverture complémentaire santé collective mise en place dans l'entreprise.

L'employeur informe l'organisme assureur de la date de cessation du contrat de travail. Il mentionne dans le certificat de travail remis au salarié son droit, ou non, à la portabilité, le maintien des garanties ainsi que la durée de ces dernières.

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de 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 ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, ne peut excéder 12 mois. ■

* SNVEL : Syndicat national des vétérinaires d'exercice libéral.

Chaque ayant droit affilié au contrat bénéficie de l'ensemble des prestations indiquées ci-dessous :
Les niveaux d'indemnisation s'entendent y compris les prestations versées par la Sécurité sociale (sauf pour les forfaits en euros ou PMSS qui viennent en complément SS)
Les remboursements sont effectués pour des frais relevant des législations Maladie, Accident de Travail / Maladie Professionnelle, et Maternité. Ils sont limités, toutes prestations comprises, aux frais réels engagés.

«La branche vétérinaire a négocié au plus juste pour les employeurs vétérinaires.»

ABREVIATIONS :
PMSS : Plafond Mensuel de la sécurité Sociale.
FR : Frais réels engagés par l'assuré.
BR : Base de remboursement retenue par l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.
RSS : Remboursement Sécurité Sociale = Montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire et calculé par application du taux de remboursement légal en vigueur à la base de remboursement.
TM : Ticket Modérateur soit partie de la base de remboursement non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (TM = BR - RSS)
CAS : Contrat d'accès aux soins.

RÉGIME OBLIGATOIRE : GARANTIES À EFFET DU 1^{ER} JANVIER 2016

HOSPITALISATION ET SOINS EXTERNES :		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Frais de séjour	130% BR	
Forfait hospitalier engagé	100% FR limité au forfait réglementaire en vigueur	
Actes de chirurgie (ADC)	150% BR Médecins adhérents CAS 130% BR Médecins NON adhérents CAS	
Actes d'anesthésie (ADA)	130% BR Médecins adhérents CAS	
Autres honoraires	110% BR Médecins NON adhérents CAS	
Chambre particulière (y compris maternité)	28 € / jour	
Frais d'accompagnement d'un enfant à charge de moins de 10 ans (sur présentation d'un justificatif)	28 € / jour	
Participation forfaitaire pour les actes coûteux	18 €	
Transport remboursé SS		
Transport	100% BR	
Actes médicaux		
Généralistes (Consultations et visites)	100% BR	
Spécialistes (Consultations et visites)	100% BR	
Actes de chirurgie (ADC)	150% BR Médecins adhérents CAS	
Actes techniques médicaux (ATM)	130% BR Médecins NON adhérents CAS	
Actes d'imagerie médicale (ADI)	100% BR	
Actes d'échographie (ADE)	100% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR	
Analyses	100% BR	
Actes médicaux non remboursés SS		
Chirurgie réfractive (Myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	6 % PMSS / oeil	
Pharmacie remboursée SS		
Pharmacie	100% BR	
Appareillages remboursés SS		
Prothèses auditives & Orthopédie & autres prothèses	1000 € / an / bénéficiaire	
SOINS, PROTHESES DENTAIRES ET ORTHODONTIE :		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Dentaire remboursé SS		
Soins dentaires	100% BR	
Inlay simple, Onlay	100% BR	
Prothèses dentaires (y compris Inlay core et inlay à clavettes)	270% BR	
Orthodontie	180% BR	
Dentaire non remboursé SS		
Prothèses dentaires (1)	120 € / an / bénéficiaire	
(1) La garantie prothèse dentaire non remboursée comprend les actes suivants : - Couronnes dentaires : HBLD038, HBLD036, à l'exclusion des couronnes ou dents à tenon préfabriquées, couronnes ou dents à tenon provisoires, couronnes à recouvrement partiel. - Prothèses supra implantaires: HBLD132, HBLD492, HBLD118, HBLD199, HBLD240, HBLD236, HBLD217, HBLD171. - Bridges : HBLD040, HBLD043, HBLD033, HBLD023, et les actes annexes s'y rapportant : HBMD490, HBMD342, HBMD082, HBMD479, HBMD433, HBMD072, HBMD081, HBMD087, à l'exclusion des prothèses dentaires sur dents temporaires, prothèses dentaires ou dents à tenon préfabriquées, prothèses dentaires ou dents à tenon provisoires, les piliers de bridge à recouvrement partiel. (2) La garantie implantologie non remboursée comprend la pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne).		
EQUIPEMENT OPTIQUE :		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Optique		
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement.		
Monture	100% BR + 2,5% PMSS / an	
Verres (par paire)	100% BR + 5 % PMSS / an	
Lentilles remboursées par la SS	100% BR + 1,25% PMSS / an / lentille	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris lentilles jetables)	1,75% PMSS / an / lentille	
AUTRES GARANTIES :		
NATURE DES FRAIS	NIVEAUX D'INDEMNISATION	
	CONVENTIONNE	NON CONVENTIONNE
Médecines hors nomenclature		
Piiles et patchs contraceptifs non remboursés SS et patchs anti tabac	1% PMSS / an / bénéficiaire	
Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie (si intervention dans le cadre de praticien inscrit auprès d'une association agréée), diététicien, ergothérapie, méthode mezière, microkinésie, nutritionniste, ostéopathie, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricité, psychothérapie, réflexologie, sophrologie.	20 € / séance (maxi 4 séances / an / bénéficiaire)	
Actes de prévention		
Prise en charge des actes de prévention de la liste prévue par l'Arrêté du 8 juin 2006 (pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code)	100% BR	
Garantie Assistance	OUI	

Réagissez sur info@depecheveterinaire.com