

Mémento social 2022

Vos chiffres clés
de la protection sociale collective



**malakoff
humanis**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE



Sommaire

Les informations contenues dans le document sont arrêtées en date du 1^{er} janvier 2022.



01 • Données sociales

Plafond de la Sécurité sociale

Le montant du plafond de la Sécurité sociale n'est pas modifié pour l'année 2022.

Mensuel : 3 428 € (3 428 € en 2021)

Annuel : 41136 € (41136 € en 2021)

SMIC au 01/01/2022 (valeurs brutes) +0,9 %

Horaire : 10,57 € (10,25 € en 2021)

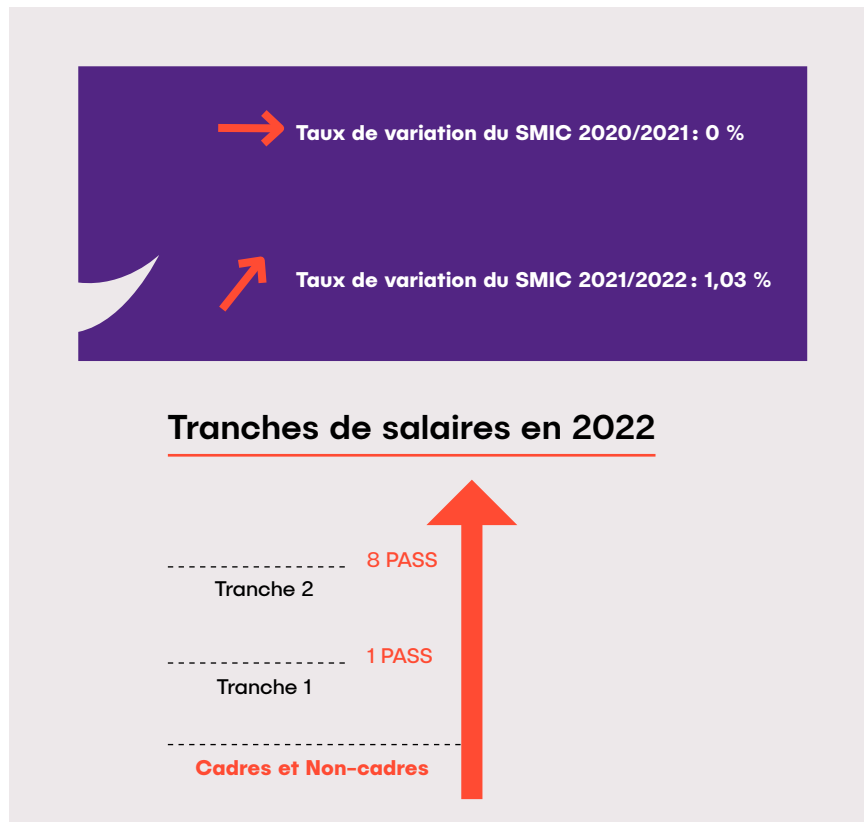
Mensuel : 1 603,12 € (1 554,58 € en 2021)

Tranches de salaires

Cadres et Non-cadres		
	Mensuel	Annuel
Tranche 1	de 0 € à 3 428 €	de 0 € à 41 136 €
Tranche 2	de 3 428 € à 27 424 €	de 41 136 € à 329 088 €

À NOTER

La variation du SMIC est fixé par décret (décret n°2021-1741 du 22 décembre 2021).





02 • Données sociales retraite

Retraite complémentaire

Valeur d'achat du point Agirc-Arrco		Valeur du point Agirc-Arrco 2022 : 1,2841 €
2021	2022	Valeur de conversion du point Agirc : 0,347791548 €
17,39 €	17,43 €	

Multipliée par le nombre de points acquis, la valeur du point permet de calculer le montant annuel de retraite à percevoir.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le régime Agirc-Arrco dispose d'un seul compte de points de retraite pour chaque salarié : le point Agirc-Arrco. Valeur du point Agirc-Arrco = valeur du point Arrco (pour les points Arrco, aucun changement).

Les points Agirc ont été convertis en nouveaux points Agirc-Arrco à l'aide de la valeur de conversion du point Agirc (valeur : 0,34779 €).

La valeur d'achat du point Agirc-Arrco, permet de convertir en points les cotisations versées au titre de la retraite.

Cotisations Agirc-Arrco - Taux d'appel: 127 %

	Taux de cotisations		Répartition du taux effectif	
	Taux contractuel Sauf taux conventionnel ou supérieur appliqué par l'entreprise	Taux effectif Pour assurer l'équilibre du régime Agirc-Arrco (les cotisations retraite sont appelées à 127 %)	Part patronale 60 %*	Part salariale 40 %*
Non-Cadres et Cadres T1	6,20 %	7,87 %	4,72 %	3,15 %
Non-Cadres et Cadres T2	17 %	21,59 %	12,95 %	8,64 %

* Sauf dispositions particulières applicables dans l'entreprise.

Régime de retraite de base de Sécurité sociale

Durée de référence		
Année de naissance	Taux de décote par trimestre manquant	Durée minimale d'assurance requise
1949	1,750 %	161
1950	1,625 %	162
1951	1,500 %	163
1952	1,375 %	164
1953 - 1954	1,250 %	165
1955 - 1956 - 1957	1,250 %	166
1958 - 1959 - 1960	1,250 %	167
1961 - 1962 - 1963	1,250 %	168
1964 - 1965 - 1966	1,250 %	169
1967 - 1968 - 1969	1,250 %	170
1970 - 1971 - 1972	1,250 %	171
À compter de 1973	1,250 %	172

Age de départ		
Date de naissance	Âge légal de départ à la retraite	Âge du taux plein automatique sans condition de durée
Avant le 01/07/1951	60 ans	65 ans
Entre le 01/07/1951 et le 31/12/1951	60 ans et 4 mois	65 ans et 4 mois
En 1952	60 ans et 9 mois	65 ans et 9 mois
En 1953	61 ans et 2 mois	66 ans et 2 mois
En 1954	61 ans et 7 mois	66 ans et 7 mois
Après le 01/01/1955	62 ans	67 ans



02 • Données sociales retraite

Les conditions d'ouverture des droits à la retraite complémentaire depuis le 1^{er} janvier 2019

Le régime de retraite complémentaire Agirc-Arrco prévoit la mise en œuvre de coefficients temporaires majorant ou de solidarité. L'objectif de ce dispositif est d'inciter les salariés à poursuivre leur activité.

- Il concerne les personnes nées à compter du 1^{er} janvier 1957 qui demandent leur retraite complémentaire à partir du 1^{er} janvier 2019 et qui remplissent les conditions du taux plein dans le régime de retraite de base de la Sécurité sociale.

Application d'un coefficient de solidarité (minorant) pendant 3 ans

10 % sur le montant de la retraite complémentaire si le départ se fait à l'âge d'ouverture des droits au taux plein à la retraite de base de la Sécurité sociale.

Au maximum jusqu'à 67 ans

Pas d'application de coefficient temporaire

Si le départ à la retraite est décalé d'un an*

Application d'un coefficient majorant pendant 1 an

10 % sur le montant de la retraite complémentaire si le départ est décalé de 2 ans*

20 % sur le montant de la retraite complémentaire si le départ est décalé de 3 ans*

30 % sur le montant de la retraite complémentaire si le départ est décalé de 4 ans*

* par rapport à la date d'ouverture des droits du taux plein à la retraite de base de la Sécurité sociale.



ILS NE SONT PAS CONCERNÉS

- Les retraités exonérés de CSG (Contribution Sociale Généralisée). En cas d'exonération partielle, la minoration sera réduite de moitié (5 %).
- Les retraités handicapés, retraités au titre du dispositif amiante ou de l'incapacité, les retraités qui ont élevé un enfant en situation de handicap et les aidants familiaux.
- Les personnes remplissant les conditions d'un départ anticipé au titre des carrières longues avant le 01/01/2019 et qui souhaitent partir en retraite après cette date.



03 • Prestations sociales du régime général

Barème de remboursement de la Sécurité sociale (applicable au 1^{er} janvier 2022)

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Médecins dans le parcours de soins			
Généraliste Secteur 1			
Généraliste Secteur 2	25,00 €	70 %	16,50 €
Généraliste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €
Spécialiste Secteur 1	25,00 €	70 %	16,50 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM			
Spécialiste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	70 %	15,10 €
Cardiologue Secteur 1	51,00 €	70 %	34,70 €
Cardiologue Secteur 2 OPTAM			
Cardiologue Secteur 2 honoraires libres	47,73 €	70 %	32,41 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 1*			
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 OPTAM*	46,70 €	70 %	31,69 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 honoraires libres	39 €	70 %	26,30 €
Hospitalisation			
Forfait Journalier 20 € par jour en hôpital ou en clinique	0 €	0 %	0 €
Forfait Journalier 15 € par jour en service psychiatrique d'un établissement de santé	0 €	0 %	0 €
Auxiliaires Médicaux**			
Soins et actes infirmiers	selon cotation de l'acte	60 %	
Soins et actes de kinésithérapie	selon cotation de l'acte	60 %	

* Médecins correspondants consultés sur avis du médecin traitant.

** Une franchise médicale de 0,50 € est déduite du remboursement de sécurité sociale.

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Dentaire			
Couronne	Montant variable* 107,50 € à 120 €	70 %	Montant variable*
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50 €	70 %	45,15 €
Appareil dentaire complet (14 dents)	182,75 €	70 %	127,93 €
Bridge de trois éléments (2 dents piliers + 1 élément intermédiaire pour remplacer une dent absente - les dents piliers doivent être abîmées)	279,50 €	70 %	195,65 €
Orthodontie accepte traitement par semestre	193,50 €	100 %	193,50 €
Optique			
Monture pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	30,49 €	60 %	18,29 €
Monture pour les bénéficiaires de plus de 18 ans	2,84 €	60 %	1,70 €
Verres	2,29 € à 24,54 € selon modèle	60 %	De 0,37 € à 13,72 € selon modèle
Aides auditives			
Prothèses auditives	400 €	60 %	240 €
Pour les bénéficiaires de ≤ 20 ans	1 400 €	60 %	840 €
Pour les bénéficiaires de > 20 ans	400 €	60 %	240 €
Pharmacie			
Médicaments irremplaçables	-	100 %	-
Médicaments à service médical rendu majeur	-	65 %	-
Médicaments à service médical rendu modéré	-	30 %	-
Médicaments à service médical rendu faible	-	15 %	-

* Montant variable en fonction de l'appartenance à l'un des paniers du contrat responsable.

À NOTER

A partir du 1^{er} janvier 2022, prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des frais liés à la contraception pour les femmes de 18 à 25 ans avec tiers-payants systématique.

L'article 51 de la LFSS 2021 a modifié les règles de participation des assurés en cas de passage aux urgences, non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie, en transformant le ticket modérateur appliqué aux assurés en participation forfaitaire.

Cette mesure qui devait entrer en vigueur au 1^{er} septembre 2021 a été reportée au 1^{er} janvier 2022 par l'article 38 de la LFSS pour 2022.



03 • Prestations sociales du régime général

Parcours de soins coordonnés

(applicable au 1^{er} janvier 2022)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
Médecin traitant généraliste		
Généraliste Secteur 1	C = 25,00 €	Rb = 70 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 70 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 70 % de 23,00 €
Médecin spécialiste		
Spécialiste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 70 % de 30,00 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C= Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 70 % de 30,00 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 70 % de 23,00 €

(1) C = Consultation - (2) Rb = Remboursement

Parcours de soins non coordonnés

(applicable au 1^{er} janvier 2022)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
Médecin traitant généraliste		
Généraliste Secteur 1	C = 25,00 €	Rb = 30 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 30 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 30 % de 23,00 €
Médecin spécialiste		
Spécialiste Secteur 1	C = 35,00 € maximum	Rb = 30 % de 25,00 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C= Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 30 % de 25,00 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 30 % de 23,00 €

Participation forfaitaire et franchise médicale

- 1 € par consultation, acte médical, examen de radiologie, analyse de biologie médicale
- **Plafond journalier de 4 €** si l'assuré consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la journée
 - **Plafond annuel de 50 €** et par personne

0,50 € par médicament et par acte paramédical
2 € par transport sanitaire

- **Plafond journalier de 2 €** sur les actes paramédicaux
- **Plafond journalier de 4 €** pour les transports sanitaires
- **Plafond annuel de 50 €** pour l'ensemble des actes ou prestations concernés

Exonérations liées au type de patient :

- les personnes de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes de plus de 6 mois et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement ;
- les personnes bénéficiant de la et

Exonérations liées au type d'acte effectué :

- soins liés à un acte de terrorisme ;
- soins pratiqués par un chirurgien-dentiste, par une sage-femme, par des auxiliaires médicaux...



03 • Prestations sociales du

Barème de remboursement de la Sécurité sociale (applicable au 1^{er} janvier 2022)

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Médecins dans le parcours de soins			
Généraliste Secteur 1			
Généraliste Secteur 2 OPTAM	25,00 €	90 %	21,50 €
Généraliste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	90 %	19,70 €
Spécialiste Secteur 1			
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	25,00 €	90 %	21,50 €
Spécialiste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	90 %	19,70 €
Cardiologue Secteur 1			
Cardiologue Secteur 2 OPTAM	51,00 €	90 %	45,90 €
Cardiologue Secteur 2 honoraires libres	47,73 €	90 %	42,96 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 1*			
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 OPTAM*	46,70 €	90 %	42,03 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 honoraires libres	39 €	90 %	35,10 €
Hospitalisation			
Forfait Journalier 20 € par jour en hôpital ou en clinique	20 €	100 %	20 €
Forfait Journalier 15 € par jour en service psychiatrique d'un établissement de santé	15 €	100 %	15 €
Auxiliaires Médicaux**			
Soins et actes infirmiers	selon cotation de l'acte	90 %	
Soins et actes de kinésithérapie	selon cotation de l'acte	90 %	

* Médecins correspondants consultés sur avis du médecin traitant.

** Une franchise médicale de 0,50 € est déduite du remboursement de sécurité sociale.

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
Dentaire			
Couronne	107,50 €/120 €	90 %	Montant variable
Appareil dentaire (1 à 3 dents)	64,50 €	90 %	58,05 €
Optique			
Monture pour les bénéficiaires de moins de 18 ans	30,49 €	90 %	27,44 €
Monture pour les bénéficiaires de plus de 18 ans	2,84 €	90 %	2,56 €
Verres	Variable	90 %	Variable
Pharmacie			
Médicaments irremplaçables	-	100 %	-
Médicaments à service médical rendu majeur	-	90 %	-
Médicaments à service médical rendu modéré	-	80 %	-
Médicaments à service médical rendu faible	-	15 %	-
Auditif			
Prothèses auditives	-	90 %	-

À NOTER

La prise en charge de la téléconsultation est prolongée jusqu'au 31 juillet 2022.



03 • Prestations sociales du régime local

Parcours de soins coordonnés (applicable au 1^{er} janvier 2022)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
Médecin traitant généraliste		
Généraliste Secteur 1	C = 25,00 €	Rb = 90 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 90 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 90 % de 23,00 €
Médecin spécialiste		
Spécialiste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 90 % de 30,00 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 90 % de 30,00 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 90 % de 23,00 €

(1) C = Consultation - (2) Rb = Remboursement

Parcours de soins non coordonnés 2022

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
Médecin traitant généraliste		
Généraliste Secteur 1	C = 25,00 €	Rb = 50 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 50 % de 25,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 50 % de 23,00 €
Médecin spécialiste		
Spécialiste Secteur 1	C = 35,00 € maximum	Rb = 50 % de 25,00 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 50 % de 25,00 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 50 % de 23,00 €

Participation forfaitaire et franchise médicale

1 € par consultation, acte médical, examen de radiologie, analyse de biologie médicale

- **Plafond journalier de 4 €** si l'assuré consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la journée
- **Plafond annuel de 50 €** et par personne

0,50 € par médicament et par acte paramédical

2 € par transport sanitaire

- **Plafond journalier de 2 €** sur les actes paramédicaux
- **Plafond journalier de 4 €** pour les transports sanitaires
- **Plafond annuel de 50 euros** pour l'ensemble des actes ou prestations concernés

Exonérations liées au type de patient :

- les personnes de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes de plus de 6 mois et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement ;
- les personnes bénéficiant de la et .

Exonérations liées au type d'acte effectué :

- soins liés à un acte de terrorisme ;
- soins pratiqués par un chirurgien-dentiste, par une sage-femme, par des auxiliaires médicaux...



03 • Prestations sociales 2021/2022

Prestations du régime général de la Sécurité sociale : les indemnités journalières

	Mode de calcul	Montant maximum
Arrêt de travail pour maladie : vos indemnités journalières		
Du 4 ^e au 360 ^e jour	50 % du salaire journalier de base dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel	47,03 €
Arrêt de travail pour maladie professionnelle ou accident de travail : vos indemnités journalières		
Du 1 ^{er} au 28 ^e jour	60 % du salaire journalier de base, dans la limite de 343,07 €	205,84 €
À partir du 29 ^e jour (revalorisation possible à compter du 3 ^e mois d'arrêt, en cas d'augmentation générale des salaires)	80 % du salaire journalier de base, dans la limite de 343,07 €	274,46 €
Arrêt de travail dérogatoire (disposition applicable dans le cadre du COVID 19)		
Pas de délai de carence	50% du salaire journalier de base	
Congé maternité : vos indemnités journalières		
Comprend un congé prénatal et un congé postnatal : 16 semaines si moins de 2 enfants à charge 26 semaines si 2 enfants ou plus à charge 34 semaines si attente de jumeaux 46 semaines si attente de triplés ou plus	100 % du gain journalier de base Avant déduction des 21 % de cotisations et contributions salariales	89,03 €

À NOTER

Les indemnités journalières (IJ) perçues pour les arrêts dérogatoires ne sont pas prises en compte dans le calcul de la durée maximale d'indemnisation par la sécurité sociale, soit 360 jours d'IJ sur 3 ans.



03 • Prestations sociales 2022

Prestations du régime général de la Sécurité sociale en cas d'invalidité, incapacité et décès

	Mode de calcul	Montant maximum
: pension d'invalidité mensuelle (au 1 ^{er} janvier 2022)		
1 ^{re} catégorie	30 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS	1 028,40 €
2 ^e catégorie	50 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS	1 714 €
3 ^e catégorie	50 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS + Majoration pour tierce personne	1 714 € + 1 121,92 €
permanente (AT/MP)		
Taux d'incapacité permanente inférieur à 10 %	Indemnité en capital fixé par décret et variable selon le taux d'incapacité	
Taux d'incapacité permanente entre 10 % et 49 %	Rente = Salaire annuel x (taux d'incapacité / 2)	
Taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 50 %	Rente = Salaire annuel x [(portion taux d'incapacité inférieur à 50 / 2) + (portion taux d'incapacité supérieur à 50 x 2)]	
Décès : capital (fixé au 01/04/2022)		
Bénéficiaires prioritaires ou non prioritaires	Montant forfaitaire	3 476 € pour un salarié 8 227,20 € pour un travailleur indépendant non retraité 3 290,88€ pour un travailleur indépendant retraité

À NOTER

Seul le capital décès du salarié est revalorisé au 1^{er} avril de chaque année alors que pour les TNS en activité c'est 20 % du PASS et pour les TNS retraités c'est 8% du PASS.



04 • Traitement fiscal et social des prestations

Les prestations de la Sécurité sociale

Garantie	Type de prestation	Impôt sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non
	Allocation veuvage	Oui	Non	Non	Non
Incapacité de travail	En cas de maladie	Oui	Non	(Oui à 6,2 % et à 0,5 %, soit 6,7 % de 100 % du montant des IJ brutes)	Non
	En cas d'accident du travail ou maladie professionnelles	Oui à hauteur de 50 %	Non		Non
	En cas d'affection de longue durée	Non	Non		Non
	En cas de maternité	Oui	Non		Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui à l'exception des majorations : pour tierce personne	Non	Oui (CSG taux normal à 8,3 %, CRDS à 0,5 % CASA* à 0,3 % sur 100 % du montant de la pension brute) sauf situations spécifiques	Non
Incapacité permanente	Rente d'accident de travail	Non	Non	Non	Non

* Casa : contribution de solidarité pour l'autonomie



04 • Traitement fiscal et social des prestations

Les prestations complémentaires des contrats à adhésion obligatoire

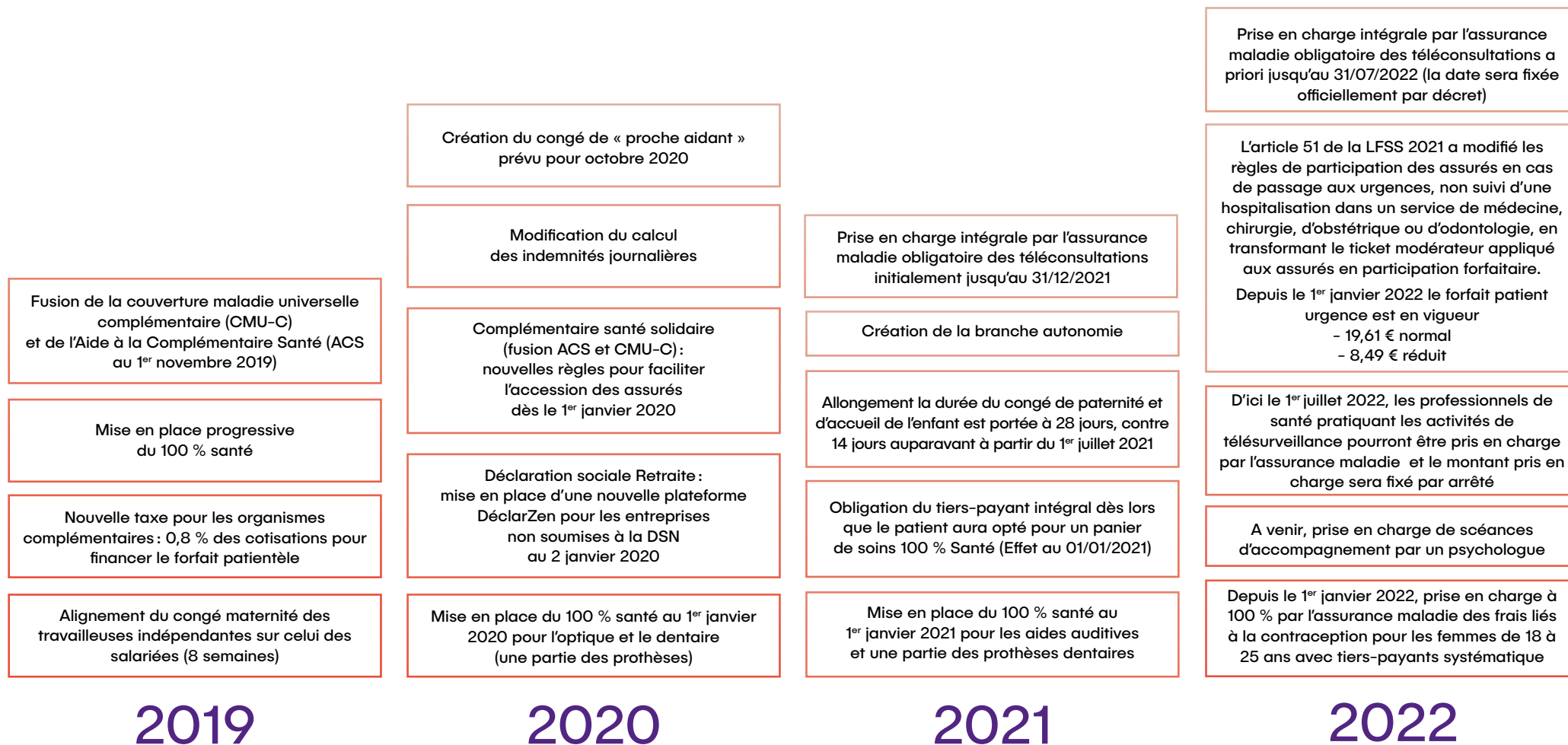
Garantie	Type de prestation	Impôt sur le revenu	Charges sociales	Prélèvements sociaux	Droits de succession
Décès	Capital	Non	Non	Non	Non sauf si absence de bénéficiaire désigné soit par une clause type soit par une désignation particulière
	Rente de conjoint ou d'éducation	Oui	Non	Oui (CSG applicable aux revenus de remplacement : taux à 8,3 % et CRDS à 0,5 %, soit 8,8 % de 100 % du montant)	Non
Incapacité de travail	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité sociale (si le contrat de travail est en vigueur)	Oui	Oui (cotisation de la Sécurité sociale pour la part correspondant à la contribution de l'employeur au financement du régime)	Oui (CSG applicable aux revenus d'activité : 9,2 % et CRDS à 0,5 % soit 9,7 % de 100 % du montant des IJ brutes)	Non
	Indemnité journalière complémentaire à la Sécurité sociale après la rupture du contrat de travail	Oui	Non	Oui (CSG applicable aux revenus de remplacement)	Non
Invalidité	Pension d'invalidité	Oui	Non	Oui (taux applicable aux revenus de remplacement : à 8,3 % et CRDS à 0,5 %, Casa à 0,3 % soit 9,1 % de 100 % du montant). Exonération partielle ou totale selon les revenus	Non
Frais de santé	Non car il s'agit de prestations indemnitaires				

* Casa : contribution de solidarité pour l'autonomie



05 • Les réformes de la Sécurité sociale

Rappel des principales grandes réformes des régimes de la Sécurité sociale et des régimes complémentaires





06 • Contrat assurances collectives

MISE EN PLACE D'UN CONTRAT D'ASSURANCES COLLECTIVES

Les différents modes de mise en place

Négociation collective (accord collectif d'entreprise, interprofessionnel, de branche etc.)

- Accord signé entre l'employeur et une ou plusieurs organisations syndicales.
- L'adhésion est obligatoire pour tous les salariés (sauf cas de dispense prévu).
- Seul un accord collectif peut modifier un accord collectif existant.

Référendum

- Projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des salariés.
- L'adhésion est obligatoire pour l'ensemble des salariés (sauf cas de dispense prévu).
- Seul un nouveau référendum ou un accord collectif peut modifier un régime mis en place par référendum.

Décision unilatérale de l'employeur (DUE)

- Décision unilatérale de l'employeur constatée par un écrit remis à chaque salarié.
- L'adhésion des salariés est obligatoire, sauf cas de dispense prévu. Toutefois, les salariés présents au moment de la mise en place du régime peuvent refuser d'en bénéficier.
- Un contrat mis en place par DUE peut être modifié par l'un des 3 modes de mise en place.

100 % santé : évolution des contrats d'assurance santé collective

Depuis le 1^{er} janvier 2020, le chef d'entreprise devait revoir les accords de mise en place du contrat frais de santé (accord collectif, accord référendaire ou DUE) pour les mettre en conformité avec le 100 % santé.
Si l'entreprise a mis en place un contrat santé conventionnel, c'est la branche qui devait revoir son régime frais de santé.



06 • Contrat assurances collectives

Cas de dispense d'affiliation en santé

Salariés	Observations
Dispense d'affiliation de droit, sur simple demande, même sans mention dans l'acte juridique instituant le régime	
Salariés embauchés avant la mise en place du régime	Régime mis en place par une décision unilatérale de l'employeur comportant un précompte salarial
Salariés en CDD ou en contrat de mission	Lorsque la durée de la couverture collective et obligatoire dont ils bénéficient en matière de frais de santé est inférieure à trois mois et s'ils justifient être couverts par ailleurs par un contrat responsable
Salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement CMU-C et ACS)	Jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture
Salariés déjà couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou, si elle est postérieure, à leur embauche	Dispense possible jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel
Les salariés bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une des couvertures suivantes : <ul style="list-style-type: none">• complémentaire santé collective et obligatoire ;• régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ;• régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;• mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales ;	Dispense possible jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause
Dispenses pouvant être prévues par l'acte (initial ou modifiant) fondateur du régime (décision unilatérale, référendum, accord ou convention collective)	
Apprentis et salariés en CDD-titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois	Même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs
Apprentis et salariés en CDD-titulaires d'un contrat de travail ou de mission d'au moins 12 mois	Sur justificatif d'une couverture individuelle responsable souscrite par ailleurs pour le même type de garantie
Salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à régler une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute	Pas de justificatif spécifique demandé



06 • Contrat assurances collectives

Panier de soins minimum

Postes concernés	Taux de remboursement
Consultations, actes et prestations pris en charge par la Sécurité sociale	100 % du ticket modérateur
Forfait journalier	100 % du forfait sans limitation de durée
Frais dentaires	125 % de la base de remboursement pour les prothèses dentaires et les soins d'orthodontie
Optique	
Verres simples	100 € minimum par équipement*
Verres simples et complexes	150 € minimum par équipement*
Verres complexes	200 € minimum par équipement*

* 2 verres + une monture, par période de 2 ans

Financement	50 % minimum de la couverture obligatoire souscrite par l'employeur
-------------	---

Portabilité

	Frais de santé	Prévoyance
Durée maximale	12 mois	12 mois
Financement	Mutualisation	Mutualisation



06 • Contrat assurances collectives

Contrats responsables

Postes concernés	Taux de remboursement	
	Minimum	Maximum
Actes et prestations remboursées par la sécurité sociale (sauf cure thermique, médicaments au service médical faible ou modéré)	100 % du	Limité aux frais réels
Consultations des médecins non adhérents à l'OPTAM OPTAM CO	100 % TM	100 % du TM ou garantie prévue pour les médecins signataires minorée de 20 % BR
Consultation des médecins adhérents à l'OPTAM OPTAM CO	100 % TM	Frais réels
Forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée	100 % du forfait	100 % du forfait
Optique (pour les prestations hors 100 % santé)		
Équipement verres simples	100 €	420 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement verre simple et verre complexe	150 €	560 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement verres complexes	200 €	700 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement adulte (verre simple + verre très complexe)	150 €	610 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement adulte (verre complexe + verre très complexe)	200 €	750 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement verres très complexes	200 €	800 €
Monture (pour les prestations hors 100 % santé)		
Un équipement (monture + verres) tous les 2 ans sauf pour les mineurs de moins de 16 ans et en cas de changement de correction	Maximum 100 €	
Actes de prévention	100 % du TM	

Postes concernés	Taux de remboursement	
	Minimum	Maximum
Dentaire	125 % des tarifs de base des frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dentofaciale	
Forfait journalier en cas d'hospitalisation dans établissements hospitaliers, hors établissements médico-sociaux, unités et centres de soins de longue durée et établissements accueillant des personnes âgées.	Illimité	
Dépassements tarifaires des médecins hors OPTAM		Double limite : - 100 % du tarif de responsabilité (soit prise en charge max 200 %)
Audioprothèse	200 €	- 20 % par rapport à prise en charge des dépassements des médecins adhérent à l'OPTAM Plafond de 1 700 € par aide auditive depuis 2021



06 • Contrat assurances collectives

Le 100 % santé dans le contrat responsable

	100 % santé : Classe A	Libre : Classe B	Couverture minimale
OPTIQUE	Renouvellement : 1 équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans (hors situation médicale particulière). 1 équipement (monture + 2 verres) par an pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié.		
	Possibilité de choix pour un équipement mixte : 2 verres « 100 % santé » et 1 monture à tarif libre ou 1 monture « 100 % santé » et 2 verres à tarifs libres.		
	Prise en charge intégrale Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des prix limites de vente.	Suppression des BRSS différenciées enfants/adultes. Obligation de prise en charge du TM. Nouveau plafond de la prise en charge des montures fixé à 100 € au 1 ^{er} janvier 2020.	Nouveaux planchers de prise en charge pour l'équipement (verres + montures) au 1^{er} janvier 2020. Nouveau plafond de la prise en charge des montures fixé à 100 € au 1 ^{er} janvier 2020.
DENTAIRE	100 % santé Prothèses céramiques monolithiques sur les dents visibles et métalliques sur les dents non visibles	Maîtrisé Certaines prothèses céramiques monolithiques et céramométalliques principalement sur les dents non visibles	Libre Autres prothèses
	Prise en charge intégrale Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des honoraires limites de facturation.	100 % du TM obligatoire. Absence de plafonds de remboursement.	Couverture minimale Prise en charge des prothèses à hauteur de : 125 % de la BR - RSS Valable pour les paniers maîtrisés et libres.
	100 % santé : Classe I	Libre : Classe II	Couverture minimale
AUDIO	Renouvellement de l'aide auditive tous les 4 ans.		
	Prise en charge intégrale Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des prix limites de vente.	Obligation de prise en charge du TM. Prise en charge selon les garanties du contrat avec un nouveau plafond de remboursement de 1 700 € par oreille (remboursement obligatoire + remboursement complémentaire) au 1^{er} janvier 2021.	100 % du ticket modérateur par aide auditive.

Descriptif des équipements « 100 % santé »



Équipements « 100 % santé » optique intégralement remboursés par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé

- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €.
- Chaque opticien aura au minimum : 17 modèles différents de montures adultes « 100 % santé » en deux coloris différents.
- Verres traitant l'ensemble des troubles visuels.
- Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.



Équipements « 100 % santé » dentaire intégralement remboursés par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé

- Au 1^{er} janvier 2020 :**
- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1^{res} prémolaires).
 - Inlays core et couronnes transitoires.
 - Bridge métallique et bridge céramo-métallique.
- Au 1^{er} janvier 2021 :**
- Dentier en résine, ensemble des autres prothèses.



Équipements « 100 % santé » audio intégralement remboursés par la Sécurité sociale et votre complémentaire santé

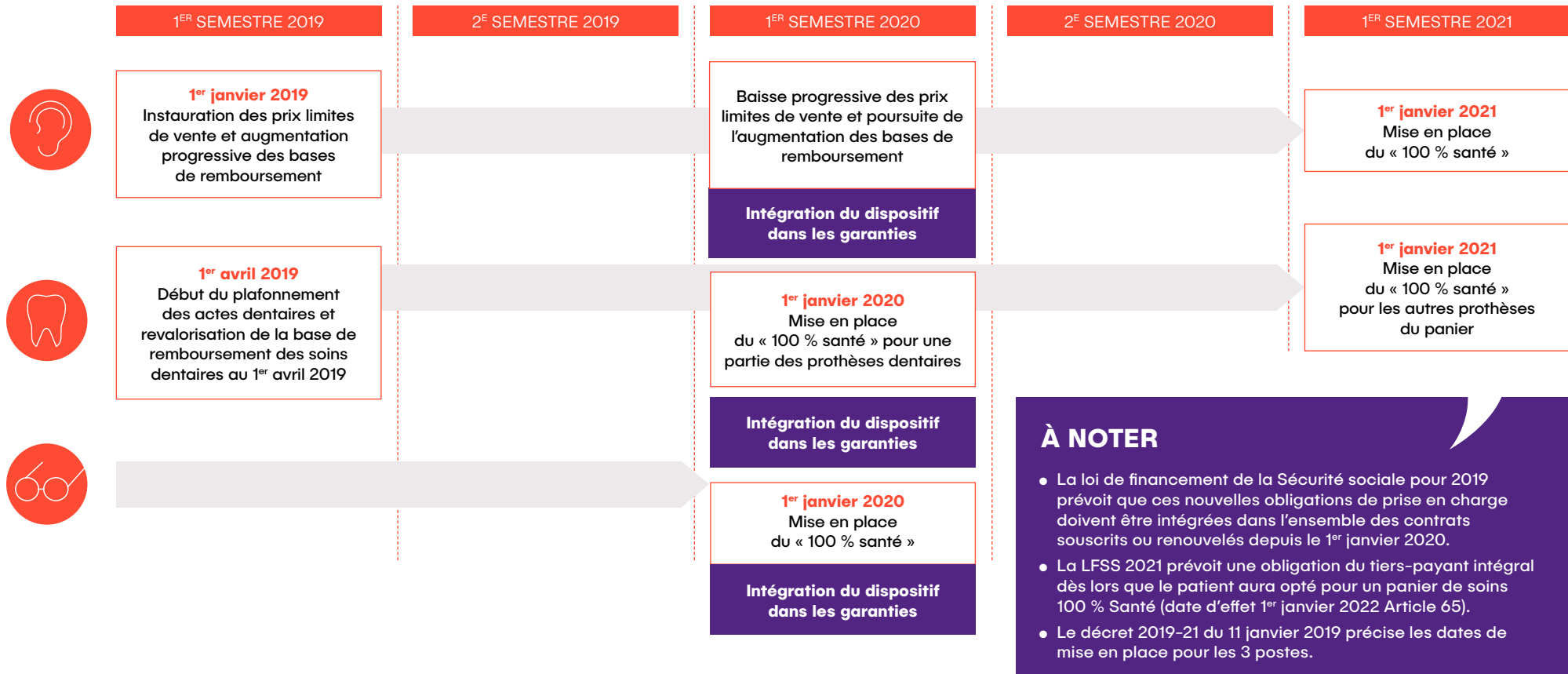
- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.
- Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif et système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB.
- 4 ans de garantie.
- 30 jours d'essai avant achat.
- Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.



06 • Contrat assurances collectives

Rappel du dispositif «100 % santé» : le calendrier

Le déploiement de ce dispositif s'opère par étape depuis le 1^{er} janvier 2019 pour une mise en œuvre complète au 1^{er} janvier 2021.



À NOTER

- La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 prévoit que ces nouvelles obligations de prise en charge doivent être intégrées dans l'ensemble des contrats souscrits ou renouvelés depuis le 1^{er} janvier 2020.
- La LFSS 2021 prévoit une obligation du tiers-payant intégral dès lors que le patient aura opté pour un panier de soins 100 % Santé (date d'effet 1^{er} janvier 2022 Article 65).
- Le décret 2019-21 du 11 janvier 2019 précise les dates de mise en place pour les 3 postes.



06 • Contrat assurances collectives

Conditions d'exonération des charges sociales pour les contrats collectifs santé et prévoyance

Type de contrat concerné	Le contrat doit être collectif
Contrats santé et prévoyance	Le régime est collectif s'il bénéficie à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux s'ils appartiennent à une catégorie établie à partir de critères objectifs déterminés par le décret du 9 janvier 2012 (modifié par un décret n° 2014-786 du 8 juillet 2014, interprété par une circulaire ACOSS du 12 août 2015).
	Le contrat doit être obligatoire
Contrats santé et prévoyance	Les salariés d'une même catégorie doivent être affiliés obligatoirement au contrat collectif de l'entreprise. Cependant, le principe d'une adhésion obligatoire de tous les salariés est assorti de dispenses d'affiliation « de droit » ou prévues dans l'acte de mise en place du régime.
	Le contrat doit être responsable et solidaire
Contrat santé uniquement	Les contrats santé collectifs et obligatoires d'entreprise devront respecter à la fois les minima de garanties prévus par le panier de soins ANI et les plafonds de garanties des nouvelles dispositions du « contrat responsable ». Les contrats responsables ont l'interdiction de rembourser : <ul style="list-style-type: none"> • les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins ; • les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés dans la limite de 8 € (règle générale). Parallèlement, un contrat « solidaire » permet à chacun de s'assurer quel que soit son état de santé (pas de questionnaire médical).
	Le contrat doit être formalisé dans un acte de droit du travail
Contrat santé et prévoyance	Accord collectif national Accord référendaire DUE

À savoir : le contrat collectif ne doit pas se substituer à un élément de rémunération et il doit être couvert par un organisme assureur habilité (institution de prévoyance, mutuelle ou assureur).

EXONÉRATION SOCIALE

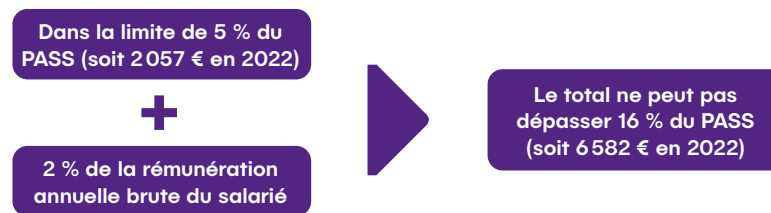
Les contributions patronales aux régimes santé et prévoyance sont exonérées de cotisations sociales dans les limites suivantes :



En revanche, la contribution de l'employeur est soumise à la CSG/CRDS et à un forfait social de 8 % pour les entreprises de 11 salariés et plus.

DÉDUCTIBILITÉ FISCALE

La totalité de la cotisation prévoyance (patronale et salariale), ainsi que la cotisation salariale santé sont déductibles du revenu imposable du salarié dans les limites suivantes :



Pour l'employeur, la totalité des cotisations (patronales et salariales) versées pour le régime santé ou prévoyance est déductible du bénéfice imposable.



06 • Contrat assurances collectives

MADELIN

Déductibilité fiscale et plafond annuel de versement

Contrat « Madelin »	Exonération fiscale	Plafond maximum
Retraite	<p>Si les revenus imposables sont Inférieurs ou égaux à 41136 € (1 PASS en 2022)</p> <ul style="list-style-type: none">• Cotisations déductibles jusqu'à 10 % des bénéfices <p>Si les revenus bruts imposables sont compris entre 1 et 8 PASS</p> <ul style="list-style-type: none">• Cotisations déductibles jusqu'à 15 % des bénéfices bruts imposables	Dans la limite de 8 PASS (soit 329 088 € en 2022)
Prévoyance et santé	7 % du PASS (2879,50 €) + 3,75 % du revenu imposable	Dans la limite de 3 % de 8 PASS (soit 9 873 € en 2022)

POUR RAPPEL :

PASS 2022 = PASS 2021



1 – PASS (Plafond Annuel de la sécurité sociale) / PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)

Ce sont des montants définis par le Code de la sécurité sociale. Ils sont utilisés comme base de calcul de certaines cotisations sociales et sont réactualisés chaque année.

2 – AGIRC (Association générale des institutions de retraite des cadres)

Créée en 1947, l'Agirc gère le régime de retraite complémentaire obligatoire (par répartition) des cadres du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture. Elle fédère les 18 caisses de retraite complémentaire concernées, qui ont notamment pour mission d'encaisser les cotisations complémentaires et de recevoir les affiliations des employeurs et des salariés. C'est un organisme paritaire dont le conseil d'administration est composé de représentants des employeurs et des syndicats de cadres. C'est l'Agirc qui fixe chaque année la valeur du point de retraite et le salaire de référence pour la retraite des cadres.

L'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017, institue le régime Agirc-Arrco au 1^{er} janvier 2019. Ce régime résulte de la fusion des deux régimes : Agirc et Arrco.

3 – ARRCO (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés)

Créée en 1961, l'Arrco gère le régime de retraite complémentaire obligatoire (par répartition) des salariés du secteur privé de l'industrie, du commerce, des services et de l'agriculture, y compris des cadres. C'est un organisme paritaire dont le conseil d'administration est composé de représentants

des employeurs et des syndicats de salariés. C'est l'Arrco qui fixe chaque année la valeur du point de retraite et le salaire de référence pour les retraites complémentaires des salariés.

L'accord national interprofessionnel du 17 novembre 2017, institue le régime Agirc-Arrco au 1^{er} janvier 2019. Ce régime résulte de la fusion des deux régimes : Agirc et Arrco.

4 – OPTAM-OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique)

Le 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins a été remplacé par l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), afin de favoriser l'accès aux soins des assurés, en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire. L'objectif est de réduire le reste à charge des patients, tout en limitant le taux de dépassement d'honoraires. Une option spécifique, l'OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique) concerne les spécialistes de la chirurgie ou de la gynécologie-obstétrique. Les signataires ne peuvent donc la cumuler à l'OPTAM.

En signant l'une des deux Options, les praticiens bénéficient d'un mode de rémunération spécifique, de tarifs de remboursements identiques et d'une rémunération supplémentaire.

Pour savoir si un praticien est signataire de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr

5 – CSS (Complémentaire Santé Solidaire)

La CSS est une complémentaire santé (mutuelle) gratuite ou avec une faible participation financière selon le niveau de ressource. Elle est destinée aux personnes qui ont de faibles ressources et qui résident en France de manière stable et régulière. Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaires et justificatifs). Une fois attribuée, la CSS est accordée pour un an. Le renouvellement doit être demandé chaque année. Elle remplace depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé.

6 – AME : (Aide médicale d'État)

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources. Pour la demander, un dossier est à constituer (formulaires et justificatifs). Une fois attribuée, l'AME est accordée pour 1 an, renouvelable chaque année après une nouvelle demande.

7 – Régime local

Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle est issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Le Régime Local d'Assurance Maladie verse à ses bénéficiaires un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la Sécurité sociale prend en charge.

8 – Incapacité

Au sens de la Sécurité sociale : l'incapacité résulte d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Elle peut être provisoire, permanente, totale ou partielle. Elle ouvre droit soit à une indemnité forfaitaire si elle est inférieure à 10 %, soit à une rente si elle est supérieure ou égale à 10 %.

Au sens de nos contrats : versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'incapacité temporaire à l'exercice de l'activité professionnelle faisant suite à une maladie ou à un accident constaté par un médecin et ouvrant droit à la perception des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

9 – Invalidité

L'invalidité est la perte de la capacité de travail ou de gain mettant la personne hors d'état de se procurer dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi occupé avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité. La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due à une maladie ou un accident d'origine non professionnelle.

10 – CSG (contribution sociale généralisée)

Créée en 1991, la contribution sociale généralisée (CSG) est un impôt dû par les personnes physiques domiciliées en France pour l'impôt sur le revenu. C'est un prélèvement à la source sur la plupart des revenus, son taux variant selon le type de revenu et la situation de l'intéressé. La CSG sert à financer une partie des dépenses de Sécurité sociale relevant des prestations familiales, des prestations liées à la dépendance, de l'assurance maladie et des prestations non contributives des régimes de base de l'assurance vieillesse.

11 – CRDS (contribution à la réduction de la dette sociale)

La contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS) est un impôt créé en 1996 pour résorber l'endettement de la Sécurité sociale. Les personnes physiques domiciliées en France pour l'impôt sur le revenu sont redevables de la CRDS. La CRDS s'applique à une assiette de revenu plus large que celle de la CSG.

La CRDS est un prélèvement à la source sur les revenus d'activité, revenus de remplacement (indemnités de chômage, etc.), revenus du patrimoine et revenus de placements. Un taux unique est appliqué sur le revenu brut, quel que soit le revenu concerné.

12 – TM (ticket modérateur)

Le ticket modérateur (TM) est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part et que la participation forfaitaire de l'assuré est soustraite. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, et s'applique sur tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, achat de médicaments prescrits, etc.



On aime vous voir sourire