



La sélection d'une langue déclenchera automatiquement la traduction du contenu de la page.

Français

Mutuelle d'entreprise (complémentaire santé) : obligations de l'employeur

Vérfifié le 11 mars 2020 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Tout employeur du secteur privé (entreprise et association) a l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à ses salariés (sauf ceux qui en ont déjà une). Un particulier qui emploie un salarié à domicile n'est pas concerné. Certains salariés en contrat court peuvent être dispensés d'adhérer à la mutuelle collective et bénéficier d'un versement santé délivré par l'employeur.

Obligation de l'employeur

L'employeur doit faire bénéficier **tous ses salariés qui ne disposent pas déjà d'une couverture complémentaire**, quelle que soit leur ancienneté dans l'entreprise, d'un régime de remboursement complémentaire des frais de santé.

L'entreprise choisit librement l'assureur, auprès de qui elle négocie le contrat d'assurance.

L'employeur doit transmettre un bulletin d'adhésion au salarié qui n'a aucune démarche à faire. Il reçoit ensuite une attestation d'affiliation à la complémentaire santé.

Les partenaires sociaux de la branche peuvent recommander un organisme. Dans ce cas, cette recommandation doit intervenir après une procédure de mise en concurrence préalable.

La couverture des ayants droit (enfants ou conjoint) du salarié n'est pas obligatoire, mais l'employeur (ou les partenaires sociaux) peut décider de les couvrir aussi.

La couverture collective obligatoire 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) ;
- le contrat est obligatoire pour les salariés, sauf dans **les cas où le salarié peut refuser la mutuelle** (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740>).

La participation de l'employeur doit couvrir au minimum la moitié du financement de l'ensemble de la couverture santé collective et obligatoire des salariés en matière de remboursement complémentaire des frais de santé ou de maternité (même si elle est supérieure à la cotisation minimale).

En cas d'employeurs multiples, un salarié déjà couvert par un contrat collectif de l'un de ses employeurs peut refuser de souscrire aux autres contrats. Il doit justifier de cette protection auprès des autres employeurs au moyen d'un justificatif annuel d'adhésion.

➡ **A savoir** : en cas de suspension du contrat de travail, la couverture doit être maintenue lorsque le salarié est en cours d'indemnisation (arrêt maladie, par exemple). En revanche, l'employeur n'est pas tenu de maintenir la mutuelle quand la suspension n'est pas indemnisée (congé parental, par exemple). Les salariés dont le contrat est rompu pour un autre motif qu'une faute lourde bénéficient du maintien de cette couverture pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage.

Panier de soins minimal

Le panier de soin doit répondre au cahier des charges des contrats responsables. La couverture « frais de santé » établie par l'employeur doit donc :

- prévoir des planchers et des plafonds de remboursement pour certains frais (optique) ;
- et exclure la prise en charge de certaines dépenses.

Le **panier de soins minimal** (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20739>) doit proposer les garanties suivantes :

- intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- totalité du forfait journalier hospitalier (20 € par jour en hôpital ou clinique/ 15 € par jour au service psychiatrique d'un établissement de santé) ;
- 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 de 100 € pour des verres simples et la monture/ 150 € pour des verres complexes et la monture).

Versement santé

Salariés concernés

L'employeur doit proposer une mutuelle à tous les salariés, y compris aux apprentis.

Cependant, il peut délivrer une dispense d'adhésion à la mutuelle d'entreprise aux salariés, notamment :

- en contrat de travail à durée déterminée (CDD) de moins de 3 mois ;

- en contrat de mission de moins de 3 mois (intérimaires) ;
- à temps partiel (jusqu'à 15 heures par semaine).

Ces salariés peuvent :

- soit souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ;
- soit demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé.

Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte si la couverture collective obligatoire est au moins de 3 mois, quelle que soit la durée du contrat.

Le versement santé peut également être mis en place :

- à l'initiative des partenaires sociaux (par accord collectif de branche ou par accord d'entreprise) ;
- par décision unilatérale de l'employeur.

D'autres salariés peuvent être dispensés, à leur demande, de l'obligation d'adhésion :

- les salariés bénéficiaires d'une couverture individuelle lors de la mise en place du régime collectif obligatoire ou lors de leur embauche si elle est postérieure. La dispense s'applique jusqu'à la l'échéance du contrat individuel ;
- les salariés bénéficiaires de la CMUC ou de l'ACS. La dispense s'applique jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de la CMUC ou de l'ACS ;
- les salariés, y compris en tant qu'ayants droit, bénéficiaires de prestations servies au titre d'un autre emploi de l'un de ces dispositifs : complémentaire santé collective obligatoire, régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), mutuelle des agents de l'État et des collectivités territoriales, notamment.

Dans le cas où le salarié contracte 2 contrats successifs de moins de 3 mois et que la durée globale des 2 contrats dépasse 3 mois, le versement santé est dû uniquement au titre du premier contrat.

Lorsque plusieurs CDD sont conclus avec le même salarié, sans être successifs, le versement santé doit être pris en compte contrat par contrat.

Calcul de la contribution de l'employeur

Le versement santé est financé par l'employeur.

Le montant des versements est calculé chaque mois en fonction d'un montant de référence auquel est appliqué un coefficient.

Ce montant de référence correspond à la contribution mensuelle de l'employeur au financement de la couverture collective de la catégorie à laquelle appartient le salarié. Elle tient compte, si nécessaire, de la rémunération du salarié.

Si le montant de la contribution ne peut pas être déterminé pour la catégorie du salarié, le montant de référence est fixé à 16,34 € (ou 5,45 € pour le régime local Alsace-Moselle).

Le coefficient appliqué au montant de référence est de :

- 105 % pour les salariés en CDI ;
- 125 % pour les salariés en CDD ou en contrat de mission.

Par exemple, si un employeur verse une contribution forfaitaire de 60 € pour chacun de ses salariés d'une certaine catégorie, pour un salarié en CDI de cette catégorie, qui travaille 50 heures par mois, le montant de référence est calculé comme suit : $60 \times (50/151,67) = 19,78$, auquel est appliqué le coefficient de 105 %. Le montant mensuel à verser pour ce salarié est de 20,77 € ($19,78 \times 105 \%$).

L'employeur bénéficie d'une exonération de cotisations sociales sur ces versements, sauf en ce qui concerne la **CSG-CRDS** (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2971>) et le **forfait social** (<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F31532>) dans les entreprises d'au moins 11 salariés.

Textes de référence

- Code de la sécurité sociale : articles L911-1 à L911-8 [🔗](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006156295) (<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006156295>)
Obligations de l'employeur
- Code de la sécurité sociale : articles D911-0 à D911-8 [🔗](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000029436177&cidTexte=LEGITEXT000006073189) (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000029436177&cidTexte=LEGITEXT000006073189>)
Contenu de la mutuelle obligatoire
- Code de la sécurité sociale : articles R871-1 et R871-2 [🔗](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006141959&cidTexte=LEGITEXT000006073189) (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006141959&cidTexte=LEGITEXT000006073189>)
Aide aux dispositifs d'assurance maladie complémentaire
- Code de la sécurité sociale : articles R242-1-1 à R242-1-6 [🔗](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186434&cidTexte=LEGITEXT000006073189) (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186434&cidTexte=LEGITEXT000006073189>)
- Instruction DSS du 30 janvier 2015 sur les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales [🔗](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39195) (<http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=39195>)
- Arrêté du 26 février 2020 fixant pour 2020 le montant de référence servant au calcul du chèque santé [🔗](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041708370&dateTexte=&categorieLien=id) (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041708370&dateTexte=&categorieLien=id>)