

# Mémento social 2025

Vos chiffres clés  
de la protection sociale collective



**malakoff  
humanis**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE



## 1 Données sociales



## 2 Données sociales retraite



## 3 Prestations sociales



## 4 Traitement fiscal et social des prestations



## 5 Les réformes de la Sécurité sociale



## 6 Contrats assurances collectives



## 7 Lexique

Les informations contenues dans le document sont arrêtées en date du 1<sup>er</sup> janvier 2025.



# 01 • Données sociales



## Plafond de la Sécurité sociale

Mensuel (PMSS<sup>(1)</sup>) : 3 925€ (3 864€ en 2024)

Annuel (PASS<sup>(1)</sup>) : 47 100€ (46 368€ en 2024)

## SMIC au 01/01/2025 (valeurs brutes)

Horaire : 11,88 € (11,65€ en 2024)

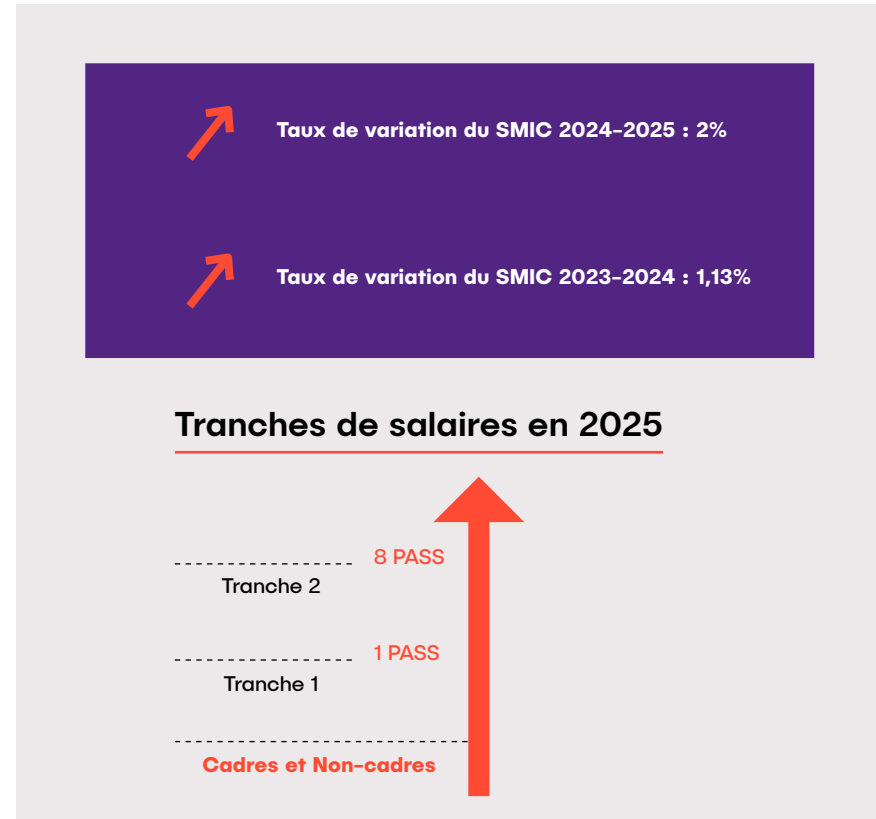
Mensuel : 1801,80€ (1 766,92€ pour 2024)

## Tranches de salaires

Cadres et Non-cadres		
	Mensuel	Annuel
Tranche 1	entre 0€ et 3 925€	entre 0€ et 47 100€
Tranche 2	entre 3 925€ et 31 400€	entre 47 100€ et 376 800€

### À NOTER

Le montant du SMIC est fixé par décret (décret n° 2024-951 du 23 octobre 2024)





## 02 • Données sociales retraite



### Retraite complémentaire

Valeur d'achat du point Agirc-Arrco		Valeur du point Agirc-Arrco 2025 : 1,4386 €	
2024	2025	Valeur de conversion du point Agirc : 0,347791548 €	
19,6321 €	20,1877 €	Multipliée par le nombre de points acquis, la valeur du point permet de calculer le montant annuel de retraite à percevoir.	
Depuis le 1 <sup>er</sup> 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 : 0,347791458 €).			

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 %*
<b>Régime Agirc-Arrco</b>				
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.

### Age de la retraite à taux plein :

Année de naissance	Age légal (hors départs anticipés)	Durée d'assurance requise après réforme	Trimestres supplémentaires après réforme
1960	62 ans	167 trimestres	0
1 <sup>er</sup> janvier - 31 août 1961	62 ans	168 trimestres	0
1 <sup>er</sup> septembre - 31 décembre 1961	62 ans et 3 mois	169 trimestres	1
1962	62 ans et 6 mois	169 trimestres	1
1963	62 ans et 9 mois	170 trimestres	2
1964	63 ans	171 trimestres	2
1965	63 ans et 3 mois	172 trimestres	3
1966	63 ans et 6 mois	172 trimestres	3
1967	63 ans et 9 mois	172 trimestres	2
1968	64 ans	172 trimestres	2
1969	64 ans	172 trimestres	2
1970	64 ans	172 trimestres	1
1971	64 ans	172 trimestres	1
1972	64 ans	172 trimestres	1
1973	64 ans	172 trimestres	0

Pour les personnes qui n'ont pas pu obtenir la durée d'assurance requise, l'âge de la retraite à taux plein (sans décote) reste fixé à 67 ans.



### Les conditions d'ouverture des droits à la retraite complémentaire depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2023

Pour tenir compte du report de l'âge légal de départ à la retraite opéré par la réforme des retraites de 2023, sachant que les conditions d'ouverture des droits à la retraite complémentaire sont alignées sur celles du régime général, les partenaires sociaux ont décidé de supprimer les coefficients de minoration et majoration temporaires.

Les assurés peuvent demander leur retraite complémentaire à taux plein à partir de l'âge légal de la retraite, fixé entre 62 à 64 ans selon leur date de naissance s'ils ont la durée d'assurance requise par le régime de retraite général de la Sécurité sociale permettant d'obtenir le taux plein.

Rappel du dispositif des coefficients de minoration et de majoration temporaires mis à place à partir du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 :

- Il concerne les personnes nées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1957 qui demandent leur retraite complémentaire avant le 1<sup>er</sup> décembre 2023 et qui remplissent les conditions du taux plein dans le régime de retraite de base de la Sécurité sociale.



Suppression du coefficient de solidarité à compter du :

- 1<sup>er</sup> décembre 2023 pour les retraites prenant effet à compter de cette date,
- du 1<sup>er</sup> avril 2024 pour les retraites qui ont pris effet avant 1<sup>er</sup> décembre 2023.

Suppression du coefficient de majoration pour les retraites prenant effet au 1<sup>er</sup> décembre 2023



## 03 • Prestations sociales du régime général



### Barème de remboursement de la Sécurité sociale (applicable au 22 décembre 2024)

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé***
<b>Médecins dans le parcours de soins</b>			
Généraliste Secteur 1			
Généraliste Secteur 2 <b>OPTAM</b> <sup>(4)</sup>	30,00 €	70 %	19,00 €
Généraliste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	70 %	14,10 €
Spécialiste Secteur 1*	31,50 €	70 %	20,05 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM*			
Spécialiste Secteur 2 honoraires libres*	23,00 €	70 %	14,10 €
Cardiologue Secteur 1*	52,50 €	70 %	34,75 €
Cardiologue Secteur 2 OPTAM*			
Cardiologue Secteur 2 honoraires libres*	47,73 €	70 %	31,41 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 1*	55,00 €	70 %	36,50 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 OPTAM*	55,00 €	70 %	36,50 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 honoraires libres*	42,50 €	70 %	27,75 €
<b>Hospitalisation</b>			
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 €
<b>Auxiliaires Médicaux**</b>			
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.

\*\*\* Les montants remboursés tiennent compte de la participation forfaitaire à 2 euros.

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
<b>Dentaire</b>			
Couronne	Montant variable* 107,50 € à 120 €	60 %	Montant variable*
Appareil dentaire de transition	64,40 €	60 %	38,64 €
Appareil dentaire complet (14 dents)	182,75 €	60 %	109,65 €
Bridge de trois éléments (2 dents piliers + 1 élément intermédiaire pour remplacer une dent absente - les dents piliers doivent être abîmées)	279,50 €	60 %	167,70 €
Orthodontie accepte traitement par semestre	193,50 €	100 %	193,50 €
<b>Optique</b>			
Monture pour les bénéficiaires	Classe A : 9,00 € Classe B : 0,05 €	60 %	Classe A : 5,40 € Classe B : 0,03 €
Verres	Classe A : mini 6 € à 51 € Classe B : 0,05€	60 %	Classe A : mini 3,6 € à 30,60 € Classe B : 0,03€
<b>Aides auditives</b>			
Pour les bénéficiaires de ≤ 20 ans	1 400 €	60 %	840 €
Pour les bénéficiaires de > 20 ans	400 €	60 %	240 €
<b>Pharmacie</b>			
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<sup>er</sup> 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.



## 03 • Prestations sociales du régime général



### Parcours de soins coordonnés

(applicables au 22 décembre 2024)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
<b>Médecin traitant généraliste</b>		
Généraliste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 70 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 70 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 70 % de 23,00 €
<b>Médecin spécialiste</b>		
Spécialiste Secteur 1*	C = 31,50 €	Rb = 70 % de 31,50 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM*	C= Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 70 % de 31,50 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM*	C = Honoraires libres	Rb = 70 % de 23,00 €

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

\* Médecins correspondants consultés sur avis du médecin traitant.

### Parcours de soins non coordonnés

(applicables au 22 décembre 2024)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
<b>Médecin traitant généraliste</b>		
Généraliste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 30 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 30 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 30 % de 23,00 €
<b>Médecin spécialiste</b>		
Spécialiste Secteur 1	C = 26,50 €	Rb = 30 % de 26,50 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C= Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 30 % de 26,50 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 30 % de 23,00 €

### Participation forfaitaire et franchise médicale

2 € par consultation, acte médical, examen de radiologie, analyse de biologie médicale

- Plafond journalier de 8 € si l'assuré consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la journée
- Plafond annuel de 50 € et par personne

1 € par médicament et par acte paramédical

4 € par transport sanitaire

- Plafond journalier de 4 € sur les actes paramédicaux
- Plafond journalier de 8 € 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<sup>e</sup> jour après l'accouchement ;
- les personnes bénéficiant de la **CSS<sup>(6)</sup>** et **AME<sup>(6)</sup>**.

#### 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 régime local<sup>(7)</sup>



### Barème de remboursement de la Sécurité sociale (applicable au 22 décembre 2024)

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé***
<b>Médecins dans le parcours de soins</b>			
Généraliste Secteur 1			
Généraliste Secteur 2 OPTAM	30,00 €	90 %	25,00 €
Généraliste Secteur 2 honoraires libres	23,00 €	90 %	18,70 €
Spécialiste Secteur 1*			
Spécialiste Secteur 2 OPTAM*	31,50 €	90 %	26,35 €
Spécialiste Secteur 2 honoraires libres*	23,00 €	90 %	18,70 €
Cardiologue Secteur 1*			
Cardiologue Secteur 2 OPTAM*	52,50 €	90 %	45,25 €
Cardiologue Secteur 2 honoraires libres*	47,73 €	90 %	40,95 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 1*	55,00 €	90 %	47,50 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 OPTAM*	55,00 €	90 %	47,50 €
Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue Secteur 2 honoraires libres*	42,50 €	90 %	36,25 €
<b>Hospitalisation</b>			
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 €
<b>Auxiliaires Médicaux**</b>			
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.

\*\*\* Les montants remboursés tiennent compte de la participation forfaitaire à 2 euros.

Principaux soins	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
<b>Dentaire</b>			
Couronne	107,50 €/120 €	90 %	Montant variable
Prothèse transitoire	64,40 €	90 %	57,96 €
<b>Optique</b>			
Monture pour les bénéficiaires	Classe A : 9,00 € Classe B : 0,05 €	90 %	Classe A : 8,10 € Classe B : 0,05 €
Verres	Variable	90 %	Variable
<b>Pharmacie</b>			
Médicaments irremplaçables	–	100 %	–
Médicaments à service médical rendu majeur	–	90 %	–
Médicaments à service médical rendu modéré	–	80 %	–
Médicaments à service médical rendu faible	–	15 %	–
<b>Auditif</b>			

#### À NOTER

La prise en charge à 100 % des téléconsultations pour tous les patients, mise en place de façon exceptionnelle dans le cadre de la crise sanitaire, prend fin le 30 septembre 2022.

À compter du 1er octobre, les téléconsultations sont à nouveau remboursées par l'Assurance Maladie à hauteur des consultations classiques en cabinet médical (se référer au barème de remboursement de la Sécurité sociale – pages 6,7 et 8).





## 03 • Prestations sociales du régime local



### Parcours de soins coordonnés

(applicable au 22 décembre 2024)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
<b>Médecin traitant généraliste</b>		
Généraliste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 90 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 90 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 90 % de 23,00 €
<b>Médecin spécialiste</b>		
Spécialiste Secteur 1*	C = 31,50 €	Rb = 90 % de 31,50 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM*	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 90 % de 31,50 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM*	C = Honoraires libres	Rb = 90 % de 23,00 €

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

\* Médecins correspondants consultés sur avis du médecin traitant.

### Parcours de soins non coordonnés

(applicable au 22 décembre 2024)

Secteur	Tarif	Taux de remboursement
<b>Médecin traitant généraliste</b>		
Généraliste Secteur 1	C = 30,00 €	Rb = 50 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 50 % de 30,00 €
Généraliste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 50 % de 23,00 €
<b>Médecin spécialiste</b>		
Spécialiste Secteur 1	C = 26,50 € maximum	Rb = 50 % de 26,50 €
Spécialiste Secteur 2 OPTAM	C = Honoraires avec dépassement maîtrisé	Rb = 50 % de 26,50 €
Spécialiste Secteur 2 hors OPTAM	C = Honoraires libres	Rb = 50 % de 23,00 €

### Participation forfaitaire et franchise médicale

- 2 € par consultation, acte médical, examen de radiologie, analyse de biologie médicale
- **Plafond journalier de 8 €** si l'assuré consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la journée
  - **Plafond annuel de 50 €** et par personne

- 1 € par médicament et par acte paramédical  
4 € par transport sanitaire

- **Plafond journalier de 4 €** sur les actes paramédicaux
- **Plafond journalier de 8 €** 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<sup>e</sup> jour après l'accouchement ;
- les personnes bénéficiant de la **CSS<sup>(6)</sup>** et **AME<sup>(6)</sup>**.

#### 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...



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

	Mode de calcul	Montant maximum
<b>Arrêt de travail pour maladie : vos indemnités journalières</b>		
Du 4 <sup>e</sup> au 360 <sup>e</sup> jour	50 % du salaire journalier de base dans la limite de 1,4 fois le SMIC mensuel à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2025	53,31 €
<b>Arrêt de travail pour maladie professionnelle ou accident de travail : vos indemnités journalières</b>		
Du 1 <sup>er</sup> au 28 <sup>e</sup> jour	60 % du salaire journalier de base, dans la limite de 392,81 €	235,69 €
À partir du 29 <sup>e</sup> jour (revalorisation possible à compter du 3 <sup>e</sup> mois d'arrêt, en cas d'augmentation générale des salaires)	80 % du salaire journalier de base, dans la limite de 392,81 €	314,25 €
<b>Congé maternité : vos indemnités journalières</b>		
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	101,94 €

#### 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 2025



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

	Mode de calcul	Montant maximum
<b>Invalidité<sup>(9)</sup> : pension d'invalidité mensuelle (au 1<sup>er</sup> avril 2024)</b>		
1 <sup>re</sup> catégorie	30 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS	1 177,50 €
2 <sup>e</sup> catégorie	50 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS	1 962,50 €
3 <sup>e</sup> catégorie	50 % du salaire annuel moyen, plafonné au PASS + Majoration de 40 % pour tierce personne	1 962,50 € + 1 266,60 €
<b>Incapacité<sup>(8)</sup> permanente (AT/MP)</b>		
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)]	
<b>Décès : capital</b>		
Bénéficiaires prioritaires ou non prioritaires	Montant forfaitaire	3 910 € pour un salarié 9 420 € pour un travailleur indépendant non retraité 3 768 € pour un travailleur indépendant retraité

#### À NOTER

Seul le capital décès du salarié est revalorisé au 1<sup>er</sup> 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 (CSG <sup>(10)</sup> à 6,2 % et CRDS <sup>(11)</sup> 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 mon- tant 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

Le dispositif "Mon Soutien Psy" permet la prise en charge de 8 séances par an par un psychologue conventionné au tarif de 30 € sans dépassement d'honoraires. L'assurance maladie couvre à hauteur de 60 % et les complémentaires (dans le cadre du contrat responsable) à hauteur de 40 % (TM)

Prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations a priori jusqu'au 30/09/2022

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.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 le forfait patient urgence est en vigueur  
- 19,61 € normal  
- 8,49 € réduit

Depuis le 1<sup>er</sup> 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

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2023, prise en charge par l'assurance maladie de la télésurveillance médicale effectuées pour des patients atteints d'insuffisance respiratoire, de diabète, d'insuffisance rénale et d'insuffisance cardiaque.

Pas de reconduction de la taxe OCAM (des organismes complémentaires d'assurance maladie) de 0.8% sur les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'indemnisation des salariés en arrêt de travail Covid sans jours de carence est prolongée jusqu'au 31 janvier 2023.

Renforcement du dispositif «Mon Soutien Psy» : le nombre de séances remboursées par la Sécurité Sociale par an passent de 8 à 12. Le tarif de la séance passe de 30€ à 50€.

La participation forfaitaire de 1 € est portée à 2 € sur toutes les consultations, acte médicale, analyses de biologie médicale, examen de radiologie. Avec un plafond journalier à 8 €

La prescription d'un arrêt de travail de plus de 3 jours et le renouvellement d'un arrêt de travail ne pourront plus se faire par téléconsultation (sauf si prescription par le médecin traitant)

Remboursement à 60% par l'assurance maladie des protections hygiéniques réutilisables pour les femmes de moins de 26 ans et sans limite d'âge pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Nouveau calcul des indemnités journalières et baisse du plafond du revenus d'activités antérieurs de 1.8 à 1.4 SMIC, applicable à partir du 1<sup>er</sup> avril 2025.

La consultation chez le médecin traitant passe à 30 € dès décembre 2024, renforçant ainsi son rôle central dans le parcours de soins.

Le suivi médical des enfants est renforcé avec un nouveau calendrier des examens obligatoires, une refonte du carnet de santé et des examens bucco-dentaires désormais réalisés chaque année de 3 à 24 ans (au lieu de tous les trois ans).

2022

2023

2024

2025



## 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.



# 06 • Contrat assurances collectives



## Cas de dispense d'affiliation en santé

Salariés	Observations
<b>Dispense d'affiliation de droit, sur simple demande, même sans mention dans l'acte juridique instituant le régime</b>	
<b>Salariés embauchés avant la mise en place du régime</b>	Régime mis en place par une décision unilatérale de l'employeur comportant un précompte salarial
<b>Salariés en CDD ou en contrat de mission</b>	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
<b>Salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) (anciennement CMU-C et ACS)</b>	Jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture <b>CSS<sup>(5)</sup></b>
<b>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</b>	Dispense possible jusqu'à l'échéance annuelle du contrat individuel
<b>Les salariés bénéficiant, par ailleurs, y compris en tant qu'ayant droit, d'une des couvertures suivantes :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• complémentaire santé collective et obligatoire ;</li> <li>• régime local en vigueur dans les départements du Bas-Rhin du Haut-Rhin et de la Moselle ;</li> <li>• régime complémentaire relevant de la CAMIEG ;</li> <li>• mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales ;</li> <li>• contrat d'assurance dit « Madelin » ;</li> </ul>	Dispense possible jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause





## 06 • Contrat assurances collectives



### Cas de dispense d'affiliation en santé

Salariés	Observations
<b>Dispenses pouvant être prévues par l'acte (initial ou modifiant) fondateur du régime (décision unilatérale, référendum, accord ou convention collective)</b>	
<b>Apprentis et salariés en CDD-titulaires d'un contrat de travail de moins de 12 mois</b>	Même s'ils n'ont pas bénéficié d'une couverture individuelle souscrite
<b>Apprentis et salariés en CDD-titulaires d'un contrat de travail ou de mission d'au moins 12 mois</b>	Sur justificatif d'une couverture individuelle responsable souscrite pour le même type de garantie
<b>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</b>	Pas de justificatif spécifique demandé
<b>Les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations au titre d'un autre emploi dans le cadre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• du régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;</li><li>• de la caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.</li></ul>	



# 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	Minimum : 50€ par équipement*
Verres simples et complexes	Minimum : 125 € par équipement*
Verres complexes	Minimum : 200€ par équipement*

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

Financement	50 % minimum de la couverture en frais de santé 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 <b>TM<sup>(12)</sup></b>	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
<b>Optique</b> (pour les prestations hors 100 % santé)		
Équipement verres simples	50 €	420 € (dont 100 € maxi pour la monture)
Équipement verre simple et verre complexe	125 €	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)	125 €	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 € dont 100 € maxi pour la monture
<b>Monture</b> (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
<b>Dentaire</b>	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 %) - 20 % par rapport à prise en charge des dépassements des médecins adhérent à l'OPTAM
<b>Audioprothèse</b>	160 € (en complément du remboursement sécu de 240 €)	- 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	<b>Renouvellement :</b> 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.		
	<b>Possibilité de choix pour un équipement mixte :</b> 2 verres « 100 % santé » et 1 monture à tarif libre ou 1 monture « 100 % santé » et 2 verres à tarifs libres.		
	<b>Prise en charge intégrale</b> Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des prix limites de vente.	<b>Suppression des BRSS différenciées</b> enfants/adultes.  <b>Obligation de prise en charge</b> du TM.  <b>Nouveau plafond</b> de la prise en charge des montures <b>fixé à 100 €</b> depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2020.	<b>Nouveaux planchers de prise en charge</b> pour l'équipement (verres + montures) <b>au 1<sup>er</sup> janvier 2020.</b> <b>Nouveau plafond</b> de la prise en charge des montures <b>fixé à 100 €</b> depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2020.
DENTAIRE	<b>100 % santé</b> Prothèses céramiques monolithiques sur les dents visibles et métalliques sur les dents non visibles	<b>Maîtrisé</b> Certaines prothèses céramiques monolithiques et céramométalliques principalement sur les dents non visibles	<b>Libre</b> Autres prothèses
	<b>Prise en charge intégrale</b> Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des honoraires limites de facturation.	<b>100 % du TM obligatoire.</b>  <b>Absence de plafonds de remboursement.</b>	<b>Couverture minimale</b>  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.		
	<b>Prise en charge intégrale</b> Assurance Maladie obligatoire + Complémentaire santé dans la limite des prix limites de vente.	<b>Obligation de prise en charge du TM.</b>  <b>Prise en charge selon les garanties du contrat avec un nouveau plafond</b> de remboursement de <b>1 700 € par oreille</b> (remboursement obligatoire + remboursement complémentaire) <b>depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.</b>	<b>100 % du ticket modérateur par aide auditive.</b>

## 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

- Couronne métallique (toutes les dents), couronne céramique zircone (incisives, canines et prémolaires), couronne céramo-métallique et céramique (incisives, canines et 1<sup>es</sup> prémolaires).
- Inlays core et couronnes transitoires.
- Bridge métallique et bridge céramo-métallique.
- 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.



## 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 à partir de l'un des 5 critères énumérés selon l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.
	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	<p>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 ».</p> <p>Les contrats responsables ont l'interdiction de rembourser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins ;</li> <li>• les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés dans la limite de 8 € (règle générale).</li> </ul> <p>Parallèlement, un contrat « solidaire » permet à chacun de s'assurer quel que soit son état de santé (pas de questionnaire médical).</p>
	Le contrat doit être formalisé dans un acte de droit du travail
Contrat santé et prévoyance	<p>Accord collectif national</p> <p>Accord référendaire</p> <p>Décision Unilatérale de l'employeur</p>

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

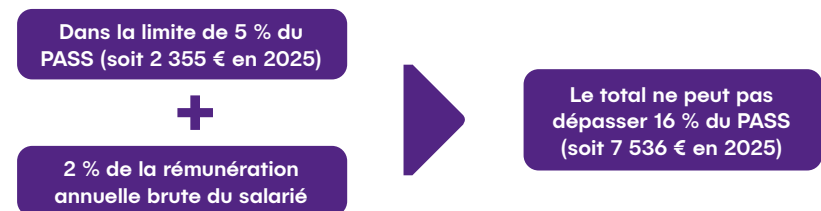
Les contributions patronales aux régimes santé et prévoyance sont exonérées de cotisations sociales dans les limites suivantes :



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.



## 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 47 100 € (1 PASS en 2025)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cotisations déductibles jusqu'à 10 % des bénéfices</li></ul> <p>Si les revenus bruts imposables sont compris entre 1 et 8 PASS</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cotisations déductibles jusqu'à 15 % des bénéfices bruts imposables</li></ul>	Dans la limite de 8 PASS (soit 376 800 € en 2025)
Prévoyance et santé	7 % du PASS (3 297 €) + 3,75 % du revenu imposable	Dans la limite de 3 % de 8 PASS (soit 11 304 €)



## **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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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](http://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<sup>er</sup> 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**