

**Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif aux garanties d'assurance
complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du
code de la sécurité sociale.**

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret précise le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016 et pour lesquelles elles doivent, avant cette échéance, engager une négociation.

Ainsi, ces garanties devront couvrir l'intégralité du ticket modérateur à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, le forfait journalier hospitalier, les dépenses de frais dentaires à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité ainsi que les dépenses de frais d'optique, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). S'agissant des salariés relevant du régime obligatoire local d'Alsace-Moselle, les prestations versées au titre de la couverture complémentaire seront déterminées après déduction de celles déjà garanties par le régime obligatoire ; en conséquence, les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié seront réduites à hauteur du différentiel de prestations correspondant.

Par ailleurs, le décret précise les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation, pour leur propre couverture ou pour celle de leurs ayants droit.

Article 1

Au titre Ier du livre IX du code de la sécurité sociale, il est créé un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier « Détermination des garanties complémentaires des salariés

« Art. D. 911-1.-Les garanties mentionnées au II de l'article L. 911-7 comprennent :

« 1° Sous réserve des dispositions des 3° et 4° du présent article, la prise en charge de l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 322-1 à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° de ce dernier article et à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L. 322-2 ;

« 2° La prise en charge, sans limitation de durée, du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° La prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale ;

« 4° Un forfait de prise en charge des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans la limite des frais exposés par l'assuré. Ce forfait est fixé au minimum à :

« a) 100 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« b) 150 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) 200 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

« S'agissant des lunettes, le forfait mentionné au 4° du présent article couvre les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de deux ans, pour un équipement composé de deux verres et d'une monture. Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

« Art. D. 911-2.-La décision unilatérale de l'employeur instituant une couverture minimale à adhésion obligatoire en application de l'article L. 911-7 peut prévoir la faculté pour les salariés relevant de certaines catégories d'être dispensés, à leur initiative, de l'adhésion au dispositif, sous réserve que ces catégories correspondent à tout ou partie de celles définies à l'article R. 242-1-6, sous les conditions définies à cet article.

« Art. D. 911-3.-Lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6. »

Article 2

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 8 septembre 2014.