

NOTE TECHNIQUE SUR LE
REGIME COMPLEMENTAIRE DE COUVERTURE DES FRAIS DE SANTE
MIS EN PLACE AU PROFIT DES
SALARIES DES ORGANISMES DU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

SOMMAIRE

LE CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

- 1 - Les organismes du régime général de sécurité sociale**
- 2 - Les organismes dont l'adhésion au régime est acceptée par la Commission paritaire de pilotage**

LA GESTION DU REGIME

LE REGIME DES SALARIES

1 - Les adhérents à titre obligatoire

11 - Les salariés

- 111 - Les salariés concernés
- 112 - La situation en cas de suspension du contrat de travail
- 113 - Les dispenses d'adhésion

12 - Les ayants droit à titre obligatoire

- 121 - L'adhésion à titre obligatoire de la famille à charge
- 122 - Les dispenses d'adhésion

13 - Les cotisations

- 131 - La répartition entre cotisation "isolé" et cotisation "famille"
- 132 - La structure des cotisations
- 133 - Le montant des cotisations et leur répartition

2 - Les adhérents à titre facultatif

21 - Les salariés dont le contrat de travail est suspendu

22 - Les ayants droit à titre facultatif

- 221 - Le conjoint dit non à charge et ses enfants
- 222 - L'enfant de l'enfant couvert par le régime à titre d'ayant droit d'un salarié

23 - Les cotisations

3 - Les opérations d'intégration au régime

31 - Les opérations préalables à l'intégration au régime

311 - La consultation du Comité d'entreprise

312 - La dénonciation des contrats en cours

32 - Les opérations d'affiliation

LES GARANTIES

ANNEXES :

- LEXIQUE
- AFFILIATION DES SALARIES EN ACTIVITE (tableau récapitulatif)

LE CHAMP D'APPLICATION DE L'ACCORD

Le Protocole d'accord a pour objet de mettre en place un régime complémentaire de frais de santé au bénéfice des salariés des organismes de Sécurité sociale.

L'article premier du Protocole d'accord définit son champ d'application en visant deux types d'organismes :

- les organismes du régime général de Sécurité sociale et leurs établissements ;
- les organismes dont l'adhésion au régime aura été acceptée par la Commission paritaire de pilotage.

1 - Les organismes du régime général de sécurité sociale

A l'égard des organismes du régime général de Sécurité sociale, l'accord précise qu'il concerne *"y compris ceux qui ont mis en œuvre, antérieurement au présent accord, un régime de garantie de frais de santé à caractère obligatoire"*.

Afin de se mettre en conformité avec les dispositions du protocole d'accord, les organismes concernés devront dès lors dénoncer le contrat conclu au plan local, et leurs salariés résilier le contrat les liant à l'opérateur retenu au plan local.

2 - Les organismes dont l'adhésion au régime est acceptée par la Commission paritaire de pilotage

La Commission paritaire de pilotage est une instance, mise en place par l'accord, qui a pour mission générale de veiller aux conditions d'application de celui-ci.

C'est elle qui a compétence pour accepter, ou refuser, l'adhésion au régime d'un organisme qui en fait la demande.

La seule condition exigée est que cet organisme *"soit tenu à l'égard de tout ou partie de ses salariés par une ou plusieurs des conventions collectives nationales de travail applicables au sein du régime général de la Sécurité sociale"* (art. 18).

Peuvent être ainsi, notamment, concernés des comités d'entreprise, qui souhaiteraient faire bénéficier leurs propres salariés des dispositions de l'accord.

LA GESTION DU REGIME

Le Protocole d'accord du 12 août 2008 confie à une Commission paritaire de pilotage le soin de veiller aux conditions de sa mise en œuvre.

Cette Commission est composée de façon paritaire de 10 représentants des organisations syndicales nationales, et de 10 représentants des directions des caisses nationales et des organismes locaux.

C'est elle qui a, notamment, pour rôle d'homologuer les assureurs qui auront en charge la gestion du régime.

Dans ce cadre, trois opérateurs ont été retenus :

- l'AG2R Prévoyance ;
- Médéric Prévoyance ;
- l'UNPMF (Union nationale de prévoyance de la Mutualité française).

La règle qui a été retenue est qu'un seul assureur soit compétent pour un organisme donné.

Ainsi l'organisme n'aura qu'un seul interlocuteur pour l'ensemble de ses salariés.

LE REGIME DES SALARIES

1 - Les adhérents à titre obligatoire

L'article 2 du Protocole d'accord du 12 août 2008 pose le principe de l'adhésion obligatoire au régime des salariés et de leurs ayants droit tels que définis par l'article 3.2.

Il tire les conséquences de ce caractère obligatoire en précisant que *"l'adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail, et les salariés concernés ne peuvent s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations"*.

Des dérogations sont toutefois prévues pour tenir compte de situations particulières, et éviter des risques de double affiliation.

11 - Les salariés

111 - Les salariés concernés

Aux termes de l'article 3.1. du Protocole d'accord du 12 août 2008, le régime mis en place concerne *"l'ensemble des salariés des organismes du régime général de Sécurité sociale et de leurs établissements, à l'exception, des praticiens conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la Sécurité sociale"*.

S'agissant pour les salariés d'un régime à adhésion obligatoire, l'ensemble du personnel est concerné par le dispositif, qu'il relève ou non, par ailleurs, des dispositions de la convention collective.

Seuls les agents régis par le statut de la fonction publique et les praticiens conseils sont exclus du dispositif.

En ce qui concerne ces derniers, l'article 3.1. prévoit qu'ils *"pourront bénéficier du présent accord dès lors qu'une mesure spécifique les concernant sera adoptée"*.

Dans le cadre ainsi défini, une démarche a été initiée afin qu'une demande d'adhésion au régime, en faveur des intéressés, soit formulée auprès de la Commission paritaire de pilotage.

112 - La situation en cas de suspension du contrat de travail

A l'occasion d'une suspension du contrat de travail, le bénéfice des garanties prévues par le Protocole d'accord est maintenu dans le cas :

- d'un arrêt de travail emportant maintien total ou partiel du salaire ;
- d'arrêt de travail pour maladie ou accident du travail, qu'il y ait ou non maintien de salaire ;
- de congé de maternité ou d'adoption avec ou sans maintien de rémunération ;
- de congé parental d'éducation non rémunéré, dans la limite d'un an ;
- de congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an.

Cette liste est limitative.

Dans les autres cas de suspension du contrat de travail, l'adhésion devient facultative.

113 - Les dispenses d'adhésion

Pour tenir compte de situations particulières qui pourraient entraîner une double affiliation, l'article 3.12. du Protocole d'accord prévoit la possibilité pour le salarié d'être dispensé d'adhérer au régime.

Ces situations sont limitativement énumérées par l'accord.

Il s'agit des salariés qui :

- ont été recrutés sous contrat de travail à durée déterminée, ou qui occupent un emploi saisonnier, et qui justifient avoir souscrit une garantie frais de santé, que cette dernière ait ou non un caractère obligatoire ;
- ayant un autre emploi, bénéficient du fait de celui-ci d'une couverture complémentaire frais de santé obligatoire ;
- sont pris en charge au titre de la couverture maladie universelle complémentaire ;
- bénéficiaient déjà d'une couverture frais de santé obligatoire au 1^{er} janvier 2009.

La dispense d'adhésion vaut tant que la situation qui la justifie demeure.

Les salariés qui souhaitent bénéficier de ces dispositions doivent :

- en informer leur employeur au plus tard le 31 décembre 2008, ou lors de leur embauche quand elle intervient postérieurement ;
- justifier chaque année, avant le 31 décembre, qu'ils continuent à remplir les conditions qui leurs permettent d'être dispensés d'adhérer.

Enfin, une dispense d'adhésion est également prévue au bénéfice des salariés qui, lors de la mise en place du Protocole d'accord, sont déjà couverts par une assurance frais de santé. La dispense vaut pour la seule période restant à courir jusqu'à la date d'échéance du contrat.

12 - Les ayants droit à titre obligatoire

121 - L'adhésion à titre obligatoire de la famille à charge

L'article 3.2. du Protocole d'accord du 12 août 2008 prévoit l'affiliation à titre obligatoire :

- du conjoint couvert par la Sécurité sociale à titre d'ayant droit du salarié ;
- de l'enfant à charge du salarié ou de son conjoint à charge.

Pour être affilié à titre obligatoire, l'enfant doit être âgé de moins de 27 ans. Cette condition d'âge disparaît quand l'enfant est reconnu invalide ou handicapé, dès lors qu'il ne perçoit pas de revenus supérieurs à 80 % du Smic.

Il doit également remplir au moins l'une des conditions suivantes :

- être à la charge du salarié ou de son conjoint, au sens de la législation de la Sécurité sociale, en sa qualité d'ayant droit du salarié ou de son conjoint.
- ou poursuivre ses études, et être régulièrement inscrit dans un établissement ;
- ou être demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE et non indemnisé par les Assedic ;
- ou être sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, ou stagiaire à condition de percevoir des revenus inférieurs à 80 % du Smic, et de ne pas bénéficier d'un autre régime complémentaire de couverture des frais de santé à adhésion obligatoire.

122 - Les dispenses d'adhésion

Les ayants droit couverts à titre obligatoire par un autre régime de complémentaire santé, peuvent, sous réserve de pouvoir justifier de cette couverture obligatoire, être dispensés d'adhérer au régime.

13 - Les cotisations

131 - La répartition entre cotisation "isolé" et cotisation "famille"

L'accord distingue deux catégories de cotisations qui sont fonction de la situation de famille du salarié :

- la cotisation "isolé" correspond à la situation du salarié qui n'a aucun ayant droit à titre obligatoire ;
- la cotisation "famille" correspond à la situation du salarié qui a un ou plusieurs ayants droit à titre obligatoire.

S'agissant des couples dont les deux membres sont salariés d'un organisme, et donc adhérents obligatoires :

- en présence d'enfants à charge à titre obligatoire, l'un relève de la cotisation "famille", l'autre de la cotisation "isolé" ;
- en l'absence d'enfant à charge, les deux relèvent de la cotisation "isolé".

132 - La structure des cotisations

La cotisation "isolé", comme la cotisation "famille", se décompose en deux parties :

- une partie forfaitaire qui correspond à un pourcentage du plafond de la Sécurité sociale ;
- une partie fixée en pourcentage de la rémunération dans la limite du plafond de la Sécurité sociale.

La partie forfaitaire de la cotisation n'est jamais proratisée. Son montant est identique que le salarié travaille à temps plein ou à temps partiel. Elle ne fait pas non plus l'objet d'un prorata en cas de mois de travail incomplet (embauche ou départ en cours de mois, absence non rémunérée).

Aux termes de l'article 5.2. la partie fixée en pourcentage de la rémunération correspond à un pourcentage *"du montant de la rémunération annuelle (...) limitée au montant du plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale en vigueur au cours de la même période"*.

En pratique, les cotisations étant précomptées mensuellement, le calcul va s'effectuer sur la base de la rémunération mensuelle et du plafond mensuel de la Sécurité sociale, avec un système de régularisation progressive.

L'assiette de la cotisation est constituée de la totalité des éléments de salaire entrant dans l'assiette des cotisations sociales.

133 - Le montant des cotisations et leur répartition

Les cotisations sont à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

Leur taux est fixé de la façon suivante :

Cas général

<i>Catégorie de cotisation</i>	<i>Partie forfaitaire</i>	<i>Partie fixée en pourcentage de la rémunération</i>
Isolé *	0,62 % du plafond de la sécurité sociale	1,49 % du salaire dans la limite du plafond
Famille *	1,24 % du plafond de la sécurité sociale	2,98 % du salaire dans la limite du plafond

* Cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

Régime local de Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle

Pour les salariés qui bénéficient du régime local de Sécurité sociale des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, les cotisations sont appelées à hauteur de 60 %, ce qui donne les taux suivants :

<i>Catégorie de cotisation</i>	<i>Partie forfaitaire</i>	<i>Partie fixée en pourcentage de la rémunération</i>
Isolé *	0,37 % du plafond de la sécurité sociale	0,89 % du salaire dans la limite du plafond
Famille *	0,74 % du plafond de la sécurité sociale	1,78 % du salaire dans la limite du plafond

* Cotisation à la charge pour moitié de l'employeur et pour moitié du salarié.

2 - Les adhérents à titre facultatif

Le Protocole d'accord du 12 août 2008 offre des possibilités d'adhésion au régime à titre facultatif, c'est-à-dire sur la base du volontariat, et sans participation financière de l'employeur.

21 - Les salariés dont le contrat de travail est suspendu

L'article 3.11. du Protocole d'accord organise le maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail dans un certain nombre de situations dont il fournit la liste limitative.

Il s'agit des cas de figure suivants :

- arrêt de travail emportant maintien total ou partiel du salaire ;
- arrêt de travail pour maladie ou accident du travail, qu'il y ait ou non maintien de salaire ;
- congé de maternité ou d'adoption avec ou sans maintien de rémunération ;
- congé parental d'éducation non rémunéré, dans la limite d'un an ;
- congé de formation non rémunéré dans la limite d'un an.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail l'adhésion devient facultative pour le salarié et ses ayants droit.

L'adhésion facultative prend fin en cas de reprise d'activité professionnelle du salarié, qui redevient adhérent à titre obligatoire, ou en cas de rupture du contrat de travail.

Dans cette dernière hypothèse, et si les conditions sont remplies, l'intéressé peut bénéficier du régime des anciens salariés.

22 - Les ayants droit à titre facultatif

L'article 6 du Protocole d'accord prévoit que peuvent adhérer à titre facultatif :

- le conjoint dit non à charge ainsi que ses enfants ;
- l'enfant de l'enfant couvert par le régime au titre d'ayant droit d'un salarié.

Ces adhésions prennent fin à la date de rupture du contrat du salarié, sauf possibilité pour les intéressés de bénéficier, si les conditions sont réunies, du régime des anciens salariés.

221 - Le conjoint dit non à charge et ses enfants

Le conjoint dit non à charge est celui qui est couvert, à titre personnel et non à titre d'ayant droit de l'assuré, en qualité d'assuré social par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature.

Au conjoint est assimilé le concubin, ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

Quant à ses enfants, ils doivent, pour pouvoir adhérer à titre facultatif, remplir les mêmes conditions que pour adhérer à titre obligatoire.

222 - L'enfant de l'enfant couvert par le régime à titre d'ayant droit d'un salarié

L'enfant de l'enfant couvert par le régime à titre d'ayant droit d'un salarié vise la situation où l'enfant d'un salarié, qui est ayant droit à titre obligatoire, a lui-même un enfant.

C'est ce dernier qui peut bénéficier d'une adhésion à titre facultatif.

23 - Les cotisations

S'agissant des adhérents facultatifs, il n'y a pas de participation employeur au financement du régime.

Celui-ci est assuré par les seules cotisations des adhérents.

La cotisation, qui est forfaitaire, est assise sur le plafond de la Sécurité sociale. Cette base est minorée de 25 % pour les invalides dont le contrat de travail n'est pas rompu mais seulement suspendu.

Le Protocole d'accord précise que, pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, les cotisations "*sont exprimées selon les deux catégories retenues pour le régime des actifs (isolé / famille) dans la même proportion d'écart de cotisation*".

Dès lors, la cotisation "famille" correspond au double de la cotisation "isolé".

Les taux de cotisation sont fixés de la façon suivante :

Cotisation forfaitaire mensuelle pour les cas de suspension du contrat de travail

<i>Régime général</i>		<i>Régime Alsace Moselle</i>	
Isolé	51,86 €	Isolé	31,06 €
Famille	103,71 €	Famille	62,12 €

Cotisation forfaitaire mensuelle des invalides

<i>Régime général</i>		<i>Régime Alsace Moselle</i>	
Isolé	38,89 €	Isolé	23,29 €
Famille	77,78 €	Famille	46,59 €

Pour les bénéficiaires autres que les salariés en situation de suspension du contrat de travail, la cotisation est exprimée par personne couverte.

Elle est fixée de la façon suivante :

- Régime général : 45 €
- Régime Alsace Moselle : 26,89 €

3 - Les opérations d'intégration au régime

31 - Les opérations préalables à l'intégration au régime

311 - La consultation du Comité d'entreprise

L'article L 2323-1 du Code du travail prévoit que le Comité d'entreprise *"formule, à son initiative, et examine, à la demande de l'employeur, toute proposition de nature à améliorer (...) les conditions dans lesquelles ils [les salariés] bénéficient de garanties collectives complémentaires mentionnées à l'article L 911-2 du code de la sécurité sociale"*.

C'est sur ce fondement que le comité d'entreprise doit être consulté sur la mise en place du nouveau régime de complémentaire santé dans l'organisme.

312 - La dénonciation des contrats en cours

Le Protocole d'accord du 12 août 2008 mettant en place un régime complémentaire de frais de santé qui a un caractère obligatoire pour les salariés, il faut envisager de dénoncer les contrats en cours pour éviter une double affiliation.

La dénonciation doit intervenir à un double niveau :

- au niveau du contrat qui a, éventuellement, pu être passé entre le comité d'entreprise, ou l'employeur, et un opérateur ;
- au niveau de chaque contrat individuel liant un salarié à un opérateur.

Afin de faciliter la démarche des salariés, une lettre type leur permettant d'accomplir cette formalité est mise à leur disposition sur le site de l'Ucanss.

Dans l'hypothèse où un délai de prévenance incompatible avec la date d'entrée en vigueur du régime obligatoire serait opposé à un salarié, celui-ci bénéficierait d'une dispense temporaire d'adhésion pour la période restant à courir entre la date d'entrée en vigueur du régime mis en place par le Protocole d'accord du 12 août 2008, et la date d'échéance du contrat (art. 3.12 dernier alinéa).

32 - Les opérations d'affiliation

L'ensemble des salariés ayant un contrat de travail avec un organisme doivent adhérer au régime avant le 1^{er} janvier 2009, date de son entrée en vigueur.

Compte tenu du caractère exceptionnel de cette opération, un calendrier a été élaboré afin de respecter cette échéance.

Ce calendrier est le suivant :

- en octobre, les organismes seront contactés par l'assureur auquel ils sont rattachés

A cette occasion, un certain nombre d'informations pratiques seront communiquées par l'assureur.

- le 10 octobre, une notice d'information intitulée "*comprendre votre complémentaire santé*" sera adressée par l'Ucanss à l'organisme

Cette notice sera adressée en nombre suffisant pour être remise à chacun des salariés.

En même temps que ce document, sera remis un bulletin d'adhésion, et une demande de radiation.

- le 27 octobre au plus tard, les salariés devront retourner à leur direction le bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives

Préalablement, l'organisme aura reçu un fichier contenant des informations extraites par les systèmes de paie, qu' il complètera, au fur et à mesure de l'arrivée des bulletins d'adhésion, des informations devant être transmises à l'assureur sous forme dématérialisée.

- le 3 novembre le fichier Excel sera adressé à l'assureur, en l'état de saisie
- dès la fin de saisie et au plus tard le 12 novembre, le fichier Excel complet devra être transmis à l'assureur

L'ensemble des bulletins d'adhésion et des pièces justificatives seront parallèlement adressés à l'assureur.

- dans la deuxième quinzaine de décembre, les cartes tiers payant seront diffusées par les assureurs

LES GARANTIES

La couverture frais de santé intervient, sauf exception expressément prévue, en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale.

Les remboursements ne peuvent en tout état de cause excéder le montant des frais restant à charge du bénéficiaire après les indemnisations de toute nature.

Cette règle joue acte par acte.

Le montant des remboursements est fixé comme suit :

ACTES	REMBOURSEMENT MAXIMAL DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	250 % BR moins RSS
Séjours	250 % BR moins RSS
Forfait journalier ¹	100 % FR
Chambre particulière ²	50 €
Lit accompagnant (jusqu'à 15 ans) ¹	30 €
Pharmacie	100 % BR moins RSS
Frais médicaux courants	
Consultation - visite généraliste	140 % BR moins RSS
Consultation - visite spécialiste	170 % BR moins RSS
Auxiliaires médicaux	100 % BR moins RSS
Actes techniques	150 % BR moins RSS
Radiologie	150 % BR moins RSS
Analyses	100 % BR moins RSS
Autres frais médicaux courants (transport sanitaire ...)	100 % BR moins RSS
Dentaire	
Soins	100 % BR moins RSS
Prothèses remboursées SS	400 % BR moins RSS
Prothèses non remboursées SS ³	300 % BR reconstituée
Orthodontie acceptée Orthodontie non acceptée	} 300 % BR moins RSS
Implants dentaires	430 € par implant
Parodontie	150 € par an et par personne
Optique ⁴	
Verre simple	<i>cf grille</i>
Verre progressif	<i>cf grille</i>
Monture	100 € par an et par personne
Lentilles médicalement prescrites remboursées ou non	200 € par an et par personne
Chirurgie laser	250 € par oeil
Appareillage médicalement prescrit	
Appareillage remboursé SS	250 % BR moins RSS
Appareillage non remboursé SS	150 % BR reconstituée
Appareil auditif (par oreille)	100 % TM + 1000 € par oreille
Cure thermale remboursée SS	100% TM + 230 € par personne ou 275 € pour un enfant accompagné
Contraception médicalement prescrite	200 € par an
Actions de prévention	Toutes celles prévues par l'arrêté du 8 juin 2006

BR : base de remboursement Sécurité sociale

FR : frais réels

RSS : remboursement Sécurité sociale

TM : ticket modérateur

Les montants en euros sont indexés sur le plafond de la Sécurité sociale, sauf décision contraire de la Commission paritaire de pilotage.

¹ Sans limitation de durée

² Dans la limite de 90 jours par année civile

³ Prothèses figurant dans la nomenclature

⁴ Pour les seuls bénéficiaires âgés de plus de 18 ans le remboursement est limité à un équipement par an

Grille des garanties en matière d'optique

	Dioptrie		
	≤ 6	$6 < D \leq 8$	> 8
Verre simple de cylindre inférieur ou égal à ($\leq$) 4	100 €	200 €	250 €
Verre simple de cylindre supérieur à ($>$) 4	200 €	250 €	300 €
Verre progressif de cylindre inférieur ou égal à ($\leq$) 4	230 €	300 €	350 €
Verre progressif de cylindre supérieur à ($>$) 4	300 €	350 €	400 €

Ces couvertures excluent la prise en charge de :

- la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques lorsque le bénéficiaire ne respecte pas le parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale).

LEXIQUE

- **Salarié :**

Toute personne ayant un contrat de travail en vigueur avec l'organisme, qu'il bénéficie ou non, par ailleurs, des dispositions de la convention collective.

Seuls les agents régis par le statut de la fonction publique et les praticiens conseils sont exclus du dispositif.

- **Conjoint à charge :**

Le conjoint à charge est celui qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie en qualité d'ayant droit du salarié. Il bénéficie des remboursements sous le numéro de sécurité sociale du salarié.

Au conjoint est assimilé le concubin ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

- **Conjoint dit non à charge :**

Le conjoint dit non à charge est celui qui est couvert, à titre personnel et non à titre d'ayant droit de l'assuré, en qualité d'assuré social par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature.

Au conjoint est assimilé le concubin, ainsi que toute personne liée au salarié par un Pacte civil de solidarité (Pacs).

- **Enfant :**

Il s'agit de l'enfant légitime, reconnu, adoptif ou recueilli par une personne.

Il est considéré comme à charge, au sens de la Sécurité sociale, quand il peut bénéficier des prestations de l'assurance maladie en qualité d'ayant droit de la personne dont il est à charge. Ceci s'applique que l'enfant bénéficie ou non des remboursements sous le numéro de sécurité sociale de la personne dont il est à charge.

AFFILIATION DES SALARIES EN ACTIVITE
(TABLEAU RECAPITULATIF)

Situation de famille	Régime	Catégorie de cotisation
Salarié célibataire		
▪ Salarié célibataire sans enfant	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Isolé
▪ Salarié célibataire avec enfant à charge	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Famille
Couple sans enfant à charge		
▪ Salarié dont le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Famille
▪ Salarié couvert au 31/12/2008 à titre facultatif par le régime de son conjoint ▪ Conjoint hors institution couvert par le régime de son entreprise à adhésion facultative	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Isolé
▪ Salarié couvert au 31/12/2008 à titre facultatif par le régime du conjoint ▪ Conjoint couvert par le régime de son entreprise à caractère obligatoire	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Isolé
▪ Salarié couvert au 31/12/2008 à titre obligatoire par le régime du conjoint ▪ Conjoint couvert par le régime de son entreprise à caractère obligatoire	Régime des salariés Dispense d'adhésion possible	Isolé si choisit d'adhérer
▪ Couple dont les deux membres sont salarié d'un organisme au 01/01/2009	Régime des salariés Adhérents obligatoires	Isolé pour chacun des salariés

Montant des cotisations (cas général)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,62 % du plafond de la sécurité sociale	1,49 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	1,24 % du plafond de la sécurité sociale	2,98 % du salaire dans la limite du plafond

Montant des cotisations (régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,37 % du plafond de la sécurité sociale	0,89 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	0,74 % du plafond de la sécurité sociale	1,78 % du salaire dans la limite du plafond

Situation de famille	Régime	Catégorie de cotisation
- Salarié embauché postérieurement au 01/01/2009 couvert par le régime de son conjoint à adhésion obligatoire - Conjoint couvert par le régime de sa société à adhésion obligatoire	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Isolé
- Salarié embauché postérieurement au 01/01/2009 - Conjoint déjà salarié d'un organisme	Régime des salariés Adhérents obligatoires	Isolé pour chacun des salariés
Couple avec enfant à charge		
Salarié avec enfant à charge dont le conjoint n'exerce pas d'activité professionnelle	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Famille
- Salarié de l'organisme avec ses enfants couvert au 31/12/2008 par le régime de son conjoint - Conjoint hors institution couvert par le régime de l'entreprise à adhésion facultative	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Famille
- Salarié et ses enfants couverts au 31/12/2008 à titre facultatif par le régime du conjoint - Conjoint couvert par le régime de son entreprise à caractère obligatoire	Régime des salariés Adhérents obligatoires	Famille
- Salarié et ses enfants couverts au 31/12/2008 à titre obligatoire par le régime du conjoint - Conjoint couvert par le régime de son entreprise à caractère obligatoire	Régime des salariés Dispense d'adhésion possible	Famille ou isolé au choix du salarié, s'il choisit d'adhérer
- Couple dont les deux membres sont salariés d'un organisme au 01/01/2009 - Enfant à charge	Régime des salariés Adhérents obligatoires	- Isolé pour un salarié - Famille pour l'autre

Montant des cotisations (cas général)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,62 % du plafond de la sécurité sociale	1,49 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	1,24 % du plafond de la sécurité sociale	2,98 % du salaire dans la limite du plafond

Montant des cotisations (régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,37 % du plafond de la sécurité sociale	0,89 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	0,74 % du plafond de la sécurité sociale	1,78 % du salaire dans la limite du plafond

Situation de famille	Régime	Catégorie de cotisation
▪ Salarié embauché postérieurement au 31/12/2008 couvert avec ses enfants par le régime de son conjoint à adhésion obligatoire ▪ Conjoint couvert par le régime de sa société à adhésion obligatoire	Régime des salariés Adhérent obligatoire	Famille ou isolé au choix du salarié
▪ Salarié embauché postérieurement au 31/12/2008 ▪ Conjoint avec enfant à charge déjà salarié d'un organisme	Régime des salariés Adhérents obligatoires	▪ Salarié embauché : isolé ▪ Conjoint : famille

Montant des cotisations (cas général)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,62 % du plafond de la sécurité sociale	1,49 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	1,24 % du plafond de la sécurité sociale	2,98 % du salaire dans la limite du plafond

Montant des cotisations (régime local du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle)

Catégorie de cotisation	Partie forfaitaire	Partie en pourcentage du salaire
Isolé	0,37 % du plafond de la sécurité sociale	0,89 % du salaire dans la limite du plafond
Famille	0,74 % du plafond de la sécurité sociale	1,78 % du salaire dans la limite du plafond