MOT À MOT...

LE LEXIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Édition 2018

CTIP
CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

AVANT-PROPOS

Né il y a plus de soixante-dix ans, le système de protection sociale français est le fruit d'un long processus de construction qui a abouti à une architecture complexe. Et qui dit système spécifique dit vocabulaire technique particulier.
Rien d'étonnant alors à ce que la protection sociale et le rôle des organismes complémentaires dont celui des institutions de prévoyance apparaissent parfois comme difficilement compréhensibles.

Le Mot à Mot, petit lexique de la protection sociale complémentaire est destiné à donner plus de clarté en présentant de façon claire le vocabulaire propre à la protection sociale complémentaire. Le Centre Technique des Institutions de prévoyance (CTIP) a souhaité que cet outil serve sa mission de pédagogie et contribue à l'ambition de transparence portée par les institutions de prévoyance.

1999
premier Mot à Mot CTIP

74
mots définis

Nous espérons que ce support vous apportera des indications utiles à vos propres réflexions et nous vous en souhaitons une bonne lecture !

SOMMAIRE

NOS MÉTIERS

◆ P.04

NOS GARANTIES ET SERVICES

◆ P.18

NOTRE FONCTION-NEMENT

◆ P.48

QUI SOMMES-NOUS ?

PRÉSENTATION
de l'AMC, des IP, des GPS et du CTIP.

LEXIQUE

GLOSSAIRE

◆ P.80

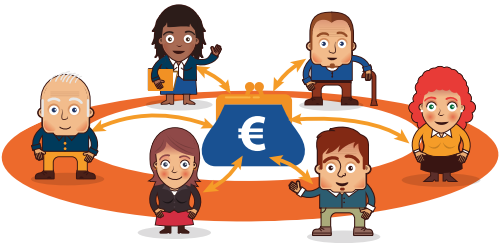
Prévoyance
assurance
Prévention
Prestations

NOS MÉTIERS

Assurance • Assurance de personnes • Contrat collectif • Contrat de prévoyance • Contrat responsable • Contrat individuel • Contrat optionnel / facultatif • Dispense d'affiliation • Garantie • Mutualisation • Prestations • Prévoyance / prévoyance collective • Protection sociale complémentaire

ASSURANCE

Technique de couverture des risques à l'intérieur d'un groupe, fondée sur la mutualisation entre les membres et la contribution de chacun.



+VOIR AUSSI

Mutualisation (page 14),
Assurance de personnes (page 6).

ASSURANCE DE PERSONNES

En opposition à l'assurance de biens, **l'assurance de personnes couvre des personnes physiques** contre les accidents corporels, l'invalidité, la maladie. Un contrat d'assurance de personnes peut être souscrit à titre individuel ou à titre collectif.

+VOIR AUSSI

Assurance (page 6).

CONTRAT COLLECTIF

Contrat passé entre un organisme assureur et une branche professionnelle ou une entreprise au bénéfice des salariés. Le contrat collectif peut être facultatif - les salariés sont libres de s'y affilier - ou obligatoire - tous les salariés concernés y sont obligatoirement affiliés.

Lorsqu'il est obligatoire, le contrat collectif en santé ou prévoyance répond aux critères suivants :

- **catégorie objective** : il est applicable à une catégorie objective de salariés, définie de manière générale et impersonnelle,
- **complémentaire** : il assure les risques couverts par les régimes de base de Sécurité sociale,
- **taux uniforme** : ses cotisations sont fixées à un taux uniforme,
- **participation** : une fraction de la cotisation est à la charge de l'employeur.

La dimension obligatoire du contrat collectif permet de partager les risques entre l'ensemble des salariés concernés.

Cet effet de mutualisation des risques diminue le coût des garanties à condition que tous y participent. C'est pourquoi, bien souvent, le contrat collectif est obligatoire pour tous les salariés ou les catégories de salariés qu'il couvre. Il existe cependant certains cas dans lesquels les salariés peuvent choisir de ne pas s'affilier au contrat de leur entreprise.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Depuis le 1er janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer à leurs salariés une complémentaire santé via un contrat collectif obligatoire avec une participation de l'employeur à hauteur d'au moins 50 %.

+VOIR AUSSI — Dispense d'affiliation (page 12), Mutualisation (page 14).

CONTRAT DE PRÉVOYANCE

Contrat souscrit par l'entreprise, au bénéfice des salariés, recouvrant l'ensemble des **couvertures des risques de prévoyance liés à la personne physique** (arrêt de travail, invalidité, perte d'autonomie) **et des engagements liés à la durée de vie** (décès, épargne retraite).

LE SAVIEZ-VOUS ?

96 % des entreprises déclarent avoir mis en place au moins une garantie de prévoyance.

86 % des salariés déclarent être couverts par au moins une garantie de prévoyance collective.

Source : 12e baromètre CTIP / CREDOC 2017.

+VOIR AUSSI

Épargne retraite (page 25), Garanties décès (page 26), Garantie incapacité de travail (page 27), Garantie invalidité (page 28).

CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat responsable, dit solidaire et responsable, a pour objectif de réguler les dépenses de santé par le biais d'un certain nombre d'obligations et d'interdictions en termes de prestations santé.
La notion de contrat responsable s'applique aux contrats santé collectifs à adhésion obligatoire ou facultative ainsi qu'aux contrats individuels.

Un contrat responsable doit notamment comprendre :

- le respect du parcours de soins coordonnés :
  - la prise en charge totale ou partielle des consultations et prescriptions du médecin traitant afin d'encourager les patients à respecter le parcours de soins coordonnés,
  - pour les patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant, l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations,
- l'absence de prise en charge de la participation forfaitaire de 1 €,
- des plafonds : l'instauration de plafonds de remboursement pour l'optique,
- de la prévention : la prise en charge totale de deux prestations liées à la prévention.

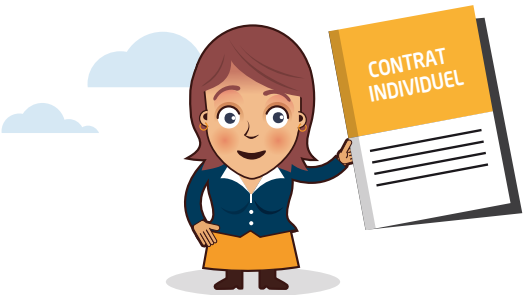
LE SAVIEZ-VOUS ?

Ce contrat bénéficie d'exemptions fiscales et sociales afin de promouvoir le rôle de l'entreprise en matière de santé, de prévention et de bien-être en entreprise pour les salariés et leurs familles.

+VOIR AUSSI

Exonérations fiscales et sociales (page 60), Contrat collectif (page 7), Contrat individuel (page 10).

CONTRAT INDIVIDUEL



À la différence d'un contrat collectif, le contrat individuel résulte d'une souscription et d'une démarche personnelle. Le bénéfice des prestations du contrat individuel peut être étendu aux ayants droit.

+VOIR AUSSI

Contrat collectif (page 7), Bénéficiaire (page 54).

CONTRAT OPTIONNEL / FACULTATIF

Contrat souscrit individuellement par le salarié et venant compléter les garanties et/ou les prestations du contrat collectif obligatoire. On parle alors de « sur-complémentaire ». Dans certains cas, le contrat collectif obligatoire lui-même propose plusieurs « options » ou « formules » supérieures facultatives.

LE SAVIEZ-VOUS ?

59 %

des entreprises déclarent proposer à leurs salariés au moins une option ou formule supplémentaire facultative, en plus de leur contrat collectif obligatoire.

Source : 12e baromètre CTIP/CREDOC 2017.

+VOIR AUSSI

Sur-complémentaire santé (page 45).

DISPENSE D'AFFILIATION

Le caractère obligatoire d'un contrat collectif implique que tous les salariés y soient affiliés. **Il existe cependant certains cas dans lesquels les salariés peuvent choisir de ne pas être affiliés et donc de ne pas cotiser au contrat collectif de l'entreprise. Il s'agit des cas de dispense d'affiliation.**

Une telle dispense est notamment possible pour :

- les salariés **présents dans l'entreprise** au moment de la mise en place d'un contrat collectif par une décision unilatérale de l'employeur,
- les salariés **en contrat à durée déterminée** (CDD) et les travailleurs saisonniers, selon leur durée de présence dans l'entreprise, peuvent choisir d'adhérer au contrat collectif obligatoire ou, dans le cas d'une complémentaire santé, de bénéficier d'un versement santé,
- les salariés bénéficiant en tant qu'**ayant droit** d'une complémentaire santé collective,
- les salariés **à employeurs multiples,**
- les salariés **à temps très partiel et les apprentis.**

+VOIR AUSSI — Contrat collectif (page 7).

GARANTIE

Engagement pris par l'assureur de fournir une prestation prévue à l'avance en cas de survenance d'un risque mentionné dans le contrat.

Elle est :

- **forfaitaire** : lorsqu'elle prévoit le versement d'une somme déterminée dans le contrat d'assurance,
- **indemnitaire** : lorsqu'elle prévoit le versement d'une somme correspondant à la réparation des préjudices subis par le bénéficiaire.

MUTUALISATION

La mutualisation des risques est à la base de la technique de l'assurance. Elle consiste en la mise en commun des risques et en la répartition de leurs coûts entre les individus d'un même groupe.

La mutualisation des risques se traduit alors par la mutualisation des cotisations. Fondement de la solvabilité de l'organisme, les cotisations payées par tous les assurés financent les indemnités versées à ceux qui subissent des sinistres. Grâce à la mutualisation, l'ensemble des membres d'un même groupe bénéficie alors des mêmes garanties pour un coût identique. Cette mutualisation des risques impose un calcul des probabilités aussi précis que possible afin que l'organisme assureur puisse déterminer le juste niveau de cotisation applicable à l'ensemble du groupe. Pour que ce dispositif fonctionne, les risques intégrés au groupe mutualisé doivent être :

- **homogènes :** un grand nombre de risques de même nature, qui ont les mêmes chances de se réaliser et qui occasionneront des dépenses du même ordre,
- **dispersés :** éviter de regrouper les risques qui ont des chances de se réaliser en même temps et au même endroit,
- **divisés :** il ne faut pas qu'un sinistre à lui seul puisse menacer la mutualisation.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Au sein d'un groupe mutualisé, les actions individuelles de chaque membre auront une répercussion sur l'ensemble du groupe. En effet, la fréquence d'apparition d'un sinistre entraînera l'assureur à moduler le tarif de la cotisation. Dans le cadre des contrats collectifs, les risques sont mutualisés entre les salariés d'une même entreprise ou profession, ou de plusieurs entreprises, ou au niveau de l'organisme assureur.

+VOIR AUSSI — Contrat collectif (page 7).

PRESTATIONS

Dans le cadre de leur activité, **la Sécurité sociale et les organismes complémentaires sont amenés à prendre en charge un certain nombre de dépenses.**
Ils vont alors verser ce que l'on appelle des prestations.

Il existe deux types de prestations :

- les prestations en nature qui correspondent aux remboursements des frais de santé engagés par l'assuré en cas de maladie, d'accident, d'hospitalisation...
- les prestations en espèces qui sont les allocations versées sous la forme d'une indemnité journalière, d'une pension ou d'une rente, en garantie d'un risque se concrétisant par une baisse de revenus : incapacité, invalidité...

LE SAVIEZ-VOUS ?

En 2016, les organismes complémentaires ont versé 26,4 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux. Ces prestations ont permis de couvrir 13,3 % des dépenses de santé.

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé 2017.

PRÉVOYANCE / PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Ensemble des garanties liées aux risques de dommages corporels résultant de la maladie ou de l'accident (maladie, incapacité, invalidité, perte d'autonomie) et des engagements liés à la durée de vie (décès, retraite).

Ces garanties donnent lieu à des prestations venant en complément de celles versées par la Sécurité sociale.
Quand elles sont mises en place dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle, on parle de prévoyance collective.

La prévoyance est traditionnellement divisée en deux branches :

- la santé : regroupant les garanties liées à la maladie,
- la prévoyance lourde : regroupant les garanties liées à l'incapacité, à l'invalidité, à la perte d'autonomie, au décès et à l'épargne retraite.

+VOIR AUSSI

Contrat de prévoyance (page 8), Complémentaire santé (page 22), Contrat collectif (page 7).

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Regroupe les prestations de protection sociale, obligatoires ou non, qui interviennent en complément des régimes de base de la Sécurité sociale. La protection sociale complémentaire recouvre le domaine de la retraite complémentaire et de la prévoyance.

+VOIR AUSSI

Prévoyance / prévoyance collective (page 16).

PRÉ
VENTI
ON

NOS GARANTIES ET SERVICES

Action sociale / activités sociales • Capital décès • Complémentaire santé • Cotisation • Épargne salariale • Épargne retraite • Garanties décès • Garantie incapacité de travail • Garantie invalidité • Incapacité de travail • Indemnités journalières • Invalidité • Perte d'autonomie / Dépendance • Plan d'épargne entreprise (PEE) • Plan d'épargne retraite collectif (PERCO / PERCO-I) • Prévention • Prime de fin de carrière / indemnités de fin de carrière • Régime à cotisations définies • Régime à prestations définies • Rente de conjoint • Rente d'invalidité • Rente d'éducation • Rente viagère • Retraite complémentaire obligatoire • Réseau de soins • Sur-complémentaire santé • Tiers payant

ACTION SOCIALE / ACTIVITÉS SOCIALES

Ensemble de moyens permettant des interventions collectives ou individuelles réalisées par les institutions privées concernant soit une action sociale facultative, soit une aide sociale légale. La plupart des institutions de prévoyance développe des activités sociales sous la forme d'aides individuelles ou celle de réalisations collectives et de services.

L'activité sociale des organismes complémentaires englobe des actions telles que l'organisation d'espace d'accueil, des conseils et du soutien pour les chômeurs, veufs et veuves, ou encore les personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Il peut également s'agir de la prise en charge des cotisations ou le remboursement de frais médicaux pour les salariés en difficulté, d'actions de prévention en entreprise ou du soutien à la recherche et la création de fondations reconnues d'utilité publique.

LE SAVIEZ-VOUS ?

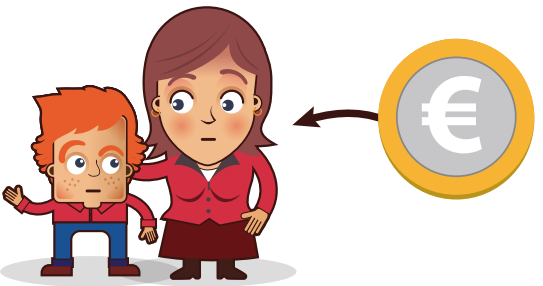
Les contrats collectifs, mis en place dans le cadre d'une branche et prévoyant la recommandation d'un ou plusieurs organismes assureurs, sont tenus d'avoir un "degré élevé de solidarité". Ils doivent ainsi proposer des prestations " à caractère non directement contributifs". Ces prestations sont financées par un fonds alimenté sur la base d'un montant forfaitaire par salarié ou d'un pourcentage de la cotisation. Les activités sociales et la prévention peuvent rentrer dans ce cadre.

+VOIR AUSSI

Prévention (page 35).

CAPITAL DÉCÈS

Somme d'argent versée en une seule fois aux ayants droit ou au bénéficiaire désigné suite au décès d'un assuré alors qu'il était en activité.
Proposée par les organismes d'assurance, cette garantie vient en complément du capital décès versé par la Sécurité sociale aux ayants droit.



POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI
Garanties décès (page 26).

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Ensemble de garanties, définies contractuellement, apportant un remboursement complémentaire à celui de la Sécurité sociale de tout ou partie des dépenses médicales laissées à la charge des patients : ticket modérateur, dépassement par rapport au tarif de convention, forfait hospitalier…

La complémentaire santé peut aussi rembourser des soins et biens médicaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Certaines garanties prévoient ainsi une prise en charge aux frais réels. Dans ce cas, la totalité des dépenses engagées par l'assuré est remboursée.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *La complémentaire santé d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Contrat responsable (page 9).

COTISATION

Contrepartie financière des garanties apportées par l'organisme assureur, qui lui est versée régulièrement. La cotisation est soit forfaitaire, soit déterminée en appliquant un taux à une assiette de cotisation.

En cas de contrat collectif, plusieurs systèmes de cotisations sont possibles :

- la cotisation familiale unique : correspond à un tarif unique quelle que soit la situation familiale de l'assuré. Le contrat mis en place couvrant le salarié et, si il en a, ses ayants droit,
- la cotisation isolée / famille : correspond à la mise en place de deux tarifs de cotisation, l'un pour un salarié célibataire, l'autre pour un salarié avec ayants droit,
- la cotisation adulte / enfant : modulation du coût de la complémentaire santé en fonction du nombre d'adultes et du nombre d'enfants dans la cellule familiale. L'adulte et l'enfant ont chacun leur tarification,
- la cotisation 1, 2, 3 personnes et plus : le prix de la cotisation dépend du nombre d'ayants droit mais ne distingue pas l'adulte de l'enfant.

LE SAVIEZ-VOUS ?

En moyenne en santé, 80 % des cotisations des organismes complémentaires sont reversées aux assurés sous forme de prestations.

Source : La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES 2016.

+VOIR AUSSI — Contrat collectif (page 7).

ÉPARGNE SALARIALE

Ensemble des dispositifs permettant aux salariés d'être associés financièrement à la bonne marche de leurs entreprises et / ou de se constituer une épargne avec l'aide de celles-ci : participation aux bénéfices, intéressement, plans d'épargne salariale. Les principaux véhicules d'épargne salariale sont le plan d'épargne entreprise (PEE) et le plan d'épargne retraite collectif (PERCO).

LE SAVIEZ-VOUS ?

69 %
des salariés déclarent bénéficier d'un dispositif d'épargne salariale dans leur entreprise.

65 %
des entreprises déclarent avoir mis en place un dispositif d'épargne salariale.

Source : 12e baromètre CTIP / CREDOC 2017.

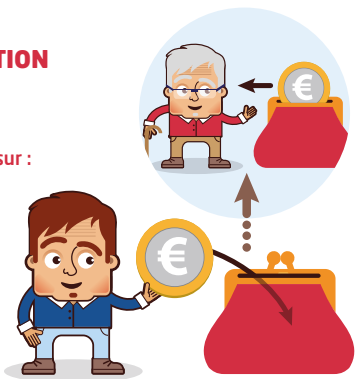
+VOIR AUSSI
Plan d'épargne entreprise (page 33), Plan d'épargne retraite collectif (page 34).

ÉPARGNE RETRAITE / RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

Ensemble des contrats d'investissements financiers permettant la constitution d'une épargne lors de la vie active, en vue de disposer d'un complément de retraite. On parle également de dispositifs de retraite supplémentaire collective. L'épargne retraite est une forme d'épargne par capitalisation constituée à partir des versements périodiques de l'épargnant. Les sommes sont bloquées jusqu'au départ à la retraite ; elles sont alors versées sous forme de capital ou transformées en rente viagère. Les principaux véhicules d'épargne retraite en entreprise sont les régimes à cotisations définies et les régimes à prestations définies.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *La retraite supplémentaire collective des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.



+VOIR AUSSI

Régime à cotisations définies (page 37), Régime à prestation définies (page 38), Rente viagère (page 42), Retraite complémentaire obligatoire (page 43).

GARANTIES DÉCÈS

Les garanties décès recouvrent le capital décès, la rente de conjoint et la rente d'éducation. Elles permettent d'assurer la sécurité financière des proches en cas de décès. De plus, elles offrent la souplesse nécessaire pour répondre à la diversité des situations familiales, notamment grâce à la possibilité pour l'assuré de désigner un bénéficiaire.

Couverture obligatoire des salariés cadres : l'accord national interprofessionnel relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 impose aux employeurs de verser aux cadres et aux personnels assimilés cadres une contribution, à leur charge exclusive, égale à 1,50 % de la tranche A du salaire.
À noter que la tranche A devient tranche 1 à compter de 2019.

Cette contribution doit être versée à une institution de prévoyance ou à un autre organisme d'assurance et être affectée en priorité à la couverture décès. Elle peut se traduire par le versement d'un capital ou de rentes.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Capital décès (page 21), Rente de conjoint (page 39), Rente d'éducation (page 41).

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

La garantie d'incapacité de travail assure au salarié le versement d'indemnités journalières qui compensent sa perte de revenu **en cas d'arrêt de travail.**

Ces indemnités interviennent :

- en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale et du maintien de salaire par l'employeur,
- pendant le délai de carence.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le maintien de salaire

En complément des versements de la Sécurité sociale, l'employeur est tenu légalement de maintenir pendant une durée déterminée un certain niveau de la rémunération du salarié en arrêt de travail.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Incapacité de travail (page 29), Indemnités journalières (page 30), garantie invalidité (page 28).

GARANTIE INVALIDITÉ

La garantie invalidité prévoit le versement d'une rente d'invalidité qui vient compléter la pension d'invalidité de la Sécurité sociale pour compenser, à la suite d'une maladie ou d'un accident le rendant inapte totalement ou partiellement de poursuivre une activité professionnelle, la perte de revenu du salarié déclaré invalide. La rente d'invalidité peut prendre le relais de la garantie incapacité après expiration de celle-ci.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Garantie incapacité de travail (page 27), Invalidité (page 31), Rente d'invalidité (page 40).

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Est considéré en incapacité de travail le salarié qui se trouve momentanément dans l'impossibilité physique d'exercer son activité professionnelle pour cause de maladie ou d'accident.

Cette impossibilité doit être constatée par le médecin traitant, lequel prescrira un arrêt de travail donnant lieu au versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Cette incapacité peut être totale, on parle alors d'incapacité temporaire totale de travail (ITT), ou partielle, on parle alors d'incapacité temporaire partielle de travail (IPT).

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Garantie incapacité de travail (page 27).

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

En cas d'arrêt de travail pour incapacité de travail, l'organisme assureur verse à l'assuré des **indemnités journalières complémentaires qui compensent sa perte de revenu.**

Ces indemnités journalières complémentaires interviennent :

- en complément des indemnités journalières versées par la Sécurité sociale,
- en complément du maintien de salaire versé par l'employeur,
- pendant les délais de carence.

L'ensemble des revenus de remplacement (indemnités journalières de la Sécurité sociale + maintien de salaire par l'employeur + indemnités journalières complémentaires) ne peut être supérieur au salaire perçu au moment de l'arrêt de travail.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Incapacité de travail (page 29), Garantie invalidité (page 28).

INVALIDITÉ

Une personne victime d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle, qui réduit d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, peut être reconnue comme « invalide » par la Sécurité sociale.

Il existe trois catégories d'invalidité.

- 1re catégorie : la personne est capable d'exercer une activité rémunérée mais sa capacité de gain est réduite de plus des deux tiers. On parle alors d'invalidité permanente partielle (IPP).
- 2e catégorie : la personne est absolument incapable d'exercer une profession quelconque. On parle alors d'invalidité permanente totale (IPT).
- 3e catégorie : la personne est absolument incapable d'exercer une profession quelconque, et elle a besoin de l'assistance d'une autre personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. On parle alors d'invalidité absolue et définitive (IAD).

L'invalidité intervient :

- soit immédiatement après avis du contrôle médical de la Sécurité sociale,
- soit après trois ans d'incapacité de travail.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI — Garantie invalidité (page 28).

PERTE D'AUTONOMIE / DÉPENDANCE

État de la personne qui, en raison de l'âge, d'un handicap ou d'un trouble, et nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, **a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne** ou requiert une surveillance régulière. On parle également de dépendance.

LE SAVIEZ-VOUS ?

1,3 million
de personnes âgées sont en état de dépendance en France. D'après les projections de l'INSEE, en 2060 la France devrait compter 2,3 millions de personnes âgées dépendantes.

Source : DGFIP 2016, DREES-enquête Aide sociale 2015.

1,3 million
de personnes handicapées sont en état de dépendance en France au sens de l'AAH et de l'AEEH.

Source : CNAF et CCMSA 2017.

PLAN D'ÉPARGNE ENTREPRISE

Le plan d'épargne entreprise (PEE) est un dispositif d'épargne collectif instauré par l'employeur. Il permet au salarié de se constituer une épargne.

C'est un régime doublement facultatif ouvert à toute entreprise qui souhaite le mettre en place et à tout salarié de celle-ci, libre d'y adhérer sans jamais être contraint d'y verser des sommes.

Un PEE peut être mis en place de manière commune :

- entre plusieurs entreprises d'un même groupe, on parle alors de **Plan d'épargne groupe (PEG),**
- entre plusieurs entreprises qui ne sont pas issues d'un même groupe, on parle alors de **Plan d'épargne interentreprises (PEI).** Cela peut notamment être le cas entre toutes les entreprises d'une même branche professionnelle ou d'un même territoire. La mise en commun des coûts de mise en place et de fonctionnement inhérente à un PEI favorise alors le développement de l'épargne salariale dans les petites et moyennes entreprises.

Comment ça fonctionne ?
Le PEE peut être alimenté par le salarié avec les sommes suivantes :

- l'intéressement,
- la participation,
- le transfert d'autres plans d'épargne salariale,
- les sommes provenant d'un compte épargne temps,
- des versements volontaires (plafonnés à 25 % de la rémunération annuelle brute).

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le PEE peut également être alimenté par des versements de l'entreprise, appelés abondements. Cet abondement ne peut pas dépasser trois fois le montant versé par le salarié, ni être supérieur à 8 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale. Il peut être majoré si le salarié investit dans des actions ou des certificats d'investissement émis par son entreprise. Ces sommes versées sur le PEE bénéficient d'exonérations fiscales et sociales mais sont bloquées pendant 5 ans sauf cas particulier.

+VOIR AUSSI
Épargne salariale (page 24),
Plafond de la Sécurité sociale (page 69).

PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE COLLECTIF

Le plan d'épargne retraite collectif (PERCO) est un plan d'épargne salariale créé dans l'optique de constitution d'un supplément de retraite. Il peut être mis en place au niveau de l'entreprise (PERCO) ou de plusieurs entreprises, il s'agit alors de PERCO Interentreprises (PERCO-I).

Comment ça fonctionne ?
Le PERCO peut être alimenté via :

- l'intéressement,
- la participation,
- des versements volontaires (plafonnés à 25 % du salaire annuel brut),
- les jours de congés non pris (dans la limite de 10 jours par an).

Le PERCO peut également être alimenté par des versements de l'entreprise appelés abondements. Facultatif, l'abondement ne doit pas dépasser trois fois les versements volontaires du salarié et est plafonné à 16 % du PASS.

Tout comme pour le PEE, les sommes versées sur le PERCO bénéficient d'exonérations fiscales et sociales. Les fonds versés sur le PERCO sont bloqués jusqu'au départ à la retraite du salarié, sauf exception.

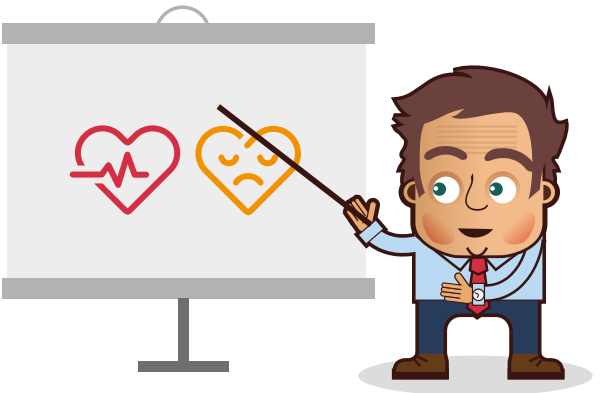
POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *La retraite supplémentaire collective des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI
Épargne salariale (page 24),
Plafond de la Sécurité sociale (page 69).

PRÉVENTION

Recouvre des actions qui consistent par information, sensibilisation ou dépistage à éviter et / ou à retarder l'apparition de symptômes significatifs d'une dégradation physique ou mentale.



PRIME DE FIN DE CARRIÈRE / INDEMNITÉS DE FIN DE CARRIÈRE

Toute entreprise est tenue de verser au salarié qui part en retraite une indemnité minimale appelée indemnité de fin de carrière (IFC), sous réserve qu'il remplisse les conditions d'ancienneté requises.

Ces obligations varient selon la modalité de départ, qu'il s'agisse d'un départ volontaire à l'âge de la retraite ou d'un départ à l'initiative de l'employeur.
Le montant des indemnités est fixé par la loi mais peut être majoré par accord d'entreprise, convention collective ou décision unilatérale de l'employeur.
Il s'agit là d'un engagement conditionnel et différé portant sur le versement d'une prestation au moment du départ à la retraite. Ces engagements sociaux font donc partie du passif social.

Pour les financer, l'entreprise a le choix de :

- gérer en interne : l'entreprise doit provisionner son engagement et payer directement l'indemnité lors du départ en retraite du salarié.
- externaliser la gestion des indemnités en souscrivant un contrat auprès d'un organisme assureur.

Ce contrat d'indemnité de fin de carrière offre des avantages fiscaux puisque :

- les cotisations, versées à l'organisme assureur, sont déductibles du résultat fiscal de l'entreprise et exonérées de charges sociales.
- les intérêts du contrat sont exonérés d'impôts sur les sociétés et de charges sociales.

RÉGIME À COTISATIONS DÉFINIES

Dispositif d'épargne retraite en entreprise, le régime de retraite supplémentaire à cotisations définies permet à un salarié de se **constituer un revenu supplémentaire en complément des retraites versées par la Sécurité sociale et le régime complémentaire.**

Dans ce régime, le niveau ou le taux de la cotisation est fixé à la signature du contrat le plus souvent en proportion de la rémunération du salarié. Les cotisations versées, tout au long de la vie du salarié, détermineront le montant de la pension dont il bénéficiera au moment de son départ à la retraite. La sortie de ce type dispositif s'effectue uniquement sous forme de rente viagère.
On parle également de régime « article 83 » du code général des impôts.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP L*a retraite supplémentaire collective des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Épargne retraite / Retraite supplémentaire (page 26), Régime à prestations définies (page 38).

RÉGIME À PRESTATIONS DÉFINIES

Dispositif d'épargne retraite en entreprise, le régime de retraite supplémentaire à prestations définies permet à un salarié de se **constituer un revenu supplémentaire en complément des retraites versées par la Sécurité sociale et le régime complémentaire.**

Dans ce régime, le niveau de la rente versée au futur retraité est garanti à l'avance. Il existe deux types de modalités de définition de la rente.

- Les régimes différentiels (dits "retraite chapeau") dans lesquels l'employeur s'engage sur un niveau global de retraite souvent calculé en pourcentage du salaire. L'entreprise versera la différence entre le niveau de retraite garanti par le régime supplémentaire et le total des droits acquis par l'intéressé au titre des autres régimes de base et complémentaires.
- Les régimes additionnels dans lesquels l'employeur garantit une pension supplémentaire, calculée en pourcentage fixe du dernier salaire et parfois liée à l'ancienneté du salarié. Le montant de la pension est indépendant du montant des autres pensions du retraité.

Un régime à prestations définies peut venir en complément d'un régime à cotisations définies. On parle également de régime « article 39 » du code général des impôts.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *La retraite supplémentaire collective des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Épargne retraite / Retraite supplémentaire (page 25), Régime à cotisations définies (page 37).

RENTE DE CONJOINT

La rente de conjoint est la somme allouée à un(e) veuf (veuve) d'un(e) salarié(e) décédé(e) en activité.

La rente du conjoint peut être :

- une rente viagère, qui complète les droits effectivement acquis par le salarié avant son décès par ceux qu'il aurait dû obtenir au terme de sa carrière,
- une rente temporaire, ou rente relais, versée dans l'attente de la pension de réversion des régimes de retraite complémentaire. Cette rente est fonction des droits réels acquis par le salarié.

Ces deux rentes peuvent être cumulées. Elles sont calculées :

- soit en fonction des droits de réversion acquis auprès des régimes de retraite complémentaire Agirc et Arrco,
- soit en fonction du dernier salaire de l'assuré décédé.

En cas de décès du conjoint survivant, une rente d'orphelin peut être attribuée sous certaines conditions. Elle est versée sous la forme d'une rente ou d'un capital.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Garanties décès (page 26), Retraite complémentaire obligatoire (page 43).

RENTE D'INVALIDITÉ

Une rente d'invalidité **compense, en totalité ou en partie, la perte de revenu du salarié reconnu invalide** par la Sécurité sociale. Elle vient compléter la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale.

Le montant de cette rente d'invalidité peut être fixe, mais il correspond généralement à un pourcentage du dernier salaire brut de l'assuré. Le plus souvent, le montant de la rente d'invalidité dépend également de la catégorie d'invalidité fixée par la Sécurité sociale. Il peut enfin varier en fonction de la situation familiale (exemple : majoration pour enfants à charge).

POUR + D'INFORMATION

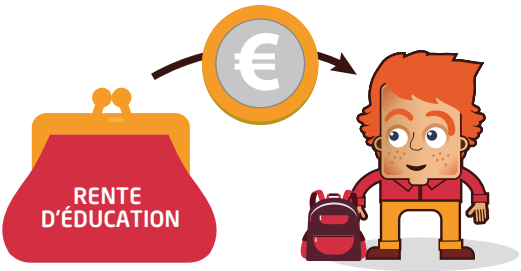
Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties incapacité de travail et invalidité des salariés* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Garantie invalidité (page 28).

RENTE D'ÉDUCATION

En cas de décès de l'assuré, la rente d'éducation est versée à la famille de l'assuré pour chaque enfant à charge, jusqu'à son 18e anniversaire, dans certains cas, jusqu'à son 26e anniversaire.



POUR + D'INFORMATION

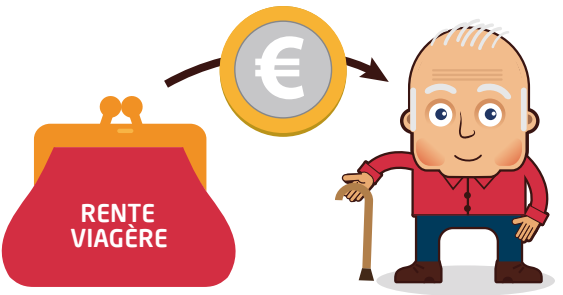
Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Garanties décès (page 26).

RENTE VIAGÈRE

Versement périodique d'une somme convenue à l'avance et cela jusqu'au décès du bénéficiaire.
La rente viagère se distingue ainsi de la rente temporaire (durée limitée) et du capital (versement unique).



POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Les garanties décès dans la prévoyance d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI
Épargne retraite (page 25),
Garanties décès (page 26).

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE

En complément de la retraite de base versée par la Sécurité sociale, les salariés du secteur privé cotisent à des régimes complémentaires de retraite auprès des institutions de retraite complémentaire (IRC).

L'ensemble des salariés cotise à l'Arrco (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) et les cadres cotisent également à l'Agirc (Association générale des institutions de retraite des cadres). La cotisation est prélevée sur le salaire et répartie entre la part salariale et la part patronale. La retraite complémentaire obligatoire est un système de retraite par points et par répartition. À son départ en retraite, le salarié perçoit chaque mois une pension calculée en fonction du niveau de ses revenus sur l'ensemble de sa carrière. Les institutions de retraite complémentaire recouvrent les cotisations, liquident les droits et versent les pensions Arrco et Agirc. Les IRC font partie de groupes de protection sociale (GPS).
À compter du 1er janvier 2019, les régimes Agirc et Arrco fusionnent en un seul régime, le régime Agirc-Arrco.

POUR + D'INFORMATION

L'Agirc-Arrco, la fédération regroupant les institutions de retraite complémentaire, a réalisé des guides d'information, consultables sur son site internet : www.agirc-arrco.fr

+VOIR AUSSI

Épargne retraite (page 25), Groupe de protection sociale (page 63).

RÉSEAU DE SOINS

Développé par les complémentaires santé, le réseau de soins représente un groupement de professionnels médicaux offrant de meilleurs tarifs pour des prestations mal ou peu remboursées par la Sécurité sociale comme l'optique.

Né d'un partenariat entre un organisme complémentaire et des professionnels de santé, le réseau de soins offre :

- des tarifs négociés,
- des services préférentiels,
- le tiers payant sur la part Sécurité sociale et sur la part complémentaire.

+VOIR AUSSI — Complémentaire santé (page 22).

SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Une garantie dite sur-complémentaire **prend en charge les dépenses qui ne sont pas prises en charge par un contrat de complémentaire santé** comme les dépassements d'honoraires, notamment dans le cadre de consultations hors parcours de soins, ou **propose des renforts sur des postes** tels que l'hospitalisation, l'optique ou le dentaire, et notamment l'orthodontie. Elle peut également proposer de prendre en charge les vaccins ou les cures thermales.

LE SAVIEZ-VOUS ?

39 %
des salariés sont intéressés par une sur-complémentaire santé.

Source : 12e baromètre CTIP/CREDOC 2017.

+VOIR AUSSI
Contrat optionnel / facultatif (page 11), Complémentaire santé (page 22).

TIERS PAYANT

C'est le système qui permet à l'assuré de ne pas faire l'avance de frais de santé. L'assurance maladie obligatoire et/ou la complémentaire santé se chargent de verser directement au professionnel de santé le montant des remboursements prévus.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et de la couverture maladie universelle ont accès au tiers payant intégral.

+VOIR AUSSI

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (page 52), Complémentaire santé (page 22), Couverture maladie universelle complémentaire (page 58).

RETROUVEZ
toutes les informations sur la protection sociale complémentaire sur le site internet du CTIP
www.ctip.asso.fr

BÉNÉ
FICIA
IRE

NOTRE FONCTIONNEMENT

Accord collectif • Adhérent • Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) • Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) • Bénéficiaire • Contrat en déshérence • Convention collective • Convention médicale • Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) • Déclaration sociale nominative (DSN) • Éxonérations fiscales et sociales • Frais de gestion • Gouvernance paritaire • Groupe de protection sociale (GPS) • Institution de prévoyance • Mutuelle • Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) • Parcours de soin coordonné • Participant • Plafond de la Sécurité sociale (PSS) • Portabilité des droits • Protection universelle maladie (PUMA) • Recommandation de branche • Secteurs d'exercice • Société d'assurance • Structure de groupe prudentiel • Ticket modérateur • Taxe de solidarité additionnelle (TSA) • Taux de remboursement de la Sécurité sociale • Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM)

ACCORD COLLECTIF

Un accord collectif est un **accord conclu par les partenaires sociaux qui traite d'un ou de certains sujets parmi l'ensemble de ceux abordés dans les conventions collectives.** Son objet est donc plus restreint que celui de la convention collective.

Les signataires de l'accord collectif fixent son champ d'application :

- au niveau géographique : national, régional ou départemental,
- et au niveau professionnel : interprofessionnel, branche, entreprise.

Un accord collectif s'impose aux employeurs ayant adhéré aux organisations patronales signataires du texte.
Le champ d'application de l'accord collectif peut cependant être étendu ou élargi par arrêté ministériel.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Dans les entreprises qui ne disposent pas de délégués syndicaux, un accord collectif peut être conclu entre l'employeur et les représentants du personnel ou par référendum.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *Mettre en place un contrat de prévoyance en entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.

+VOIR AUSSI

Convention collective (page 56).

ADHÉRENT

Entreprise ou établissement ayant souscrit une adhésion auprès d'un organisme complémentaire.

+VOIR AUSSI

Bénéficiaire (page 54).

AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Dispositif destiné aux personnes à faibles revenus pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie complémentaire grâce au financement partiel ou total du montant de la cotisation. L'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est accordée pour un an (renouvelable) aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond ouvrant droit à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et ce plafond majoré d'un pourcentage défini par la loi. Cette aide est variable selon l'âge et la composition du foyer.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La CMU-C et l'ACS sont couvertes par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, ou Fonds CMU, qui est financé par la taxe de solidarité additionnelle à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé.

Le bénéficiaire de l'ACS choisit son contrat de complémentaire santé parmi ceux proposés par les organismes complémentaires référencés. Ce contrat ne peut pas être un contrat collectif obligatoire d'entreprise. Pour en savoir plus : http://www.info-acs.fr.

+VOIR AUSSI

Couverture maladie universelle complémentaire (page 58), Taxe de solidarité additionnelle (page 77).

BASE DE REMBOURSEMENT

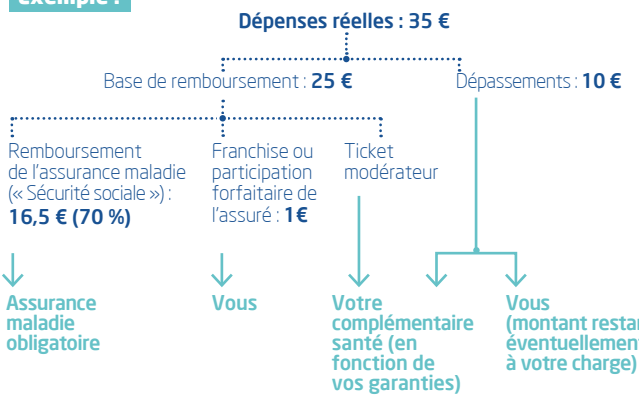
La Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR ou BRSS) est le tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

Elle peut :

- correspondre aux frais réels c'est-à-dire au prix réel de la prestation ou du produit payé par l'assuré, c'est notamment le cas pour la base de remboursement appliquée aux consultations des professionnels de santé conventionnés de secteur 1, on parle alors de tarif de convention ou de tarif opposable,
- ne pas correspondre aux frais réels, c'est notamment le cas pour l'optique.

La base de remboursement de la Sécurité sociale sert souvent de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

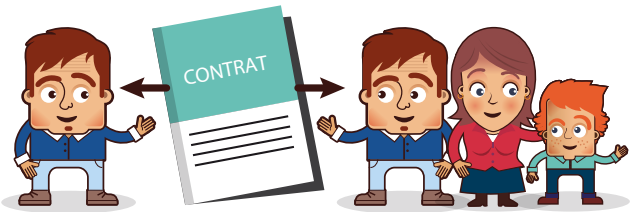
Exemple :



BÉNÉFICIAIRE

Personne qui a droit à des prestations sociales, soit :

- **à titre personnel** lorsqu'elle est la personne physique sur la tête ou sur les intérêts de laquelle repose l'assurance. On parle alors d'assuré.
- **du fait de ses liens avec l'assuré** (enfant ou conjoint), on parle alors d'ayant droit.



CONTRAT EN DÉSHÉRENCE

Les contrats d'assurance en déshérence désignent les contrats dont les capitaux n'ont pas été versés au(x) bénéficiaire(s) lors du décès de l'assuré ou, en cas de vie de l'assuré, au terme du contrat, et sont conservés par l'organisme assureur.
Cette situation survient lorsque l'organisme assureur n'a pas connaissance du décès de l'assuré ou ne parvient pas à retrouver les bénéficiaires du contrat. Les termes de « contrat non réglé » ou de « contrat non réclamé » sont parfois utilisés en lieu et place de « contrat en déshérence ».

Avec la mise en place du dispositif de contrôle qui impose désormais aux assureurs de publier chaque année un bilan de leur action en la matière, c'est 843 millions de fonds qui ont été transférés à la Caisse des Dépôts au 31 décembre 2016.

CONVENTION COLLECTIVE

La convention collective est un **accord conclu par les partenaires sociaux - généralement au sein d'une même profession - en vue de déterminer l'ensemble des conditions d'emploi et de travail des salariés et de leurs garanties sociales.**

Les signataires de la convention collective fixent son champ d'application :

- au niveau géographique : national, régional ou départemental,
- et au niveau professionnel.

La convention collective s'applique aux entreprises entrant dans son champ d'action et adhérentes des organisations patronales signataires du texte. Son champ d'application peut ensuite être étendu ou élargi par arrêté ministériel.

CONVENTION MÉDICALE

La convention médicale est un accord signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), les principaux syndicats représentatifs des professionnels de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). **Il s'agit d'un ensemble de textes régissant les relations entre les professionnels de santé libéraux et l'assurance maladie. Elle fixe entre autres les tarifs de convention**.

Elle engage :

- les professionnels signataires à respecter les tarifs de convention (TC) et à dispenser des soins de qualité,
- les caisses d'Assurance maladie à rembourser les soins, à participer au financement de leurs assurances, et à financer la formation professionnelle continue.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Tous les professionnels de santé exerçant en libéral sont concernés par le système conventionnel mais chaque professionnel de santé est libre d'adhérer à la convention de sa profession.

+VOIR AUSSI

Base de remboursement de la Sécurité sociale (page 53), Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (page 79).

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLÉMENTAIRE

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) **donne droit à une assurance maladie complémentaire gratuite.** Celle-ci permet d'accéder aux soins de ville ou hospitaliers, dans le cadre du parcours de soins, sans dépense à charge et sans avance de frais.

Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources. Cette couverture complémentaire peut être gérée, au libre choix du bénéficiaire, par l'assurance maladie obligatoire ou par un organisme d'assurance maladie complémentaire.
Les personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond ouvrant droit à la CMU-C peuvent obtenir l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

LE SAVIEZ-VOUS ?

La CMU-C et l'ACS sont couvertes par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, ou Fonds CMU, qui est financé par la taxe de solidarité additionnelle à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé.

+VOIR AUSSI

Aide au paiement d'une complémentaire santé (page 52),
Taxe de solidarité additionnelle (page 77).

DÉCLARATION SOCIALE NOMINATIVE

La Déclaration sociale nominative (DSN) est un fichier mensuel produit à partir de la paie. **Elle permet aux entreprises de communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernés.**

La DSN remplace la majorité des déclarations sociales et certaines formalités administratives adressées par les employeurs à une série d'acteurs (CPAM, Urssaf, Agirc-Arrco, Organismes complémentaires, Pôle emploi, Centre des impôts, Caisses des régimes spéciaux, etc.).

La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et des signalements d'événements (maladie, maternité, changement d'un élément du contrat de travail, fin de contrat de travail, etc.).

POUR + D'INFORMATION

Rendez-vous sur le site internet www.dsn-info.fr.

EXONÉRATIONS FISCALES ET SOCIALES

Les contributions au financement d'un contrat collectif de prévoyance (complémentaire santé, prévoyance, épargne retraite) **peuvent bénéficier d'une exonération sociale et d'une déductibilité fiscale** dans certaines limites.

Pour ce faire le contrat doit être :

- collectif et à adhésion obligatoire pour le salarié,
- responsable et solidaire dans le cas d'une complémentaire santé,
- couvrir l'ensemble des salariés en cas de complémentaire santé.

Les exemptions ou déductions sont les suivantes :

- pour les entreprises :
  - concernant la santé et la prévoyance, une exonération des charges sociales pour les contributions versées par l'employeur dans la limite d'un certain plafond (6 % du PASS et à 1,5 % du salaire brut annuel par salarié, le tout ne pouvant excéder 12 % du PASS). Ces contributions sont en revanche assujetties à la CSG et la CRDS (à la charge du salarié) et à un taux réduit de forfait social pour les entreprises de 11 salariés ou plus (à la charge de l'entreprise),
  - concernant l'épargne retraite, l'exonération des charges sociales s'élève à 5 % du PASS et 5 % du salaire dans la limite de 25 % du PASS,
- pour les salariés :
  - pour la prévoyance et la santé, une déduction de la cotisation dans le calcul de l'impôt sur le revenu dans la limite de certains plafonds (5 % du PASS et 2 % de la rémunération brute, dans la limite de 2 % de 8 fois le PASS). Cette déduction concerne la totalité de la cotisation prévoyance et la part salariale de la cotisation santé.
  - pour l'épargne retraite, la déduction de la cotisation s'élève à 8 % du PASS et 8 % de la rémunération brute, dans la limite de 64 % du PASS.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Ces exonérations favorisent la mise en place d'une complémentaire santé et prévoyance de qualité au sein des entreprises en incitant à la négociation collective au-delà des garanties minimales réglementaires.

VOIR AUSSI — Plafond de la Sécurité sociale (page 69).

FRAIS DE GESTION

Les frais de gestion des organismes complémentaires sont de plusieurs sortes :

- **les frais de gestion des sinistres** qui correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des dossiers, versement des indemnisations, etc.),
- **les frais d'acquisition** qui sont engagés pour conquérir de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers),
- **les frais d'administration** qui recouvrent la gestion courante des contrats (relations avec les assurés, encaissement des cotisations, etc.),
- **les autres charges** qui correspondent aux coûts provenant d'une activité d'assurance (administration des placements, réassurance, gestion des risques, conformité, audit, etc.)

LE SAVIEZ-VOUS ?

La part des cotisations perçues utilisées pour couvrir les frais de gestion est variable parmi les organismes complémentaires : 23 % pour les sociétés d'assurance, 20 % pour les mutuelles, 15 % pour les institutions de prévoyance.

Source : DREES, La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, 2016.

GOUVERNANCE PARITAIRE

Pilotage d'un organisme, à part égale, par les représentants des employeurs et les représentants des salariés devant assurer son bon fonctionnement et son contrôle ainsi que la transparence de l'information.

Les institutions de prévoyance et les groupes de protection sociale ont une gouvernance paritaire. Leurs conseils d'administration réunissent à parts égales des représentants des employeurs et des représentants des salariés.

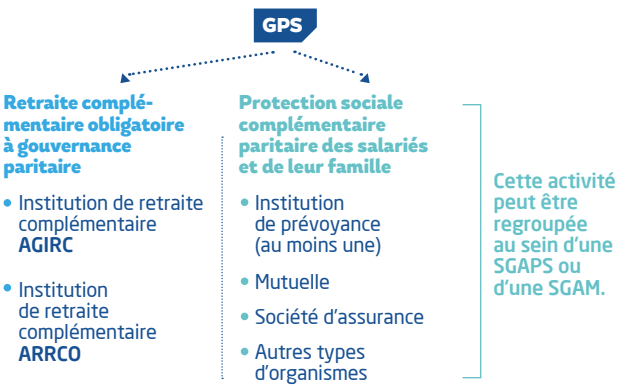
+VOIR AUSSI

Groupe de protection sociale (page 63),
Institution de prévoyance (page 64).

GROUPE DE PROTECTION SOCIALE

Un groupe de protection sociale (GPS) ou groupe paritaire de protection sociale est un **ensemble structuré d'organismes, piloté par les partenaires sociaux.**

Il assure des couvertures de protection sociale complémentaire collectives et individuelles. Il réunit en son sein des activités de retraite complémentaire et de prévoyance. Un GPS est constitué a minima d'une institution de retraite Agirc, d'une institution de retraite Arrco et d'une institution de prévoyance. Il peut également comprendre une ou plusieurs autres institutions de prévoyance, des mutuelles, voire des sociétés d'assurance.



+VOIR AUSSI

Institution de prévoyance (page 64), Mutuelle (page 65), Société d'assurance (page 74), Gouvernance paritaire (page 62), Structure de groupe prudentiel (page 75).

INSTITUTION DE PRÉVOYANCE

Les institutions de prévoyance sont des entreprises d'assurance à but non lucratif. Organismes de droit privé à gouvernance paritaire, elles distribuent et gèrent des contrats collectifs d'assurance de personnes pour une entreprise ou une branche professionnelle.
Elle ne rémunère pas d'actionnaires et ses administrateurs sont des bénévoles issus du monde de l'entreprise. Les institutions de prévoyance sont régies par le code de la Sécurité sociale.

Les institutions de prévoyance sont de trois types :

- les institutions de prévoyance **d'entreprise** qui sont dédiées à une entreprise,
- les institutions de prévoyance **professionnelles** qui sont dédiées à une branche professionnelle ou un secteur d'activité,
- les institutions de prévoyance **interprofessionnelles** qui sont dédiées à plusieurs entreprises issues de secteurs d'activité différents.

La majorité des institutions de prévoyance fait partie de groupes de protection sociale.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les institutions de prévoyance sont représentées au sein de l'UNOCAM par le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

+VOIR AUSSI

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (page 79),
Groupe de protection sociale (page 63).

MUTUELLE

Une mutuelle est un organisme d'assurance à but non-lucratif. Elle fonctionne entre les adhérents selon le principe d'« un adhérent, une voix ».
Elle est dirigée par des adhérents élus au sein de leurs rangs. Elle ne rémunère pas d'actionnaires.
Les mutuelles sont régies par le Code de la mutualité.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les mutuelles sont représentées au sein de l'UNOCAM par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et par la Fédération nationale indépendance des mutuelles (FNIM).

+VOIR AUSSI
Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (page 79).

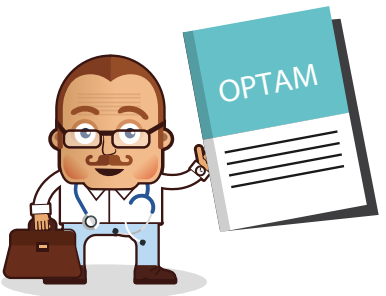
OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) **visent à encadrer les dépassements d'honoraires des médecins de secteur 2 afin de réduire le reste à charge des patients.**

Le praticien s'engage à stabiliser ses taux de dépassements d'honoraires et d'activité à tarif opposable, recevant en contrepartie une rémunération spécifique de l'assurance maladie obligatoire.

POUR + D'INFORMATION

Le guide de la prévoyance collective CTIP *La complémentaire santé d'entreprise* est disponible sur : ctip.asso.fr > publications > guides pratiques.



+VOIR AUSSI

Base de remboursement de la Sécurité sociale (page 53).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement.

Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.
De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

+VOIR AUSSI — Contrat responsable (page 9).

PARTICIPANT

Personne active assurée auprès d'une institution de prévoyance. Les salariés assurés auprès d'une institution de prévoyance participent à sa gestion par l'intermédiaire de leurs représentants, dans le cadre de la gouvernance paritaire.

+VOIR AUSSI

Gouvernance paritaire (page 62).

PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le Plafond de la Sécurité sociale (PSS) ou Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) est le **montant de salaire défini comme assiette limite des cotisations d'assurance vieillesse de la Sécurité sociale, et comme salaire maximum pour le calcul des prestations** (indemnités journalières, maladie ou maternité, pension vieillesse, pension d'invalidité).

Ce plafond est exprimé en euros et sous différentes formes : plafond horaire, plafond journalier, plafond mensuel, plafond trimestriel, plafond annuel.
Il participe au calcul de certaines cotisations sociales (régime de retraite de base de la Sécurité sociale, cotisations de retraite complémentaire, ...) et de certaines prestations de Sécurité sociale (allocations chômage, ...).
Les cotisations et certains remboursements prévus dans le cadre des contrats de complémentaire santé sont également indexés sur la valeur du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS).

PORTABILITÉ DES DROITS

La portabilité des droits est un **dispositif permettant le maintien des garanties prévoyance et santé collectives existantes dans l'entreprise, pour les salariés quittant leur entreprise** (sauf démission et licenciement pour faute lourde) et bénéficiant de l'assurance chômage.

La portabilité prend effet le jour de la cessation du contrat de travail. Elle est maintenue pendant la période durant laquelle l'intéressé est au chômage et pour une durée égale à la durée de son dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, sans pouvoir être supérieure à 12 mois.

Le coût de la portabilité est supporté par l'entreprise et les salariés en activité. L'ancien salarié bénéficie gratuitement de la portabilité.

+VOIR AUSSI
Contrat collectif (page 7).

PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE

La Protection universelle maladie (PUMA) **assure à toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle en France ou qui résident en France** de façon régulière et stable (c'est-à-dire de façon ininterrompue depuis plus de trois mois), **la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité,** à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La Protection universelle maladie a été instaurée par l'article 59 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Son objectif est de garantir un droit au remboursement des soins de manière continue qui ne soit pas affecté par les changements familiaux et professionnels. Elle a notamment entraîné la suppression de la CMU de base et du statut d'ayant droit majeur.

RECOMMANDATION DE BRANCHE

Les partenaires sociaux d'une branche professionnelle peuvent recommander un ou plusieurs organismes assureurs aux entreprises de leur branche. Cette recommandation n'est pas obligatoire et les entreprises de la branche ont le choix d'adhérer ou non à l'un des organismes recommandés. Les recommandations sont le fruit d'un processus de négociation précis au niveau de la branche et défini par la loi.

La recommandation a plusieurs facettes :

- elle peut nommer un ou plusieurs organismes avec un contrat déjà négocié au niveau de la branche prévoyant des garanties minimales,
- elle peut recommander un ou plusieurs organismes avec des garanties minimales à respecter sans proposer de contrat type.

Lorsqu'un organisme est recommandé par une branche, ce dernier se trouve lié par l'accord et ne peut pas refuser d'entreprise candidate de la branche à la souscription au contrat d'assurance santé complémentaire.

SECTEURS D'EXERCICE

- Secteur 1 ou secteur à honoraires opposables : le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention médicale (tarif de convention). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.
- Secteur 2 ou secteur à honoraires différents : le médecin conventionné de secteur 2 est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ». Ses patients sont remboursés sur la base du tarif de convention.

Le médecin de secteur 3 est dit « non conventionné ». Il peut fixer librement ses tarifs mais l'assurance maladie rembourse ses patients sur la base du tarif d'autorité.

LE SAVIEZ-VOUS ?

99 %

des médecins en France sont conventionnés.

Source : Assurance Maladie, La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, Synthèse.

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE

Il existe deux types de sociétés d'assurance :

- **société anonyme :** entreprise de capitaux dont l'objectif est la réalisation de bénéfices et la redistribution par la suite aux actionnaires, qui ne sont pas les assurés,
- **société d'assurance mutuelle :** à but non lucratif. Les sociétaires sont aussi les assurés et contribuent aux décisions en assemblée générale.

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les sociétés d'assurance sont représentées au sein de l'UNOCAM par la Fédération française de l'assurance (FFA).

+VOIR AUSSI

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (page 79).

STRUCTURE DE GROUPE PRUDENTIEL

Un groupe prudentiel est caractérisé par :

- **des liens capitalistiques** entre les entités affilées ou des dirigeants communs,
- **des liens de solidarité financière** couplés à une coordination centralisée des pouvoirs de décision financière et un contrôle ad hoc de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR),
- **une influence dominante.**

Il existe quatre structures de groupes prudentiels :

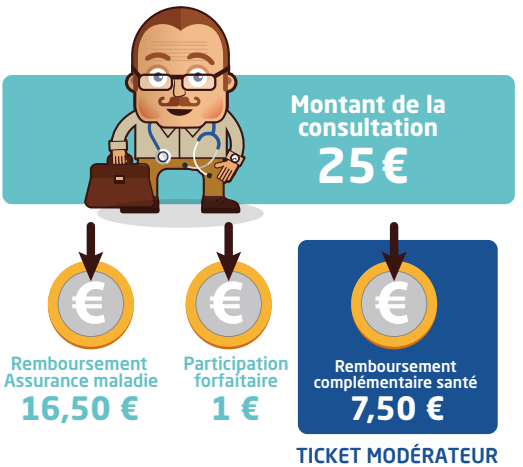
- **les SGA** – Société de groupe d'assurance – qui dépendent du code des assurances,
- **les SGAM** – Société de groupe d'assurance mutuelle – qui dépendent du code des assurances,
- **les SGAPS** – Société de groupe assurantiel de protection sociale – qui dépendent du code de la Sécurité sociale,
- **les UMG** – Union mutualiste de groupe – qui dépendent du code de la mutualité.

Autres structures de groupes

Les structures de type UGM (Union de groupe mutualiste), GAM (Groupement d'assurance mutuelle) et GAPS (Groupement assurantiel de protection sociale) ne sont pas considérées comme prudentielles. Ces dispositifs permettent de faciliter et de développer les activités de leurs membres, mais avec une moins forte cohésion et plus de réversibilité. En particulier, elles n'ont pas le droit de mettre en place des liens de solidarité financière importants et durables ni d'exercer une influence dominante sur leurs adhérents.

TICKET MODÉRATEUR

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant effectivement remboursé par l'assurance maladie obligatoire. Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)... Le ticket modérateur est généralement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.



+VOIR AUSSI
Base de remboursement de la Sécurité sociale (page 53).

TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE

La Taxe de solidarité additionnelle (TSA) sur les contrats de complémentaire santé finance le fonds CMU et la Sécurité sociale.
Recouvrée par l'Urssaf, sur déclaration et versement des organismes de complémentaire santé, elle porte sur les cotisations finançant les contrats de complémentaire santé.

Doivent également être intégrées dans l'assiette de la taxe :

- les majorations de cotisation,
- les accessoires, notamment les frais de recouvrement, frais d'avenant, frais d'estimation...
- diverses autres sommes telles que notamment les indemnités de résiliation ou pénalités de retard pour retard de paiement.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La TSA est de 13,27 % pour les contrats complémentaire santé « solidaires et responsables » et de 20,27 % sur les contrats complémentaire santé « non solidaires et responsables ».

+VOIR AUSSI

Aide au paiement d'une complémentaire santé (page 52), Couverture maladie universelle complémentaire (Page 58).

TAUX DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Taux appliqué par l'assurance maladie obligatoire sur la base de remboursement pour déterminer le montant de son remboursement. Celui-ci peut être, le cas échéant, minoré de la franchise ou de la participation forfaitaire, pour aboutir au montant effectivement versé à l'assuré par l'assurance maladie obligatoire.

Le taux de remboursement varie selon la prestation ou le produit. Il est de :

- 70 % de la base de remboursement pour les actes médicaux,
- 60 % de la base de remboursement pour les actes paramédicaux,
- 65 % de la base de remboursement pour l'appareillage,
- 100 %, 65 %, 35 % ou 15 % pour les médicaments.

Le taux de remboursement peut aussi varier en fonction du statut de l'assuré (par exemple 100 % en cas de maternité ou d'affection de longue durée) ou encore du respect par le patient des règles du parcours de soins coordonnés (remboursement minoré des consultations et actes « hors parcours »).

+VOIR AUSSI — Base de remboursement de la Sécurité sociale (page 53).

UNION NATIONALE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'UNOCAM est l'association au sein de laquelle les familles d'organismes complémentaires d'assurance maladie se retrouvent et se concertent.

Les missions de l'UNOCAM sont les suivantes :

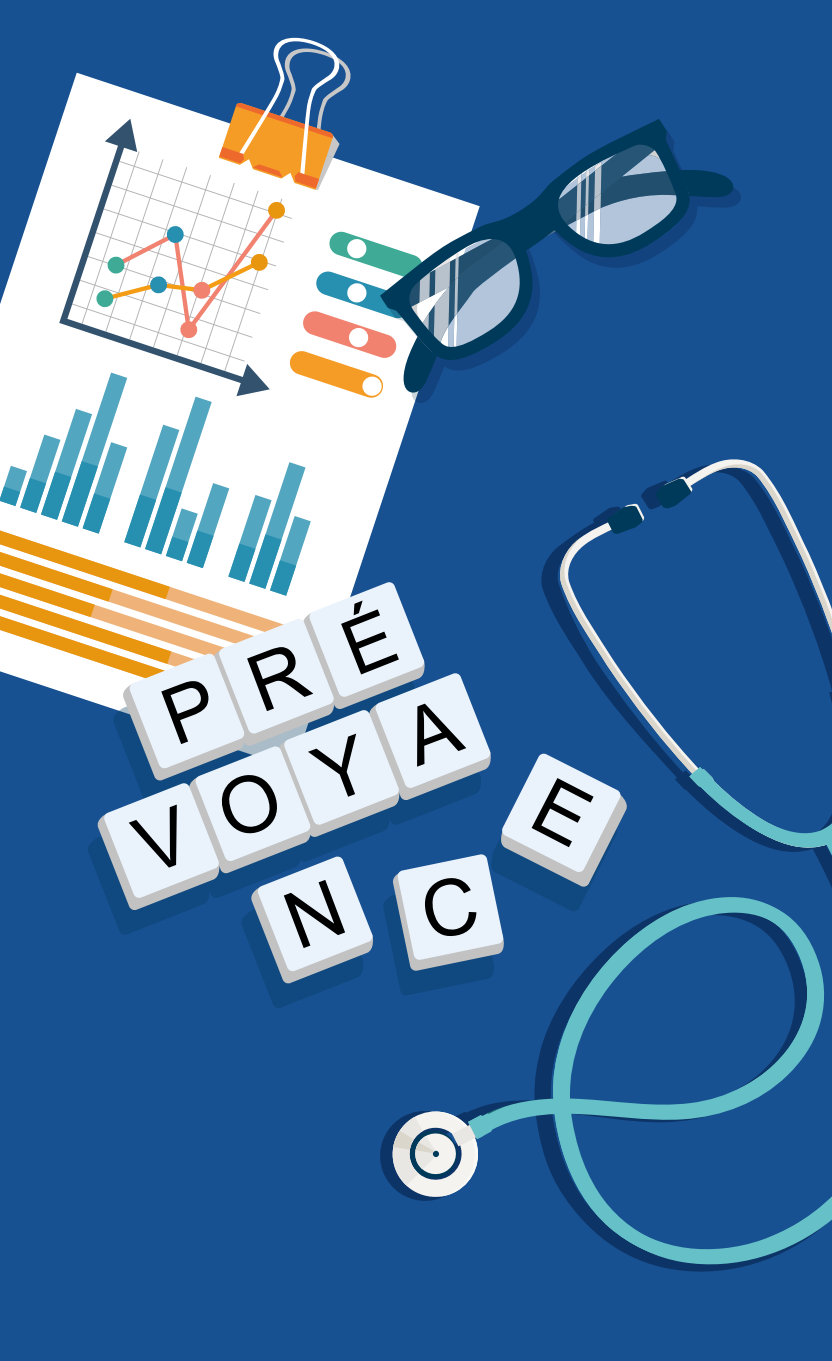
- construire des positions communes aux familles d'organismes complémentaires,
- porter la voix des organismes complémentaires dans le cadre des consultations sur les évolutions du financement du système de santé,
- négocier et signer les conventions nationales avec l'assurance maladie et les professionnels de santé.

L'UNOCAM représente les organismes complémentaires à l'assurance maladie au sein de plusieurs instances nationales :

- le Comité économique des produits de santé (CEPS),
- l'Institut national des données de santé (INDS),
- les Agences régionales de santé (ARS),
- la Conférence nationale de santé.

Les membres de l'UNOCAM sont :

- le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP),
- la Fédération française de l'assurance (FFA),
- la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF),
- la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM),
- le régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle.


PRÉ
VOYA
NCE

QUI SOMMES-NOUS ?

- **PRÉSENTATION** de l'AMC, des IP, des GPS et du CTIP.
- **LEXIQUE**
- **GLOSSAIRE**

L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

LE RÔLE DE L'AMC

Le rôle fondamental de l'assurance maladie complémentaire est de diminuer le reste à charge des assurés, de faciliter leur accès aux soins, d'améliorer le rapport qualité/coût des actes et services de santé, de favoriser l'orientation, la prévention et l'accompagnement des assurés.

LA STRUCTURE DE L'AMC

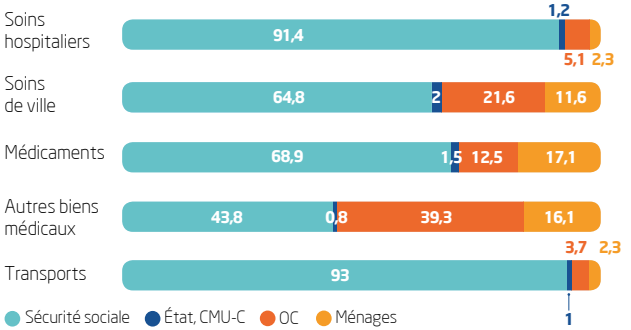
En France, il existe trois types d'organismes complémentaires à l'assurance maladie.

- Les institutions de prévoyance, régies par le code de la Sécurité sociale. À but non-lucratif et à gouvernance paritaire, les institutions de prévoyance sont gouvernées par les représentants des salariés et des employeurs.
- Les sociétés d'assurance, régies par le code des assurances. Il existe 2 types de sociétés d'assurance :
  - société anonyme : les actionnaires ne sont pas les assurés.
  - société d'assurance mutuelle : à but non lucratif. Les sociétaires sont aussi les assurés et contribuent aux décisions en assemblée générale.
- Les mutuelles, régies par le code de la mutualité. À but non-lucratif, elles fonctionnent selon un principe d'égalité entre les adhérents : « un adhérent, une voix ». Elles sont dirigées par des adhérents élus au sein de leurs rangs.

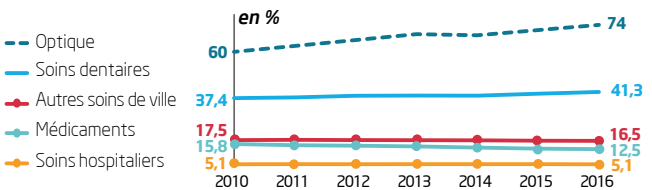
LE POIDS DE L'AMC DANS LE REMBOURSEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE PRÉVOYANCE

En France, 13,3 % des dépenses de santé sont remboursées par l'assurance maladie complémentaire.
Ce poids de l'assurance maladie complémentaire dans le remboursement des dépenses de santé varie énormément selon les postes de dépenses.
Son importance est ainsi particulièrement marquée pour les autres biens médicaux parmi lesquels l'optique tient une place prépondérante (l'optique médicale est remboursée à 74 % par l'assurance maladie complémentaire). De même pour les soins de ville, avec entre autres les soins et prothèses dentaires (remboursés à 41,3 % par l'assurance maladie complémentaire).

Structure de financement des grands postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2016
en %



Part des organismes complémentaires dans quelques postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), de 2010 à 2016



Source : DREES, Les dépenses de santé en 2016, Résultats des comptes de la santé, 2017.

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

DES ACTEURS DÉDIÉS AU CONTRAT COLLECTIF

Une institution de prévoyance est un organisme à gouvernance paritaire, à but non lucratif, qui assure, distribue et gère des contrats collectifs d'assurance de personnes pour une entreprise ou une branche professionnelle. L'institution de prévoyance est gouvernée par les représentants des employeurs et des salariés qui travaillent ensemble à son pilotage. Le conseil d'administration, composé des représentants des employeurs et des salariés, oriente et valide les décisions, tandis que la direction générale assure la gestion opérationnelle et effective de l'institution.

Cette gouvernance paritaire a pour origine les contrats collectifs de personnes, c'est-à-dire les contrats souscrits par une entreprise ou une branche professionnelle en vue de couvrir des salariés et leurs ayants droit.

LE SAVIEZ-VOUS ?

À but non-lucratif, une institution de prévoyance n'a pas d'actionnaires à rémunérer. Organisme d'assurance soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), elle oriente, en partie, ses investissements vers l'amélioration de ses garanties et services ainsi que vers son activité sociale.

L'ACTIVITÉ DES IP

Une institution de prévoyance propose des garanties qui prévoient le versement aux salariés :

- d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail,
- de rentes en cas d'invalidité ; de capitaux décès et de rentes pour les conjoints survivants et pour l'éducation des enfants,
- de remboursements de frais de soins de santé,
- de rentes en cas de dépendance ou de retraite.

L'activité des IP ne s'arrête pas à la gestion des garanties. Elles développent également des activités sociales. Celles-ci leur permettent d'aider les salariés et leurs familles dans les moments difficiles et de soutenir leurs projets dans des domaines cohérents avec leur rôle (accès aux soins de santé, aide à la recherche médicale, action en faveur des personnes en perte d'autonomie, retour à l'emploi...) et sous des formes variées (individuelle ou collective, subventions ou services...).

LES IP DE 1945 À NOS JOURS :

4 OCTOBRE 1945

La création de la Sécurité sociale consacre la gestion paritaire de la protection sociale par l'article L.4, qui permet la création d'organismes complémentaires.

14 MARS 1947

La création du régime de retraite complémentaire des cadres instaure une garantie en cas de décès. C'est sur cette base que se développera la prévoyance au sein des caisses de retraite et de prévoyance.

8 AOÛT 1994

La loi relative à la protection sociale complémentaire marque une évolution fondamentale, en donnant aux institutions de prévoyance, à leur demande, une réelle personnalité juridique. Avec l'adaptation de la législation française aux directives européennes, les institutions de prévoyance voient clairement précisés leurs statuts et leurs modes de fonctionnement.

8 JUILLET 2009

L'accord sur la gouvernance des groupes de protection sociale donne une existence officielle aux groupes et crée l'instance de coordination entre le CTIP et les fédérations Agirc et Arrco.

1ER JANVIER 2016

La généralisation de la complémentaire santé s'impose dans toutes les entreprises. C'est aussi l'entrée en vigueur de la directive Solvabilité 2.

CHIFFRES CLÉS 2016

26,7 Mds
CHIFFRE D'AFFAIRES
consolidé des groupes de protection sociale

85 M€
CONSACRÉS AU TITRE DE L'ACTIVITÉ SOCIALE
par les institutions de prévoyance en 2016

DE COTISATIONS PERÇUES
par les institutions de prévoyance en 2016

- **6,48 Mds** en complémentaire santé
- **908 M** pour la retraite supplémentaire
- **5,69 Mds** pour les garanties de prévoyance

DE PRESTATIONS VERSÉES
par les institutions de prévoyance en 2016

- **5,68 Mds** en complémentaire santé
- **1,13 Md** pour la retraite supplémentaire
- **5,37 Mds** pour les garanties de prévoyance

LE CTIP

Le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP) est le porte-parole des institutions de prévoyance (IP), qu'il représente auprès des pouvoirs publics nationaux et européens.

Il participe ainsi à l'évolution des règles qui régissent leur fonctionnement et leur activité, en coordination avec le ministère des Solidarités et de la Santé, le ministère des Finances, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Autorité des normes comptables (ANC) et la Commission européenne. En tant que membre fondateur de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), il porte également la voix des institutions de prévoyance lors des négociations conventionnelles.

Au plan européen, le CTIP s'appuie sur l'association européenne des institutions paritaires (AEIP), dont il est membre actif et fondateur.

Fort de ses valeurs fondatrices - la solidarité, la non-lucrativité et l'efficacité - le CTIP agit au quotidien pour favoriser le développement des institutions de prévoyance en préservant leur vocation sociale et la spécificité de leur gouvernance paritaire.

Au service de ses adhérents, il assure une veille juridique permanente et propose aux administrateurs des institutions de prévoyance des cycles de formation ainsi que des journées d'information. Il s'efforce ainsi de donner aux administrateurs les connaissances et les outils pour orienter et contrôler la stratégie des institutions de prévoyance et des groupes de protection sociale.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Afin de favoriser les échanges de bonnes pratiques et de faire émerger des positions communes, le CTIP organise également des groupes de travail et des commissions thématiques - présidés par des directeurs généraux ou directeurs généraux délégués - auxquels sont conviés des collaborateurs des institutions de prévoyance. Enfin, le CTIP réalise également des études dans de nombreux domaines : juridique, comptabilité, gestion financière, informatisation des échanges avec les entreprises...

LES ADHÉRENTS DU CTIP

Toutes les institutions de prévoyance existantes sont membres du CTIP soit :

36 institutions dont :
- 15 professionnelles,
- 15 interprofessionnelles,
- 6 d'entreprise.

Les adhérents du CTIP comprennent également :

1 union d'institutions de prévoyance,
1 institution de gestion de retraite supplémentaire.

PAR GROUPE DE PROTECTION SOCIALE D'APPARTENANCE

AG2R LA MONDIALE
- AG2R RÉUNICA PRÉVOYANCE
- ARPÈGE PRÉVOYANCE

AGRICA
- AGRI PRÉVOYANCE
- CCPMA PRÉVOYANCE
- CPCEA

APICIL
- A2VIP
- APICIL PRÉVOYANCE

AUDIENS
- AUDIENS PRÉVOYANCE

BTPR
- CRP-BTP

CRC
- CAISSE RÉUNIONNAISE DE PRÉVOYANCE

ENSEMBLE PROTECTION SOCIALE
- CGP

HUMANIS
- HUMANIS PRÉVOYANCE
- IPBP
- IPSEC

IRCEM
- IRCEM PRÉVOYANCE

IRP AUTO
- IRP AUTO IÉNA PRÉVOYANCE
- IRP AUTO PRÉVOYANCE SANTÉ

KLÉSIA
- CARCEPT PRÉVOYANCE
- IPRIAC
- KLÉSIA PRÉVOYANCE

LOURMEL
- CARPILIG PRÉVOYANCE

MALAKOFF MÉDÉRIC
- CAPREVAL
- INPR
- MALAKOFF MÉDÉRIC PRÉVOYANCE

PRO BTP
- BTP PRÉVOYANCE

VICTOR HUGO
- CIPREV

HORS GROUPE DE PROTECTION SOCIALE

- ANIPS
- APGIS
- CAPSSA
- CARCO
- Institution de prévoyance AUSTERLITZ
- Institution de prévoyance NESTLÉ
- Institution de prévoyance VALMY
- IPECA PRÉVOYANCE
- KERIALIS
- UNIPRÉVOYANCE

UNION D'INSTITUTIONS

- OCIRP

INSTITUTION DE GESTION DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

- IG-CREA

LEXIQUE

A

- Accord collectif 50
- Action sociale 20
- Activités sociales 20
- Adhérent 51
- Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) 52
- Assurance 06
- Assurance de personnes 06

B

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) 53
- Bénéficiaire 54

C

- Capital décès 21
- Complémentaire santé 22
- Contrat collectif 07
- Contrat de prévoyance 08
- Contrat en déshérence 55
- Contrat facultatif 11
- Contrat individuel 10
- Contrat optionnel 11
- Contrat solidaire et responsable 09
- Convention collective 56
- Convention médicale 57
- Cotisation 23
- Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) 58

D

- Déclaration sociale nominative (DSN) 59
- Dispense d'affiliation 12

E

- Épargne retraite 25
- Épargne salariale 24
- Exonérations fiscales et sociales 60

F

- Frais de gestion 61

G

- Garantie 13
- Garantie incapacité de travail 27
- Garantie invalidité 28
- Garanties décès 26
- Gouvernance paritaire 62
- Groupe de protection sociale 63

I

- Incapacité de travail 29
- Indemnités de fin de carrière 36
- Indemnités journalières 30
- Institution de prévoyance ... 64
- Invalidité 31

M

- Mutualisation 14
- Mutuelle 65

O

- Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) 66

P

- Parcours de soins coordonnés... 67
- Participant 68
- Perte d'autonomie / dépendance 32
- Plafond de la Sécurité sociale (PASS) 69
- Plan d'épargne entreprise (PEE) 33
- Plan d'épargne retraite collectif (PERCO) 34
- Plan d'épargne retraite collectif interentreprises (PERCO-I) 34
- Portabilité des droits 70
- Prestations 15
- Prévention 35
- Prévoyance 16
- Prévoyance collective 16
- Prime de fin de carrière 36
- Protection sociale complémentaire 17
- Protection universelle maladie (PUMA) 71

R

- Recommandation de branche... 72
- Régime à cotisations définies... 37
- Régime à prestations définies... 38
- Rente d'éducation 41
- Rente d'invalidité 40
- Rente de conjoint 39
- Rente viagère 42
- Réseau de soins 44
- Retraite complémentaire 43
- Retraite supplémentaire 42

S

- Secteurs d'exercice..... 73
- Société d'assurance 74
- Structure de groupe prudentiel 75
- Sur-complémentaire santé... 45

T

- Taux de remboursement de la Sécurité sociale 78
- Taxe de solidarité additionnelle 77
- Ticket modérateur 76
- Tiers payant 46

U

- Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM) 79

GLOSSAIRE DES ACRONYMES

AAH	Allocation adultes handicapés (voir page 32)
ACOSS	Agence centrale des organismes de Sécurité sociale
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (voir page 75)
ACS	Aide au paiement d'une complémentaire santé (voir page 52)
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (voir page 32)
AGIRA	Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (voir page 55)
AGIRC	Association générale des institutions de retraite des cadres (voir page 43)
ALD	Affection de longue durée (voir page 76)
AMC	Assurance maladie complémentaire et, par extension, organismes d'assurance maladie complémentaire (voir page 82)
AMO	Assurance maladie obligatoire et, par extension, organismes d'assurance maladie obligatoire
ANI	Accord national interprofessionnel
ARRCO	Association des régimes de retraites complémentaires (voir page 43)
BPIJ	Bordereaux de paiement des indemnités journalières (voir page 30)
BRSS	Base de remboursement de la Sécurité sociale (voir page 53)
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire (voir page 58)
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale (voir page 60)
CSG	Contribution sociale généralisée (voir page 60)
DRE	Demandes de remboursement électroniques
DSN	Déclaration sociale nominative (voir page 59)
DUE	Décision unilatérale de l'employeur
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FFA	Fédération française de l'assurance (voir page 79)

FNMF	Fédération française de la mutualité française (voir page 65)
FRPS	Fonds de retraite professionnelle supplémentaire
FSE	Feuilles de soins électroniques
GAPS	Groupement assurantiel de protection sociale (voir page 75)
GPS	Groupe de protection sociale (voir page 63)
HAD	Hospitalisation à domicile
HCFEA	Haut Conseil à la famille, à l'enfance et de l'âge
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJSS	Indemnités journalières de la Sécurité sociale (voir page 30)
IP	Institution de prévoyance (voir page 64)
IRC	Institutions de retraite complémentaire (voir page 43)
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
NIR	Numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques (numéro de Sécurité sociale)
OC	Organisme complémentaire
OCAM	Organisme complémentaire d'assurance maladie (voir page 79)
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée (voir page 66)
PASS	Plafond annuel de la Sécurité sociale (voir page 69)
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PUMA	Protection universelle maladie (voir page 71)
RAC	Reste à charge
SGAM	Société de groupe d'assurance mutuelle (voir page 75)
SGAPS	Société de groupe assurantiel de protection sociale (voir page 75)
SNDS	Système national des données de santé
TA	Tarif d'autorité
TC	Tarif de convention (voir page 57)
TM	Ticket modérateur (voir page 76)
TR	Tarif de responsabilité
TSA	Taxe de solidarité additionnelle (voir page 77)
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (voir page 79)
URSSAF	Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

Conception & réalisation : **CIMAYA** • Crédits : StudioGlukoz, iStock.

CTIP

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

10, rue Cambacérès
75008 Paris
01 42 66 68 49
www.ctip.asso.fr