



## Le plan Soins de santé groupe est-il un élément pertinent de votre politique de rémunération globale?

Le responsable RH, lorsqu'il cherche à optimiser l'enveloppe salariale, essaie en principe de satisfaire aux souhaits de tous ses salariés quant au choix des avantages extra-légaux venant en complément du salaire direct. En général, il examine les tendances de marché se rapportant à son secteur et choisit les meilleurs avantages possibles compte tenu de ses contraintes de budget. Font en général partie de l'enveloppe salariale, les chèques-restaurants ou encore le plan de pension complémentaire incluant les volets retraite, décès et invalidité. Le plan groupe Soins de santé est souvent oublié.

De tels plans ne sont cependant pas à négliger. Ils permettent de soulager nombre de salariés dans le remboursement de frais médicaux pour des soins dispensés et pour lesquels la Caisse Nationale de Santé (CNS) ou autre Caisse de maladie du salarié résident luxembourgeois ou frontalier refuse toute intervention.

### Contexte légal

Pour rappel, l'affiliation à la Caisse Nationale de Santé est obligatoire pour tout travailleur salarié ou indépendant au Luxembourg. Elle ne l'est pas naturellement pour tout membre de famille non-résident luxembourgeois.

En plus de son affiliation à la CNS, tout travailleur frontalier doit aussi être inscrit auprès d'une caisse de maladie ou mutuelle de son pays de résidence. Il remettra à sa caisse de maladie l'attestation S1, attestation qui est délivrée automatiquement par le service Affiliation du Centre Commun de la Sécurité Sociale.

Lorsqu'un salarié sous contrat de travail luxembourgeois ou un membre de sa famille nécessite des soins médicaux, il sollicite soit la CNS, soit sa caisse de maladie locale pour le remboursement légal éventuel en fonction du pays où les soins ont été dispensés.

Pour le résident luxembourgeois et sa famille, ce sera toujours la CNS au Luxembourg puisqu'il n'est obligatoirement affilié qu'à cette seule caisse de maladie. S'il était en plus affilié facultativement à une mutuelle au Luxembourg, il pourrait s'y adresser aussi.

Pour le travailleur frontalier et sa famille « dépendante », l'intervention sera demandée à la CNS si les consultations et soins médicaux ont eu lieu sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg.



### NOS SERVICES

#### Conception de plans

Design et implémentation de plans de pension complémentaires

#### Fonds de pension

Mise en place et structuration de fonds de pension

#### Gestion

Gestion de plans et fonds de pension

#### Employee benefits

Consultance en matière d'employee benefits

#### Services actuariels

Conseil et gestion actuariels

### Contact

PECOMA International S. A.  
11-13, rue Jean Fischbach  
L-3372 Leudelange

Tel.: 26 26 09-1

Fax: 26 26-2100

E-Mail: [info@pecoma.lu](mailto:info@pecoma.lu)

Web: [www.pecoma.lu](http://www.pecoma.lu)



Par contre, pour toute consultation, soins médicaux, achat de médicaments ou intervention médicale dans le pays de résidence, c'est la caisse de maladie ou mutuelle nationale qui intervient selon la grille de tarifs conventionnés prévus dans le pays en question.

Les frontaliers résidant en Alsace-Moselle bénéficient d'un régime local particulier. Le frontalier belge ainsi que les membres de sa famille à charge bénéficient, en vertu de la convention belgoluxembourgeoise, d'un complément versé par le pays d'emploi.

### **Nécessité d'un plan Soins de santé de groupe**

Les frais restant à charge du patient peuvent s'avérer très élevés après intervention ou non-intervention des caisses légales. Tout dépend du type de soins et du pays choisi pour dispenser les soins. Quelques exemples développés ci-après le montrent, qu'il s'agisse de traitements stationnaires ou de traitements ambulatoires.

#### **Les traitements stationnaires**

En règle générale, pour une hospitalisation au Grand-Duché de Luxembourg, la CNS couvre tous les frais de base. Restent à charge du patient les frais supplémentaires, comme par exemple ceux engendrés pour être patient 1<sup>ère</sup> classe à l'hôpital, ou encore pour une chambre individuelle, ou les mémoires d'honoraires des médecins, le téléphone, la location de la télévision dans la chambre... Pour une hospitalisation du frontalier dans son pays de résidence, en général, la caisse de maladie à laquelle il est affilié n'interviendra aussi que pour les frais de base.

Lorsqu'un salarié résident luxembourgeois choisit de se faire hospitaliser, voire opérer dans un pays autre que le Luxembourg pour des motifs bien spécifiques et objectifs, il peut arriver que la CNS refuse toute prestation. C'est certainement le cas lorsque le type d'intervention pour lequel le patient est parti à l'étranger existait au Luxembourg. Un frontalier qui se fait hospitaliser dans un pays autre que son pays de résidence ou le Luxembourg peut également essuyer des refus d'intervention, que ce soit de la CNS ou de sa caisse de maladie locale. Dans pareil cas, tous les frais restent à charge du salarié.

Ces cas de figure ne sont pas isolés. Ci-après, l'illustration de deux cas rencontrés dans deux sociétés :

- un salarié résident à Luxembourg se voyait soudain atteint d'un cancer du cerveau pour lequel il fallait opérer. Le chirurgien reconnu comme meilleur spécialiste actuel pour ce type d'opération se trouvait à Hannovre. Le salarié prit alors la décision de se faire opérer par ce médecin à Hannovre. Il fut hospitalisé à Hannovre pendant une quinzaine de jours.



La facture de l'hôpital était de l'ordre de 15.000 EUR, pour laquelle il ne reçut aucune indemnisation de la CNS;

- une dame employée dans une société de services à Luxembourg souffrait de problèmes au genou depuis plus de deux ans. Elle prit la décision de se faire opérer du ménisque à Luxembourg. L'opération ne fut pas concluante et souffrant encore plus qu'avant, elle décida de se faire opérer par le spécialiste reconnu pour ce type de problème à Strasbourg. La CNS a refusé toute intervention. Dès lors, cette dame a dû payer la totalité des frais résultant de 4 jours d'hospitalisation, à savoir +/- 7.000 EUR.

Dans ces deux cas de figure, si l'employeur avait mis en place un plan groupe Soins de santé couvrant l'hospitalisation et les soins ambulatoires des maladies graves au profit de ses salariés, ces deux salariés n'auraient pas dû intervenir de leurs propres deniers.

Une hospitalisation en urgence pendant des vacances à l'étranger peut aussi se révéler ruineuse pour le patient non couvert par une assurance complémentaire. C'est ainsi qu'un Luxembourgeois parti en vacances aux Etats-Unis avait dû être hospitalisé pour un problème cardiaque. Il fallut procéder à un pontage en urgence. La facture totale se chiffrait à 75.000 EUR et la CNS n'intervint que pour un montant très limité. Non seulement ce Luxembourgeois eut ses vacances gâchées, mais en plus il se retrouva avec une énorme dette.

### **Les traitements ambulatoires**

On entend par traitements ambulatoires, les soins de santé prodigués ou ordonnés par un médecin en dehors de l'hospitalisation, comme par exemple les consultations médicales, les médicaments et bandages, la kinésithérapie, les lunettes et lentilles de contact, la naturopathie, l'ostéopathie, les soins dentaires, les prothèses... Pour certains de ces traitements, à condition qu'ils soient prescrits par un médecin reconnu et parfois avec certaines restrictions, la CNS intervient au Luxembourg pour des montants de l'ordre de 70 % et 80 % du coût. Il reste cependant des exceptions comme les traitements homéopathiques ou encore les soins conférés par un naturopathe ou un ostéopathe. Pour les lunettes, lentilles ou orthodontie, il existe toujours des plafonds de remboursement. Dans les pays frontaliers, certains de ces soins ne sont pas remboursés non plus, les autres l'étant très faiblement. Voici deux exemples banals de besoin d'intervention médicale où une assurance complémentaire aurait été appréciable :

- un jeune salarié luxembourgeois récemment engagé dans une société devait porter des lunettes. Il en effectua l'achat. La facture s'élevait à 580 EUR, pour laquelle il fut remboursé à concurrence de 73 EUR par la CNS. Restait donc à sa charge 527 EUR ;



- un salarié dont un des 3 enfants nécessitait un appareil dentaire. La facture s'est élevée à 5.256 EUR et la CNS n'est intervenue que pour 1.812 EUR. Il a dû déboursier 3.444 EUR.

De manière générale, avant toute hospitalisation ou traitements ambulatoires, il est utile de se renseigner auprès de sa caisse de maladie et/ou de la CNS pour savoir s'il y a intervention.

### **Implémentation d'un plan Soins de santé groupe**

Quelques assureurs de la Place offrent des produits Soins de santé groupe standard ou taillés sur mesure pour mieux répondre au besoin particulier de chaque entreprise. L'affiliation au plan est en général obligatoire pour les salariés et facultative pour les membres de la famille. Des formalités médicales ne sont pas toujours requises, tout dépend de la taille de la société et des prestations souhaitées.

Les primes sont soumises à un impôt de 4 %. Il n'y a pas de retenues sociales additionnelles. Lorsqu'elles sont payées par l'employeur pour ses salariés, les primes sont considérées comme avantages en nature et taxées comme telles dans le chef du salarié. Lorsque le salarié paye lui-même la prime, pour lui ou pour les membres de sa famille, elle est déductible comme Dépenses spéciales dans les limitations prévues à l'article 111 L.I.R. (maximum 672 EUR par an et par personne du foyer fiscal).

Lydia Chenoy

PECOMA International S.A.

+352 26 26 09-21

Lydia.chenoy@pecoma.lu