



POINT SUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE

La loi de sécurisation de l'emploi prévoit l'obligation pour tous les employeurs du secteur privé de proposer une complémentaire santé au 1^{er} janvier 2016 à tous leurs salariés.

Les entreprises resteront libres de contracter avec l'assureur de leur choix (les clauses de désignation, obligeant les entreprises à adhérer auprès d'un ou plusieurs organismes, sont désormais interdites).

FOIRE AUX QUESTIONS SUR LA COMPLEMENTAIRE SANTE

1 / Qu'est-ce que la complémentaire santé ?

L'Assurance maladie ne rembourse pas intégralement les dépenses de santé. La complémentaire santé d'entreprise, ou « mutuelle », vise à compléter ces remboursements, en totalité ou en partie.

2 / En quoi consiste la généralisation de la complémentaire santé ?

A compter du 1^{er} janvier 2016, tout employeur devra obligatoirement souscrire un contrat comportant des garanties « complémentaire santé » au profit de l'ensemble de ses salariés, quelle que soit la forme de leur contrat de travail, la nature de leurs fonctions ou leur durée du travail dans la structure (CDD, CDI, CDII, contrat d'apprentissage, temps plein, temps partiel...).

3 / Quels sont les employeurs concernés par la complémentaire santé ?

Au 1^{er} janvier 2016, tous les employeurs de la branche du sport doivent proposer une couverture complémentaire santé à leurs salariés.

Aucun d'entre eux ne peut être dispensé de cette obligation : les associations, les entreprises sont notamment concernées, quelle que soit leur taille et leur effectif.

4 / Quelles sont les démarches que doivent effectuer les employeurs ?

Dans l'attente de la signature du texte, prévue début novembre, il est préconisé aux employeurs de ne pas encore effectuer de démarches vis-à-vis des assureurs (recommandés ou non) en vue de doter leur structure d'une complémentaire santé.

En effet, il est préférable d'attendre que l'accord soit signé afin de disposer du texte définitif, servant de base à la mise en place de la complémentaire santé.

Par ailleurs, les organismes assureurs recommandés mettent en place progressivement le dispositif lié à la complémentaire santé, et ne sont pas encore totalement prêts à accueillir les employeurs du sport. Ils ne peuvent donc pas actuellement répondre à l'ensemble des demandes formulées.

En tout état de cause, le calendrier a été bâti de façon à ce qu'entre la signature attendue début novembre et le 1^{er} janvier prochain, les employeurs disposent du temps nécessaire pour conclure un contrat correspondant au cadre fixé par l'accord de branche.

5 / Quels sont les salariés concernés par la complémentaire santé ?

Tous les salariés de la branche du sport sont concernés, sans distinction selon le type de contrat dont ils sont titulaires.

En effet, un salarié en CDD, CDI à temps partiel, à temps plein, en CDII, en contrat aidé... doit se voir proposer une complémentaire santé par son employeur.

Toutefois, il existe des cas de dispense dont peut se prévaloir le salarié. En résumé, l'adhésion est obligatoire, sauf si le salarié exerce son droit de dispense.

6 / Différents cas de dispense

Seul le salarié pourra invoquer un cas de dispense et ainsi refuser de bénéficier de la complémentaire santé que l'employeur lui proposera. L'employeur ne peut donc s'abstenir de proposer la complémentaire santé au salarié et préjuger du souhait du salarié.

Le salarié devra formuler cette demande par écrit, d'ici le début de l'année 2016, et joindre, le cas échéant, un justificatif (voir ci-dessous).

Les cas de dispense, prévus par le projet d'accord de branche, sont ceux issus de la loi. Ils figuraient dans notre première Foire Aux Questions (cosmos.asso.fr/rubriquage/article/1077).

Pour rappel, ces cas de dispense sont les suivants :

6.1 Le salarié ou l'apprenti en CDD de plus de 12 mois bénéficiant déjà d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs : il peut demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur.
Documents à fournir par le salarié : demande de dispense + justificatif de la couverture souscrite par ailleurs

6.2 Le salarié ou l'apprenti est en CDD de moins de douze mois : il peut demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur, même s'il n'est pas couvert par ailleurs.
Documents à fournir par le salarié : demande de dispense

6.3 Le salarié ou l'apprenti est à temps très partiel et doit payer une cotisation supérieure à 10% de sa rémunération.

Exemple : le salarié a un salaire brut mensuel de 150€. La cotisation salariale prévue dans l'accord étant de 16,50€, elle représente plus de 10% de son salaire mensuel : le salarié peut demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur.

Documents à fournir par le salarié : demande de dispense

6.4 Le salarié est bénéficiaire d'une couverture maladie universelle complémentaire ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé : tant qu'il bénéficie de l'un de ces dispositifs, le salarié peut demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur.

Documents à fournir par le salarié : demande de dispense et document attestant de la souscription du contrat individuel (+ date d'échéance)

6.5 Le salarié couvert par une couverture complémentaire santé individuelle au 1er janvier 2016, ou au moment de l'embauche si elle est postérieure au 1er janvier. Le salarié peut demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur jusqu'à l'échéance de son contrat individuel ; au-delà, il pourra soit garder les deux complémentaires, soit ne conserver que celle de l'employeur (obligatoire).
Documents à fournir par le salarié : demande de dispense et document attestant de la souscription du contrat individuel (+ date d'échéance)

6.6 Le salarié est déjà couvert à titre obligatoire : les salariés qui bénéficient déjà d'une couverture complémentaire obligatoire lors de l'instauration des garanties peuvent être dispensés d'adhérer au régime mis en place au sein de leur structure.

C'est le cas par exemple des salariés déjà couverts à titre obligatoire par la garantie d'entreprise de leur conjoint. Ils devront néanmoins justifier de cette couverture chaque année ;

Documents à fournir par le salarié : demande de dispense et document attestant de sa couverture obligatoire.

6.7 Le salarié est employé par plusieurs clubs de sport : il peut choisir de n'être couvert par la couverture santé que chez l'un d'entre eux et demander à être dispensé du bénéfice de la complémentaire santé proposée par l'employeur, en justifiant de sa couverture chez un autre employeur.

Documents à fournir par le salarié : demande de dispense et document attestant de sa couverture obligatoire auprès de l'employeur choisi

6.8 En cas de mise en place des garanties collectives par décision unilatérale de l'employeur (dans l'acte fondateur, et non pas dans les actes modificatifs) : le salarié présent dans l'entreprise au moment de l'instauration des garanties peut refuser de cotiser.

Documents à fournir par le salarié : demande de dispense

Dans tous les autres cas, et sous réserve de l'ajout de nouveaux cas de dispense dans la loi, le salarié devra bénéficier de la complémentaire santé proposée par son employeur.

[7 / Comment est financée la complémentaire santé ?](#)

Les garanties complémentaires sont légalement financées par une participation minimale de l'employeur de 50%. Le reste est à la charge du salarié.

La cotisation mensuelle globale est fixée à 33 euros. Elle comprend la part patronale et la part salariale. L'employeur doit au minimum prendre en charge 50% de la cotisation.

[8 / Est-ce que les proches d'un salarié adhérent d'un régime collectif bénéficient aussi de cette couverture ?](#)

Légalement, seule la couverture du salarié est obligatoire. Toutefois, il est possible d'étendre le bénéfice des garanties aux ayants droit du salarié (conjoint, enfants à charge).

Lorsque cette extension n'est que facultative (application strict du minimum légal), son coût est généralement à la charge exclusive du salarié. En effet, en cas de participation financière de l'employeur à une garantie non obligatoire, celle-ci est assujettie aux cotisations de sécurité sociale, à la CSG/CRDS et intégrée dans le revenu imposable du salarié.

[8 / Garanties du régime de branche](#)

Le tableau reprenant les garanties minimales fixées par le régime légal (dit "R"), et par le régime de branche (dit "R1"), figurent en document joint.

Les garanties du régime "R1" devront nécessairement être respectées : il s'agit d'un niveau minimal. L'employeur ne peut donc proposer une complémentaire basée sur un niveau inférieur au régime R1.

Elles ne concernent que le salarié seul ("isolé").

[9 / Recommandation](#)

Plusieurs assureurs ont répondu à l'appel d'offres lancé dans le cadre de la négociation. Trois organismes ont ainsi été retenus par les partenaires sociaux : B2V Prévoyance (groupe Allianz), Mutex et Umanens. Il s'agit d'une simple recommandation, et non d'une désignation à caractère obligatoire.

Les employeurs du sport auront donc la possibilité de souscrire un contrat de complémentaire santé auprès d'un autre organisme, en respectant toutefois le cadre fixé par l'accord qui sera signé début novembre (notamment : garanties minimales et répartition du financement employeur/salarié).

CCN Sport - Grille de garanties panier minimum légal/ panier conventionnel (sous réserve de la signature de l'accord)

Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels	Régime R Panier de soins minimum	Régime R1
HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale		
Frais de séjour	100% BR-SS	130% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	150% BR-SS
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	120% BR-SS
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (30 jours)		
Lit d'accompagnement		
Transport pris en charge par la SS	100% BR-SS	100% BR-SS
SOINS MEDICAUX COURANTS		
Visites, consultations de généralistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	120% BR-SS
Visites, consultations de généralistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	100% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	150% BR-SS
Visites, consultations de spécialistes - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	120% BR-SS
Analyses	100% BR-SS	100% BR-SS
Radiologie - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	150% BR-SS
Radiologie - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	120% BR-SS
Auxiliaires médicaux	100% BR-SS	100% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	150% BR-SS
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux - médecins non adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)	100% BR-SS	120% BR-SS
PHARMACIE		
Vignettes blanches (remboursées à 65%)	100% BR-SS	
Vignettes bleues (remboursées à 30%)		100% BR-SS
Vignettes oranges (remboursées à 15%)		
OPTIQUE		
	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant	1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf mineurs et/ou en cas de l'évolution de la vue dans la limite d'un équipement par an Prise en charge limitée à 150€ pour la monture le cas échéant 10% de la tarification
Montures		
Verres simples	Réseau partenaire : - SS +100 € pour une monture + des verres simples - SS +200 € pour une monture + des verres complexes - SS +150 € pour une monture + 1 verre simple + 1 verre complexe Hors Réseau partenaire : - SS +100 € pour des verres simples - SS + 200 € pour des verres complexes - SS +150 € pour 1 verre simple + 1 verre complexe	Réseau partenaire : -SS + 130 € pour des verres simples - SS + 260€ pour des verres complexes - SS + 210 € pour 1 verre simple + 1 verre complexe Hors Réseau partenaire : - SS + 110 € pour des verres simples - SS + 210 € pour des verres complexes - SS + 160 € pour 1 verre simple + 1 verre complexe
Verres complexes		
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur	
Lentilles non prises en charge par la SS		Ticket modérateur + 50€/an
Lentilles jetables		
DENTAIRE		
Soins dentaires	100% BR-SS	100% BR-SS
Inlays/Onlays		160% BR-SS
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	125% BR-SS	160% BR-SS
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS		
Orthodontie prise en charge par la SS	125% BR-SS	160% BR-SS
Orthodontie non prise en charge par la SS		
AUTRE		
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS) - Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS) Ostéopathie	100% BR-SS	130% BR-SS
Haut degré de solidarité		
Actions de solidarité ou de prévention financées par 2% des cotisations	valorisé à 2% des cotisations actions à définir par la Commission	Valorisé à 2% des cotisations A compléter par la Commission de la Branche

Légende
BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale
SS : Prise en charge de la Sécurité sociale
CAS : Contrat d'Accès aux Soins
FR : Frais réels engagés
PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale