



COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

ANIM'INFOS

SPÉCIAL COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

SOMMAIRE

UNE MUTUELLE SANTÉ
OBLIGATOIRE :
ÇA VIENT D'OÙ, ÇA SERT
À QUOI ? // 1

QUELLES SONT LES GARANTIES
DONT BÉNÉFICIENT LES SALARIÉS
DE LA BRANCHE DE
L'ANIMATION ? // 1

TON EMPLOYEUR EST-IL OBLIGÉ
DE SOUSCRIRE À L'UN DES
ORGANISMES DE MUTUELLE
RECOMMANDÉ DANS
LA BRANCHE ? // 3

PEUX-TU REFUSER D'ADHÉRER
À LA MUTUELLE PROPOSÉE PAR
TON EMPLOYEUR ? // 3

UNE MUTUELLE SANTÉ OBLIGATOIRE : ÇA VIENT D'OÙ, ÇA SERT À QUOI ?

La CFDT a été instigatrice de cette obligation en signant l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013, transcrit depuis dans la loi, qui impose que tous les salariés du secteur privé doivent être couverts par une complémentaire santé (communément appelée « mutuelle ») à compter du 1^{er} janvier 2016. En effet, cette nécessité est venue d'un constat : en 2012, près d'un quart de la population Française déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. De plus, si bon nombre de grandes

entreprises proposaient déjà un tel dispositif de couverture santé, beaucoup de salariés de petites structures n'en disposaient pas. Et s'assurer à titre individuel coûte cher ! L'obligation pour l'employeur de fournir une complémentaire santé à ses salariés facilite donc l'accès aux soins, notamment pour les salariés précaires.

En signant cet ANI, la CFDT a donc une nouvelle fois démontré qu'elle est le syndicat de TOUS les salariés.

QUELLES SONT LES GARANTIES DONT BÉNÉFICIENT LES SALARIÉS DE LA BRANCHE DE L'ANIMATION ?

Les partenaires sociaux de la branche ont eu la responsabilité d'engager des négociations sur la mise en place d'une complémentaire santé de branche. La CFDT a été un élément moteur de cette négociation, estimant que le panier minimal légal de soins prévu par la loi devait être dépassé dans une branche de l'Economie Sociale et Solidaire. Les partenaires sociaux de la branche, accompagnés d'un actuairer, après appel d'offre, ont décidé de **recommander les 3 organismes assureurs** arrivés en tête à la suite d'une prestation écrite et d'une prestation orale. Il s'agit d'**Humanens-La Mutuelle Familiale**, du **Groupe des coassureurs mutualistes** et d'**Humanis Prévoyance**. Ces 3 organismes se sont engagés à proposer une complémentaire santé minimale conventionnelle à 0,94 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit **30,24 € par mois** en 2016, avec **une prise en charge 50/50** en part patronale et salariale (15,12 € chacun). L'accord comprend

également 2 options à la charge du salarié d'un montant supplémentaire de 20,60 € et 27,68 € avec des garanties supérieures (cf. tableau de garanties ci-dessous). Une tarification pour affilier les enfants du salarié ainsi que son conjoint a également été prévue. La CFDT a défendu pendant toute la durée de la négociation le principe de **n'exclure personne du régime**, malgré la volonté du CNEA d'écarter automatiquement les CDD inférieurs à 4 mois et les contrats d'apprentissage. La complémentaire santé étant obligatoire pour tous à partir du 1^{er} janvier 2016, notre organisation a été intransigeante sur le sujet. Cette inflexion de l'organisation patronale sur la possibilité d'exclusion a été déterminante pour notre signature concernant cet avenant. En effet, l'objectif politique de construire **un régime de complémentaire santé le plus solidaire possible** est une volonté de notre organisation. La solidarité est une valeur de la CFDT que nous nous devons de faire reconnaître

dans ce type de négociation. Il ne nous était pas envisageable de signer un texte prévoyant une exclusion quelle qu'elle soit. Les différents cas de dispenses permettront de répondre à tous les

types de situation. En revanche, ceux-ci seront à l'initiative du salarié au « grand dam » des employeurs.

	Base conventionnelle	Base conventionnelle + OPTION 1	Base conventionnelle + OPTION 2
Frais d'hospitalisation			
Chirurgie - Hospitalisation			
Conventionnée Frais de séjour	100% BR	200% BR	300% BR
Conventionnée honoraires CAS	100% BR	220% BR	220% BR
Conventionnée honoraires non CAS	100% BR	200% BR	200% BR
Forfait hospitalier (hospitalisation)	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 18 € par jour
Forfait hospitalier (psychiatrie)	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour	couverture aux frais réels, actuellement : 13,50 € par jour
Forfait actes lourd	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €	FR actuellement 18 €
Chambre particulière par jour			
Conventionnée	non couverte	2% du PMSS	3% du PMSS
Personne accompagnante			
Conventionnée	non couverte	1,5% du PMSS	2% du PMSS
Frais médicaux			
Consultations - visites Généralistes CAS et non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Consultations - visites Spécialistes CAS	140% BR	220% BR	220% BR
Consultations - visites Spécialistes non CAS	120% BR	200% BR	200% BR
Pharmacie SMR important	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR modéré et homéopathie	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie SMR faible	non couverte	100% BR	100% BR
Vaccins non remboursés par la Ss	non couverts	1,5% du PMSS par an et par bénéficiaire	2% du PMSS par an et par bénéficiaire
Analyses	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	100% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) CAS	100% BR	145% BR	170% BR
Actes techniques médicaux (petite chirurgie) non CAS	100% BR	125% BR	150% BR
Radiologie CAS et non CAS	100% BR	100% BR	100% BR
Orthopédie et autres prothèses	100% BR	200% BR	300% BR
Prothèses Auditives	100% BR	10% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)	20% du PMSS par oreille - minimum 100% BR (max 2 par an par bénéficiaire)
Transport accepté par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire limité à 3 prothèses par an et par bénéficiaire. Au-delà, garantie égale à celle du décret n°2014-1025			
Soins dentaires (1)	100% BR	100% BR	100% BR
Onlays-Inlays	100% BR	150% BR	175% BR
Orthodontie			
Acceptée par la Sécurité sociale	200% BR	250% BR	300% BR
Refusée par la sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Prothèses dentaires (2)			
Remboursées: dents du sourire (3)	200% BR	350% BR	450% BR
Remboursées: dents de fond de bouche (4)	150% BR	250% BR	350% BR
Inlays-cores	125% BR	150% BR	175% BR
Non remboursées par la Sécurité sociale	non couverte	non couverte	non couverte
Parodontologie	non couverte	non couverte	non couverte
Implantologie (implant et pilier dentaire)	non couverte	12% du PMSS par an et par bénéficiaire	12% du PMSS par an et par bénéficiaire
Conformément au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, le remboursement du renouvellement d'un équipement optique, composé de deux verres et d'une monture, n'est possible qu'au-delà d'un délai de 12 mois pour les enfants et de 24 mois pour les adultes suivant l'acquisition du précédent équipement, sauf en cas d'évolution de la vue médicalement constatée, auquel cas le délai est porté à 12 mois également.			
Verres et Montures	Grille optique Base Conventionnelle	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 1	Grille Optique Base Conventionnelle + Option 2
Lentilles acceptées par la Sécurité sociale	100% BR	3% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR	5% du PMSS par an et par bénéficiaire - minimum 100% BR
Lentilles prescrites : refusées, jetables	non couvertes		
Chirurgie réfractive	non couverte	22% du PMSS par œil	35% du PMSS par œil
Frais de cures thermales (hors thalassothérapie)			
Acceptée par la Sécurité sociale	non couverts	5% du PMSS	7% du PMSS
Médecines douces (Ostéopathie, Etiopathie, Acuponcteur,...)			
Reconnus comme praticiens par les annuaires professionnels	non couvertes	3 x 25 € par an et par bénéficiaire	5 x 35 € par an et par bénéficiaire
Ostéodensitométrie osseuse			
Remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR + 13 € par an et par bénéficiaire	100% BR + 38 € par an et par bénéficiaire
Non remboursée par la Sécurité sociale	non couverte	25 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de Prévention			
Tous les actes des contrats responsables	100% BR	100% BR	100% BR
Patch anti-tabac	non couvert	2% du PMSS par an et par bénéficiaire	4% du PMSS par an et par bénéficiaire
Les remboursements définis dans la grille de garanties ci-dessus devront respecter les exigences définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales			

TON EMPLOYEUR EST-IL OBLIGÉ DE SOUSCRIRE À L'UN DES ORGANISMES DE MUTUELLE RECOMMANDÉ DANS LA BRANCHE ?

Le Conseil Constitutionnel a rendu une décision indiquant que les clauses de désignation dans les branches professionnelles étaient anticonstitutionnelles le 13 juin 2013. Avant cette date, les branches professionnelles désignaient des organismes de prévoyance ou de complémentaire santé, et toutes les entreprises devaient se conformer à cette désignation, et donc choisir un des organismes désignés. Ce n'est désormais plus possible. C'est pour cela que l'on parle de **recommandation**. Les employeurs ne sont pas liés par cette clause, et peuvent donc souscrire un contrat chez un organisme non recommandé. Néanmoins, le fait pour ton employeur de rejoindre un organisme recommandé n'est pas anodin.

D'une part, les 3 organismes recommandés l'ont été suite à une procédure d'appel d'offre, ils ont tarifé une complémentaire santé dite de base conventionnelle, ainsi que 2 options. Ils se sont engagés sur ces 3 types de garanties pour une **tarification sur 3 ans**. Attention donc si ton employeur a choisi un organisme non recommandé

quant à la temporalité de l'offre émise. Des mutuelles démarchent ainsi les structures en proposant des prix cassés, uniquement sur la base conventionnelle, **les options étant bien plus chères**, de même concernant la tarification des ayant-droits. De plus, les tarifs proposés le sont **souvent pour 1 an**, et peuvent donc augmenter chaque année.

D'autre part, le fait de passer par un des 3 organismes recommandés permet de **mutualiser les fonds** sur l'ensemble des entreprises de la branche, et permet également **d'abonder 2 % de la cotisation sur un fond de solidarité**. Celui-ci peut permettre à des salariés de ta structure qui ont des **difficultés financières ou sociales**, d'accéder à ce fond de solidarité. De plus, être chez un des 3 organismes recommandés, c'est participer à la **solidarité**, via la mutualisation, entre les salariés de la branche de l'Animation. Notre branche professionnelle relevant à 100 % du secteur de l'Économie Sociale et Solidaire, participer à la mutualisation du régime est aussi un **acte militant**.

PEUX-TU REFUSER D'ADHÉRER À LA MUTUELLE PROPOSÉE PAR TON EMPLOYEUR ?

Oui, tu le peux, mais seulement si tu entres dans les cas de dispense prévus par la loi et repris dans l'accord de branche. **Les cas de dispense** sont au nombre de **7**. Ainsi, tu peux demander à être dispensé de rejoindre le régime mis en place dans ton entreprise si :

- le coût de ta **cotisation est supérieur à 10%** de ton

salaire brut,

- tu es déjà **couvert par une mutuelle à titre personnel**. Dans ce cas, jusqu'à la date anniversaire de ton contrat, tu peux demander à être dispensé de ta mutuelle d'entreprise. Par contre, une fois la date anniversaire passée, tu seras obligé d'adhérer à la mutuelle

proposée par ton employeur. Ainsi, si tu ne veux pas payer deux cotisations, il faudra que tu te désengages de ta mutuelle personnelle.

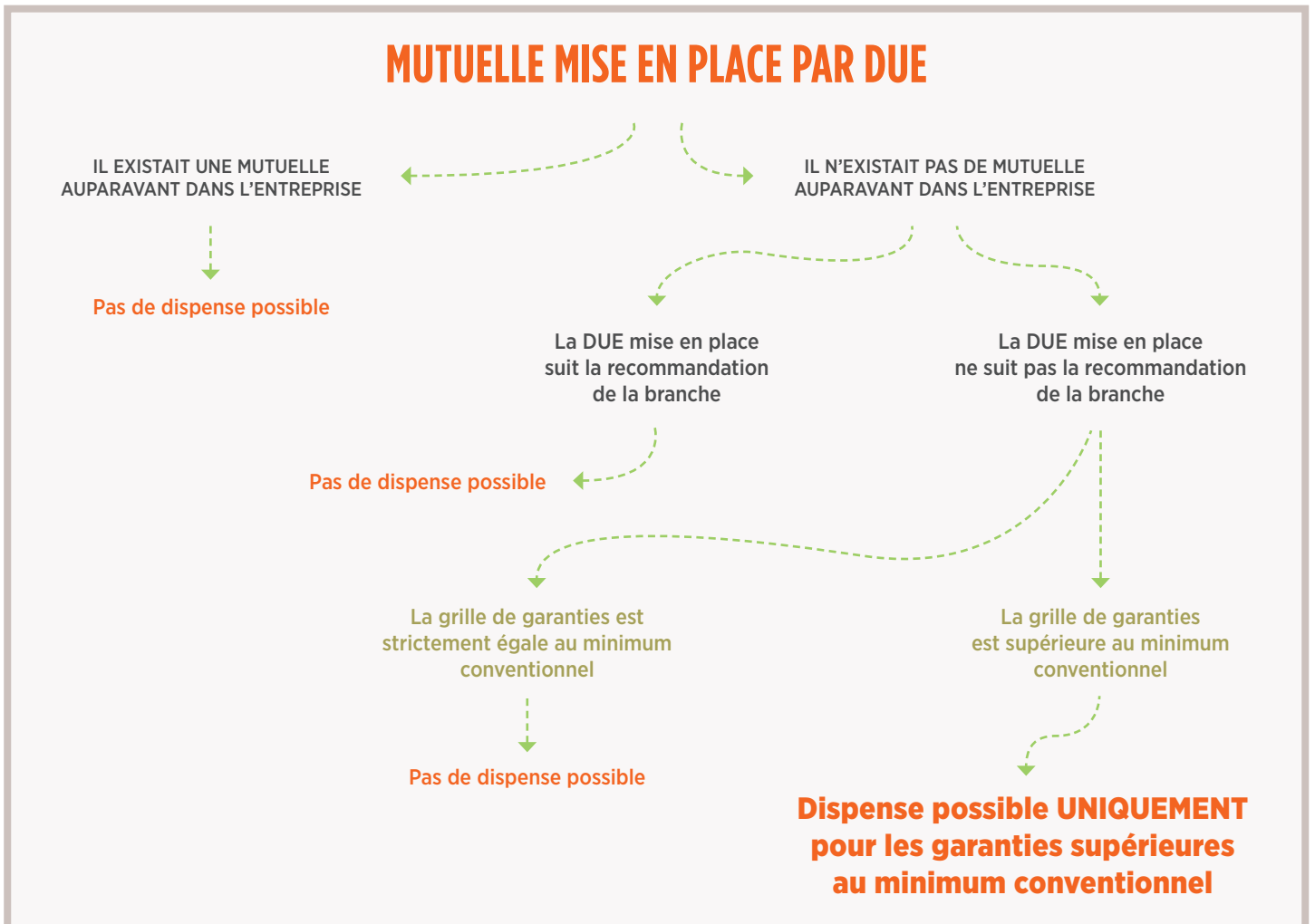
-tu es déjà soumis à une mutuelle obligatoire du fait de la structure de la mutuelle de ton conjoint, c'est-à-dire si la mutuelle de ton conjoint est une **mutuelle familiale obligatoire**. Attention : si tu bénéficies de la mutuelle de ton conjoint de manière optionnelle, ce cas de dispense n'est pas opposable. Cette dispense vaut également pour toute autre adhésion à un **régime frais de santé obligatoire** (en cas de multi-employeurs par exemple)

- tu es en **contrat d'apprentissage ou en CDD de moins d'un an** ;

- tu es en **contrat d'apprentissage ou en CDD de plus d'un an** et que tu justifies d'une adhésion à un organisme de mutuelle **à titre personnel ou professionnel** par ailleurs ;

- tu es bénéficiaire de la **Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ou de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)** ;

- ton employeur a mis en place la mutuelle d'entreprise par décision unilatérale (c'est-à-dire sans signature d'IRP). Cette possibilité est issue de l'article 11 de la loi Evin de 1989. Mais elle est **très restrictive**. En effet, il faut que l'entreprise ne bénéficie d'aucune mutuelle avant la mise en place obligatoire. Ensuite, il faut que le salarié supporte une partie du coût de cette mutuelle. Enfin, il faut que la mutuelle choisie ne soit pas un organisme recommandé et que la **grille de garanties soit supérieure au minimum conventionnel** mis en place dans la branche (une garantie au moins doit différer). Dans ce cas, tu peux demander à être dispensé de la mutuelle d'entreprise **uniquement pour la partie supérieure au régime de branche**. La mutuelle de branche est en effet issue d'un avenant étendu à la convention collective nationale de l'Animation. L'extension oblige toutes les entreprises à se conformer à cette extension à minima (et de fait à tous les salariés de bénéficier des garanties prévues dans la convention collective. Ce cas de dispense est résumé dans le schéma ci-dessous.



Pour tous les cas de dispense prévus ci-dessus, tu dois produire un écrit adressé à ton employeur en demandant à être dispensé et en précisant le motif de la dispense. Si besoin, ton employeur peut également te demander de fournir le justificatif de ta dispense.

Attention, ton employeur ne peut pas t'imposer de demander cette dispense. C'est-à-dire que si tu entres dans un cas de dispense mais que tu souhaites néanmoins bénéficier de la mutuelle d'entreprise, c'est tout à fait ton droit !