



COMMUNICATION
CONSEIL CULTURE

INFO'SPORT

L'INFORMATION CONVENTIONNELLE CFDT DU SPORT

SPÉCIAL COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

DOSSIER

SOMMAIRE

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

QUELLES SONT LES GARANTIES DONT BÉNÉFICIENT LES SALARIÉS DE LA BRANCHE DU SPORT ? // 1

À COMPTER DE QUELLE DATE TON EMPLOYEUR EST-IL OBLIGÉ DE SE CONFORMER AUX GARANTIES MINIMALES CONVENTIONNELLES ? // 3

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 ? // 4

UNE MUTUELLE SANTÉ OBLIGATOIRE : ÇA VIENT D'OUÙ, 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 finan-

cières. 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 DU SPORT ?

Les partenaires sociaux de la branche avaient donc la responsabilité d'engager des négociations sur la mise en place d'une complémentaire santé de branche. La CFDT, élément moteur de cette négociation, a estimé que le panier minimal légal de soins prévu par la loi était insuffisant. De plus, elle a refusé d'effectuer une labellisation (à la place d'une recommandation), comme le souhaitait le CoSMoS, une des deux organisations patronales dans le sport. Cette labellisation aurait permis de s'affranchir de la contribution de 2% au fond de solidarité. Les partenaires sociaux de la branche, accompagnés d'un actuaire, 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'**Allianz et B2V Prévoyance dans le cadre d'une offre commune**, de **Mutex** et d'**Umanens**. Ces 3 organismes se sont engagés à proposer une com-

plémentaire santé minimale conventionnelle à **1,02%** du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit **32,82€ par mois** en 2016, avec **une prise en charge minimum 50/50** en part patronale et salariale (16,41€ chacun). Une tarification pour affilier les enfants du salarié ainsi que le conjoint a également été prévue à hauteur de 36,05€ pour le conjoint et 19,95€ par enfant (cf. tableau de garanties ci-dessous).

La CFDT a défendu pendant toute la durée de la négociation le principe de **n'exclure personne du régime**, malgré la volonté des organisations patronales d'écartier 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 signa-

ture concernant cet accord. 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.

Annexe 1 : Régime conventionnel de frais de santé

Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €.	
Régime Conventionnel	
HOSPITALISATION - Médicale et chirurgicale	
Frais de séjour	130% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie (CAS)	150% BR
Honoraires, actes de chirurgie et d'anesthésie - (hors CAS)	120% BR
Forfait journalier hospitalier et psychiatrique	100% FR sans limitation de durée
Participation forfaitaire actes lourds	Prise en charge intégrale du forfait
Chambre particulière (limité à 30 jours)	Non couvert
Lit d'accompagnement	Non couvert
Transport pris en charge par la SS	100% BR
SOINS MEDICAUX COURANTS	
Visites, consultations de généralistes (CAS)	120% BR
Visites, consultations de généralistes (hors CAS)	100% BR
Visites, consultations de spécialistes (CAS)	150% BR
Visites, consultations de spécialistes (hors CAS)	120% BR
Analyses	100% BR
Actes d'imagerie , actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (CAS)	150% BR
Actes d'imagerie , actes d'échographie, électroradiographie, ostéodensitométrie (hors CAS)	120% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (CAS)	150% BR
Actes de chirurgie et actes techniques médicaux (hors CAS)	120% BR
PHARMACIE	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "majeur ou important"	100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"	
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"	
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
Réseau partenaire :	
- Equipement avec 2 verres simples ¹	130 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	260 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	210 €
Hors Réseau :	
- Equipement avec 2 verres simples ¹	110 €
- Equipement avec 2 verres complexes ²	210 €
- Equipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²	160 €
Lentilles prises en charge par la SS	Ticket modérateur + 50€/an
Lentilles non prises en charge par la SS	
Lentilles jetables	
DENTAIRE	
Soins dentaires	100% BR
Inlays/Onlays	160% BR
Prothèses dentaires prises en charge par la SS	160% BR
Prothèses dentaires non prises en charge par la SS	Non couvert
Orthodontie prise en charge par la SS	160% BR
Orthodontie non prise en charge par la SS	Non couvert
AUTRE	
- Prothèses auditives (Prise en charge par la SS)	130% BR
- Orthopédie et autres prothèses (Prise en charge par la SS)	
Ostéopathie	Non couvert

¹ "Verre simple" : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

² "Verre complexe" : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verre multifocal ou progressif ou verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries

BR (Base de remboursement) : base de calcul du remboursement effectué par les organismes d'Assurance Maladie (Sécurité sociale).

À COMPTER DE QUELLE DATE TON EMPLOYEUR EST-IL OBLIGÉ DE SE CONFORMER AUX GARANTIES MINIMALES CONVENTIONNELLES ?

Comme énoncé ci-dessus, ton employeur a l'obligation de mettre à ta disposition une complémentaire santé à compter du 1^{er} Janvier 2016. Mais cette obligation est dans un premier temps sur le panier légal, l'accord complémentaire santé signé le 06 novembre 2015 devant passer en procédure d'extension afin de le rendre obligatoire pour tous les employeurs de la branche professionnelle. La procédure d'extension pouvant durer plusieurs mois, et pour éviter que du jour au lendemain tous les employeurs de la branche doivent ajuster leurs niveaux de garanties, les organisations syndicales ont concédé aux organisations patronales

une période transitoire. Ainsi, les entreprises ayant déjà mis en place un dispositif de frais de santé à la signature de l'accord, c'est-à-dire au 6 novembre 2015, ont jusqu'au 1^{er} janvier 2017 pour se conformer à la grille de garanties conventionnelle, peu importe la date d'extension du texte. Par contre, les entreprises n'ayant pas mis en place un dispositif de complémentaire santé au 6 novembre 2015 auront pour obligation de se conformer au panier minimum légal au 1^{er} janvier 2016, puis de se conformer au panier minimum conventionnel le lendemain de la parution de l'arrêté d'extension de l'accord complémentaire santé au Journal Officiel..

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. Ils se sont engagés sur ces 3 types de garanties pour une tarification sur 2 ans. Attention donc si ton employeur a choisi un organisme non recommandé quant à la tem-

poralité de l'offre émise. Des mutuelles démarchent ainsi les structures en proposant des prix cassés, uniquement sur la base conventionnelle, les ayant-droits et conjoints étant bien plus chers. De plus, les tarifs proposés le sont bien 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 en partie du secteur de l'Economie Sociale et Solidaire, participer à la mutualisation du régime est aussi un acte militant.

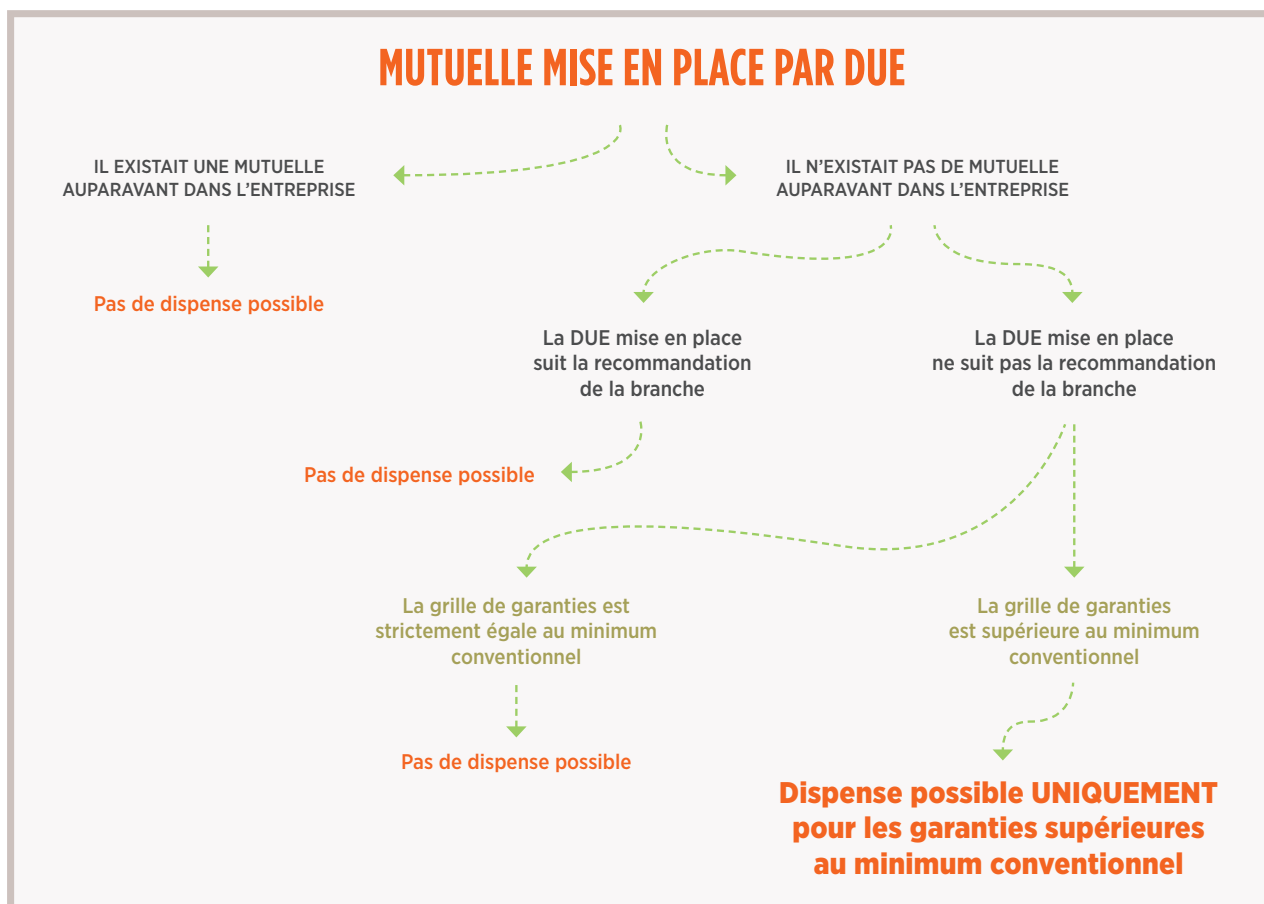
PEUX-TU REFUSER D'ADHÉRER À LA MUTUELLE PROPOSÉE PAR TON EMPLOYEUR ?

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 garantie 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 étendue 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 !