

Tout ce qu'il faut savoir sur la complémentaire santé

Contexte :

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

Convention Collective Nationale du Sport :

Le CoSMos a signé avec les partenaires sociaux de la branche du sport un accord relatif à la mise en place d'un régime conventionnel de frais de santé. Vous trouverez ci-dessous un récapitulatif des principales informations à retenir :

Champ d'application :

- Tous les employeurs relevant de la CCNS ont l'obligation de proposer l'adhésion au régime à leurs salariés,
- Tous les salariés relevant de la CCNS, quelle que soit la nature de leur contrat de travail, sous réserve des cas de dispense.

Montant de la cotisation :

Il est fixé à 33 € (part patronale : 16,50 €, part salariale : 16,50 €) si vous cotisez à l'un des 3 organismes recommandés :

- B2V prévoyance / Allianz,
- Mutex,
- Umanens.

La durée de la recommandation est de 4 ans et le montant de la cotisation (33 €) est garanti 2 ans (2016 et 2017).

Les structures restent toutefois libres d'adhérer auprès de l'organisme de leur choix (sous réserve de respecter les garanties minimales prévues à l'accord). Le montant de la cotisation pourra alors être supérieur ou inférieur à 33 €.

Prise en charge de l'employeur :

- 50 % au minimum pour le régime obligatoire (possibilité d'une prise en charge plus élevée).

Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail :

- En cas de maintien de salaire (arrêt maladie indemnisé, congé maternité, ..) : adhésion maintenue et paiement de la contribution par l'employeur,
- Dans les autres cas : suppression des garanties et absence de paiement de la contribution par l'employeur. Le salarié pourra toutefois demander le maintien des garanties, mais s'acquittera de l'intégralité de la cotisation.

Cas de dispenses :

- Le salarié ou l'apprenti en CDD de plus de 12 mois bénéficiant déjà d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,
- Le salarié ou l'apprenti en CDD de moins de 12 mois,
- Le salarié ou l'apprenti à temps très partiel et devant payer une cotisation supérieure à 10 % de sa rémunération (le CDI Intermittent n'est pas concerné),
- Le salarié bénéficiaire d'une couverture maladie universelle complémentaire ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé,

- Le salarié déjà couvert par une complémentaire santé individuelle : la dispense joue jusqu'à l'échéance du contrat individuel,

- Le salarié déjà couvert à titre obligatoire (y compris en tant qu'ayant droit),

- En cas de mise en place des garanties collectives par décision unilatérale de l'employeur.

ATTENTION : TOUS SES CAS DE DISPENSE NE RETIRE PAS A L'EMPLOYEUR SON OBLIGATION DE PROPOSER UNE MUTUELLE COMPLEMENTAIRE. ET, POUR ETRE DISPENSE, LE SALARIE DEVRA SYSTEMATIQUEMENT FAIRE UNE DEMANDE ECRITE A SON EMPLOYEUR (voir modèle de courrier ci-dessous).

SANTÉ

Régime collectif et obligatoire

MODÈLE DE DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION

AVERTISSEMENT : Ce document n'a d'autre valeur que purement indicative. Il appartient à l'entreprise, seule compétente en la matière, de l'adapter aux dispenses d'affiliation effectivement prévues par la décision unilatérale de l'employeur, le référendum ou l'accord d'entreprise instituant le régime collectif et obligatoire de frais de soins de santé. Seuls doivent être mentionnés les cas de dispense figurant dans l'acte interne mettant en place ledit régime.
L'employeur doit conserver la demande de dispense d'affiliation ainsi que les justificatifs fournis.

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ SOUHAITANT ÊTRE DISPENSÉ D’AFFILIATION ET À REMETTRE À L’EMPLOYEUR (ATTESTATION ET JUSTIFICATIFS À CONSERVER PAR L’EMPLOYEUR)

Nom : _____ Prénom(s) : _____
Nom de naissance : _____
N° : | | | | Rue/Voie : _____
Complément (zone, étage, immeuble, bât.) : _____
Code postal : | | | | Ville : _____

Je me trouve dans l'une des situations suivantes et je demande à ne pas être affilié au régime collectif et obligatoire de frais de santé : (les conditions pour bénéficier de l'un des cas de dispense ci-dessous sont développés au verso)

- Salarié(e) couvert par une assurance individuelle frais de santé jusqu'au : | | | | | | | | | |
- Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
- Salarié(e) bénéficiaire d'une Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)
- Salarié(e) à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au système de garanties me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de ma rémunération brute
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat d'apprentissage ou d'un contrat de mission supérieur ou égal à 12 mois,
- Salarié(e) bénéficiaire, y compris en tant qu'ayant droit, d'une couverture collective frais de santé relevant de l'un des dispositifs de prévoyance complémentaire suivants fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 :
 - dispositif de prévoyance complémentaire collectif obligatoire, le caractère obligatoire s'entendant également pour l'ayant droit (remplissant les conditions mentionnées au sixième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (en application des articles D. 325-6 et D. 325-7 du code de la sécurité sociale) ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (en application du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946) ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique d'Etat issu du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
 - régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
 - contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 ;
 - régime spécial de sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
 - caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF (CPRPSNCF).
- Salarié(e) présent(e) dans l'entreprise lors de la mise en place (uniquement si mise en place du régime par décision unilatérale de l'employeur).

J'ai été préalablement informé par mon employeur des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. En renonçant à l'affiliation au régime frais de santé, je renonce à tout remboursement au titre dudit régime si j'ai des frais de santé ou d'hospitalisation, et au versement des prestations du régime en cas de maladie ou d'accident. Je renonce également à la part patronale des cotisations, au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l'Article 4 de la loi 89-1009 dite loi Evin.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus, et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.
J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année (Cf. au verso).

Fait à _____
le _____

Signature obligatoire du Salarié

12204-3044

Tableau récapitulatif des cas de dispense :

CAS DE DISPENSE (HORMIS LE 1 ^{ER} CAS, CES CAS S'APPLIQUENT QUELQUE SOIT LA DATE D'EMBAUCHE DES SALARIES CONCERNES)	REGIME MIS EN PLACE PAR DUE (DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR)	QUELQUE SOIT LE MODE DE MISE EN PLACE (DUE, REFERENDUM, ACCORD COLLECTIF)	CONDITIONS
Salariés présents lors de la mise en place	x		Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) supérieur ou égal à 12 mois		x	Justifier annuellement par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
CDD (y compris apprentis) inférieur à 12 mois		x	Aucune. Pas à justifier d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs.
Salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute		x	Aucune.
Salariés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (SMUC)		x	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de la SMUC à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)		x	La dispense d'affiliation est effective tant que dure l'aide. Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel		x	La dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel. Attestation d'échéance à fournir avec mention de l'échéance.
Salariés couverts à titre obligatoire (y compris en tant qu'ayants droit)		x	Justificatif à fournir chaque année par le salarié.

A tout moment, le salarié peut revenir sur sa décision et solliciter auprès de l'employeur, par écrit, son affiliation à la garantie frais de santé.

En tout état de cause, les salariés devront s'affilier et cotiser à la garantie frais de santé dès qu'ils cessent de justifier de leur situation ouvrant droit au bénéfice d'une dispense d'affiliation.

Cas des multi-employeurs :

Le salarié choisit l'employeur auprès duquel il souhaite cotiser et demande à être dispensé (courrier et justificatif à fournir chaque année) auprès de ses autres employeurs.

Garanties minimales conventionnelles :

Elles sont légèrement supérieures au panier de soin légal (régime R 1). Voici le tableau ci-dessous.

Ces garanties conventionnelles obligatoires le sont uniquement pour le salarié (pas de prise en charge obligatoire pour les ayants droit).

Le salarié a la possibilité de souscrire à un régime supérieur à ce régime R 1 (R 2 ou R 3). Dans ce cas, le coût supplémentaire est à sa charge, sauf décision contraire de l'employeur (exemple : prise en charge à 50 % quel que soit le régime choisi).

Il a aussi la possibilité d'ajouter des ayants droit à son contrat. Dans ce cas, encore une fois, le coût complet de l'ayant droit est à sa charge, sauf décision contraire de l'employeur.

Enfin, l'employeur peut fixer un régime obligatoire présentant un meilleur niveau de garanties. Dans ce cas, il doit obligatoirement financer à hauteur de 50 % de la cotisation (c'est un minimum. Il peut, s'il le souhaite, prendre en charge plus de 50 %).

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).

Comment demander la résiliation de son contrat de mutuelle individuelle ?

- Adresser un courrier à sa mutuelle mentionnant le fait que son employeur, conformément à la loi sur la sécurisation de l'emploi, lui propose une mutuelle au 1^{er} janvier 2016.

- Y joindre un courrier de l'employeur qui atteste de cela.

- La mutuelle a alors 2 possibilités : soit elle accepte avec ou sans préavis, soit elle refuse. Dans ce cas, il conviendra de demander la résiliation à la date anniversaire du contrat. Vous serez alors couvert par votre mutuelle individuelle jusqu'à la date anniversaire de votre contrat. A cette date, vous devrez alors adhérer à votre mutuelle employeur.