



HOSPITALISATION Médicale et chirurgicale		Prestations sous déduction de celles versées par la Sécurité sociale dans la limite des frais réels en dehors des forfaits en €
		Régime Conventionnel
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 MÉDICAUX 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"		
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "modéré"		100% BR
Médicaments à Service Médical Rendu (SMR) "faible"		
		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



OPTIQUE		
Réseau partenaire :		
Équipement avec 2 verres simples ¹		130 €
Équipement avec 2 verres complexes ²		260 €
Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²		210 €
Hors réseau :		
Équipement avec 2 verres simples ¹		110 €
Équipement avec 2 verres complexes ²		210 €
Équipement avec 1 verre simple ¹ et 1 verre complexe ²		160 €
Lentilles prises en charge par la SS		
Lentilles non prises en charge par la SS		Ticket modérateur + 50€/an
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).

associathèque : la boîte à outils des associations !

Dans le cadre du partenariat entre le Crédit Mutuel et la FFEPGV, ses adhérents et leurs bénévoles bénéficient **d'un accès privilégié au site associatheque.fr !**

L'ANI sur la généralisation de la complémentaire santé prévoit des avantages tant pour l'employeur que pour les salariés dont un minimum de garanties et des plafonds, d'où l'appellation de contrats dits « responsables ».

Néanmoins le salarié a intérêt à opter individuellement pour des options sur-complémentaires, à sa charge.

Le Crédit Mutuel vous accompagne dans ce changement pour protéger ce qui n'a pas de prix : la santé !

Téléchargez notre Focus (rubrique Publications) et consultez l'accord FFEPGV/ACM auprès de votre Fédération.

Utilisez vos codes pour accéder à la partie privée et utilisez nos outils !

Identifiant : 630701309313
Mot de passe : Cm062016
 jusqu'au 30 juin 2016

Pour toute question, contactez-nous : infocontact@associatheque.fr un site **Crédit Mutuel**

La complémentaire santé

OÙ EN SOMMES-NOUS ?

La généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé a été instaurée par la loi dite « de sécurisation de l'emploi » du 14 juin 2013.

Un accord de branche, signé le 6 novembre 2015, précise les modalités de mise en place de la complémentaire santé obligatoire pour l'ensemble des employeurs de la branche sport.

Au 1^{er} janvier 2016, tous les employeurs doivent avoir souscrit une couverture complémentaire des frais de santé au bénéfice de leurs salariés (au 1^{er} juillet 2016 pour les départements 57, 67 et 68).

PROCÉDURE DE MISE EN PLACE DE LA COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SANTÉ ET CAS DE DISPENSE POSSIBLES

Obligation pour tous les employeurs de proposer une complémentaire santé collective à l'ensemble des salariés au 01/01/2016 et à chaque nouvelle embauche

▼

Prise de contact avec un organisme de complémentaire santé
Organisme recommandé par la Fédération : le Crédit Mutuel

▼

Proposition collective et individuelle de mise en place d'un contrat collectif de complémentaire santé

Obligation de remise à l'ensemble de salariés :

- Décision unilatérale avec attestation d'information et émargement ⁽¹⁾
- Bulletin de réponse signé du salarié et remis ensuite à l'employeur ⁽²⁾
- Document de présentation des garanties

▼

Acceptation écrite ou silence du salarié

Demande de dispense écrite du salarié (Bulletin de réponse)

Couverture individuelle (dispense valable jusqu'à expiration du contrat)	Remise de l'attestation assureur
Couverture collective obligatoire	Remise de l'attestation assureur
CDD / Apprentis < 12 mois	Justification par le contrat de travail
CDD / Apprentis > 12 mois + couverture individuelle	Justification par le contrat de travail + remise de l'attestation assureur
Bénéficiaire ASC / CMUC	Remise de l'attestation assureur
Cotisation > 10% x rémunération	Bulletin de paie ou contrat de travail

▼

Application individuelle du régime au 01/01/2016

▼

Chaque année : obligation pour l'employeur de proposer la couverture collective à chaque salarié dispensé

⁽¹⁾ Sauf lorsque l'employeur est adhérent d'une organisation signataire de l'accord relatif à la complémentaire santé dans la branche sport (Cosmos ou du CNEA)
⁽²⁾ Ce document comporte les cas de dispense

Ce document a été imprimé selon des normes permettant de limiter son impact sur l'environnement :



9 QUESTIONS SUR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Tous les salariés sont-ils concernés par ce dispositif ?

L'ambition affichée de la loi est que tous les salariés puissent bénéficier d'une complémentaire des frais de santé. La loi a toutefois prévu un certain nombre de cas de dispense (voir p.1). **Attention, car la loi, comme la convention collective, n'exclue pas les salariés concernés du bénéfice de la complémentaire santé, mais leur permet d'être dispensés de l'obligation d'adhésion.** C'est donc au salarié qu'il appartient de faire valoir un cas de dispense. L'employeur doit, quant à lui, toujours proposer la complémentaire santé à ses salariés.



Que contient le panier de soins ?

Le panier de soins issu de l'accord de branche va un peu au-delà du panier minimum prévu par la loi (voir p.4). L'employeur doit proposer un contrat de complémentaire santé au moins égal au panier de soins conventionnel. **L'obligation prévue par la loi concerne le salarié : pour couvrir son conjoint ou ses enfants, ce dernier a la possibilité de prendre des options mais celles-ci restent à sa charge exclusive.**

Auprès de quel organisme peut-on souscrire cette garantie ?

L'employeur est libre de choisir l'organisme auprès duquel il souhaite adhérer pour ses salariés, dès lors que cet organisme est en capacité de lui proposer une complémentaire santé répondant au panier de soins prévu par la convention collective. **La Fédération a fait le choix de conseiller le Crédit Mutuel. Elle a ainsi négocié un interlocuteur unique pour les associations EPGV quelle que soit la localisation du club.**

Vos contacts
« complémentaire santé »
au Crédit Mutuel :
Monsieur David Ear
Madame Sophie Er
06042@creditmutuel.fr
Téléphone : 01 56 75 63 53

La complémentaire santé doit-elle être obligatoirement proposée par l'employeur ? Même si le salarié a plusieurs employeurs ? Même si l'employeur est certain qu'un ou plusieurs salariés bénéficient d'un des cas de dispense ?

Un régime collectif de complémentaire santé doit obligatoirement être proposé par l'employeur à l'ensemble des salariés, y compris aux salariés ayant plusieurs employeurs et y compris à ceux dont l'employeur sait qu'ils demanderont une dispense valable.

À qui revient l'initiative de contacter un organisme de complémentaire santé ?

L'initiative des démarches pour conclure un contrat collectif avec un organisme de complémentaire santé revient à l'employeur. **La Fédération propose un partenariat avec le Crédit Mutuel, mais chaque employeur reste libre dans le choix de l'organisme.**

Lorsque le salarié a plusieurs employeurs, est-il possible de répartir la charge des cotisations entre les employeurs ?

La loi et l'accord de branche ne prévoient pas de telles modalités et même si un décret a été annoncé sur cette question, à ce jour aucun texte n'est sorti. Toutefois, rien n'empêche juridiquement de répartir, entre plusieurs employeurs, la charge de la cotisation pour un salarié, la pratique a notamment été validée par l'Accoss dans une lettre-circulaire du 12 août 2015. **Il est recommandé dans ce cas de conclure une convention par écrit en prévoyant les modalités de partage, la durée du contrat, les associations concernées et les salariés visés.**

Lorsque le salarié souhaite conserver son contrat individuel de complémentaire santé, est-il obligé d'adhérer au contrat proposé par l'employeur ?

Il s'agit d'un des cas de dispense prévus par la loi, mais le salarié ne peut en bénéficier que jusqu'à l'échéance de son contrat de complémentaire santé individuel. Même si ce dernier est plus avantageux, il devra y renoncer au profit de la complémentaire santé proposée par son employeur à échéance de son contrat individuel ou cumuler les deux contrats.

Est-ce que le salarié couvert par un contrat de complémentaire santé en tant qu'ayant droit d'une personne à la retraite peut demander une dispense ?

La loi prévoit une dispense pour les salariés bénéficiant d'une couverture collective conclue à titre obligatoire auprès d'un autre employeur, ou en tant qu'ayant droit. **Or la complémentaire santé pour les personnes à la retraite n'est pas un régime obligatoire, le cas de dispense ne s'applique donc pas dans ce cas.**

Et le régime fiscal de la contribution patronale de complémentaire santé ?

La contribution patronale à la complémentaire santé doit être réintégrée au salaire net imposable déclaré par le salarié.

FOCUS

Le contrat d'accès aux soins (CAS)

Les taux de remboursement des consultations médicales proposés par les mutuelles et les remboursements de la sécurité sociale sont différents selon que la consultation est donnée par un médecin signataire d'un contrat d'accès aux soins ou non signataire. On retrouve ainsi les mentions « CAS » ou « hors CAS » sur la plupart des contrats frais de santé.

Quel est l'impact pour les assurés ?

Pour limiter les dépassements d'honoraires des médecins et des spécialistes en particulier, l'assurance maladie signe avec ceux qui le veulent bien un contrat dans lequel le médecin s'engage à ne pas augmenter le niveau moyen de ses dépassements d'honoraires et la part de son activité faisant l'objet de dépassement. En contrepartie, l'assurance maladie prend en charge une partie de ses cotisations sociales.

Les conséquences pour les patients sont importantes, ils seront mieux remboursés s'ils consultent un médecin « CAS ».



EXEMPLE :

Remboursement sécurité sociale

Si le spécialiste (secteur 2) consulté a signé un « CAS », l'assurance maladie remboursera à son patient 70 % du tarif conventionnel de 28 €. S'il ne l'a pas fait, elle prendra en charge 70 % du tarif conventionnel de 23 €. Pour une consultation à 60 €, la part de la sécurité sociale est donc de 18,60 € dans le 1er cas et de 15,10 € dans le 2ème cas. Le reste est à la charge du patient et de la mutuelle.

Remboursement mutuelle

Les mutuelles appliquent le même principe et rembourseront par exemple à 100% ou 120% du tarif de convention, selon que le médecin est signataire d'un « CAS » ou non signataire.

Pour savoir si votre médecin a adhéré au contrat d'accès aux soins, rendez-vous sur le site de l'assurance maladie : www.ameli.fr