

LA GAZETTE

Info Conso INDECOSA CGT 86

JUILLET-AOUT 2026

EDITO

Se soigner est un droit !

Le droit à la santé est l'un des fondements de notre modèle social.

Héritières des sociétés de secours mutuels du XIX^e siècle, les complémentaires santé ont été conçues pour compléter la Sécurité sociale, créée en 1945 dans l'esprit du Conseil national de la Résistance afin de garantir à chacun l'accès aux soins selon ses besoins et non selon ses moyens.

Au fil des années, les complémentaires ont pris une place de plus en plus importante, tandis que leurs cotisations ne cessent d'augmenter.

Cette évolution fragilise le pouvoir d'achat et conduit certains assurés à renoncer à une couverture satisfaisante, voire à des soins.

Pour INDECOSA-CGT, la santé n'est pas une marchandise.

Défendre les consommateurs, ce n'est pas seulement dénoncer les abus ou accompagner les litiges. C'est aussi défendre un modèle de société où chacun peut accéder aux soins sans que le prix de sa complémentaire santé devienne un obstacle.

La protection sociale est un investissement collectif, pas un coût à transférer toujours davantage vers les ménages.

Le droit à la santé est un droit fondamental.

Il doit être garanti pour tous, mais pas à n'importe quel prix.

INDECOSA CGT 86

Pour tout renseignement, INDECOSA CGT 86 vous informe.



DOSSIER DU MOIS

La complémentaire santé

Comprendre vos droits, vos garanties, et démarches

Vie de l'association

INDECOSA CGT, une association engagée au service de la défense et de l'information des consommateurs

INDECOSA CGT vous accueille, sur rendez-vous, dans ses locaux :

21 Bis Rue Arsène Orillard à POITIERS ou au téléphone : 05 49 60 34 70 ou **09 78 81 69 68**.

SANTE

La place de la complémentaire santé



En France, la protection sociale en santé repose sur deux niveaux : l'Assurance maladie obligatoire (AMO), gérée par la Sécurité sociale, qui rembourse une partie des dépenses de santé, et la complémentaire santé (AMC), qui couvre tout ou partie du reste à charge. Facultative en principe, cette dernière peut être obligatoire dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise. Aujourd'hui, plus de 95 % de la population bénéficie d'une complémentaire santé, un marché représentant plus de 33 milliards d'euros.

Les sources du droit applicables

Le régime juridique de la complémentaire santé repose principalement sur le **Code de la sécurité sociale**, qui encadre notamment les contrats responsables, la portabilité des garanties et la Complémentaire santé solidaire (C2S), le **Code des assurances**, applicable aux sociétés d'assurance, le **Code de la mutualité**, qui régit les mutuelles selon des principes de solidarité, ainsi que les dispositions spécifiques du **Code de la sécurité sociale** relatives aux institutions de prévoyance. Ce cadre est complété par des textes réglementaires, notamment le décret du 18 novembre 2014 sur les contrats responsables, et par les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui le font évoluer chaque année. Le régime juridique de la complémentaire santé est encadré par plusieurs textes.

Article L. 911-8
du Code de la
Sécurité
Sociale



Les trois familles d'organismes



Depuis la loi Évin de 1989, trois types d'organismes peuvent proposer une complémentaire santé :

- 1) **Les sociétés d'assurance**, entreprises commerciales à but lucratif pouvant sélectionner les risques.
- 2) **Les mutuelles**, organismes à but non lucratif fondés sur la solidarité et sans sélection médicale.
- 3) **Les institutions de prévoyance**, organismes paritaires intervenant principalement dans le cadre des contrats collectifs d'entreprise ou de branche professionnelle.

Le choix entre ces différents organismes est important, car leurs règles de fonctionnement diffèrent. Par exemple, une mutuelle ne peut, en principe, pas fixer ses cotisations en fonction de l'état de santé de l'adhérent, contrairement à une société d'assurance qui peut individualiser sa tarification dans les limites prévues par la loi.

SANTÉ

Bien comprendre la base de remboursement des actes médicaux par la Sécurité sociale sur la base d'un tarif conventionné

CONSULTATION CHEZ UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE



Les tarifs sont fixés par une **convention** entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé.

EXEMPLE CONCRET

Tarif de base (conventionné)

30 €

Remboursement
Sécurité sociale



70 %

soit **21 €**

Ticket modérateur
(Reste à charge)



9 €

Peut être pris en charge
par la complémentaire santé

+

Participation
forfaitaire

2 €

Reste toujours
à la charge de l'assuré
(Non remboursable)



SOMMES RESTANT TOUJOURS À LA CHARGE DE L'ASSURÉ
(Non remboursables par la complémentaire santé)

PARTICIPATION FORFAITAIRE



2 €

par consultation ou acte médical

FRANCHISES MÉDICALES



- 1 € par boîte de médicaments
- 1 € par acte paramédical
- 4 € par transport sanitaire
(plafond des franchises : 50 € par an)

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Participation aux frais d'hébergement



23 €
jour

Hospitalisation en
médecine ou chirurgie

17 €
jour

Hospitalisation
en psychiatrie



Généralement
pris en charge
par les contrats
de complémentaire
santé



POINT IMPORTANT

La complémentaire santé
ne rembourse pas un pourcentage
du montant réellement payé
au médecin.

Elle rembourse tout ou partie
de la **base de remboursement**
de la **Sécurité sociale (BRSS)**,
selon les garanties du contrat.

Les **dépassements d'honoraires**
ne sont remboursés que si le
contrat le prévoit.

RÉCAPITULATIF



Tarif de base
(conventionné)
30 €



Remboursement
Sécurité sociale
(70 %)
21 €



Ticket modérateur
(Reste à charge)
9 €

Peut être pris en charge
par la complémentaire



Participation
forfaitaire
2 €

Non remboursable

Franchises
médicales
1 € / 1 € / 4 €
(plafond 50 €/an)

Non remboursables

RESTE À LA CHARGE DE L'ASSURÉ

SANTÉ

Les dépassements d'honoraires et leur encadrement juridique

L'OPTAM (et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens) permet aux médecins de secteur 2 de limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie d'une meilleure prise en charge par les complémentaires santé. Depuis 2017, les remboursements des dépassements pratiqués par les médecins non adhérents sont strictement plafonnés. Par exemple, pour une consultation facturée 80 € au lieu du tarif de base de 30 €, la complémentaire ne peut rembourser les dépassements que dans la limite de 30 €.



Vérifier avant la consultation si le médecin est en secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM.

➔ **Sur compte Ameli, sur site Assurance maladie index-sante.ameli.fr OU plateformes de rendez-vous.**

Secteur 1 : médecins ayant adhéré aux tarifs conventionnés, pas de dépassement d'honoraires autorisé, les moins coûteux pour l'assuré.

Secteur 2 : dépassement d'honoraires autorisés « avec tact et mesure ».

Secteur 3 : médecins non conventionnés, liberté tarifaire totale, remboursement AMO calculé sur base tarifaire très basse.

Les contrats responsables et, qu'est-ce que c'est ?



Les planchers, plafonds et exclusions obligatoires

Le contrat doit obligatoirement prendre en charge le ticket modérateur, l'intégralité du forfait journalier hospitalier (+participation forfaitaires actes lourds), les équipements optiques, soins prothétiques dentaires, aides auditives et matériel médical appartenant à la liste réglementée « 100% Santé » à hauteur des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente.

Exclusions obligatoires

Dépenses que le contrat responsable **ne peut rembourser** sous peine de perdre avantages fiscaux :
➔ les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soin, participation forfaitaire de 2€, franchises applicables sur les médicaments, actes paramédicaux et frais de transport.

SANTE

Le régime fiscal et social attaché

Contrats collectifs obligatoires d'entreprise

- Exonération des cotisations patronales : dans la limite de plafonds réglementaires fixés par décret.
- Part salariale des cotisations déductible du revenu imposable du salarié.
- Attractivité des contrats collectifs.

≠

Contrats individuels

- Souscrits par les particuliers.
- Aucun avantage fiscal spécifique : depuis la suppression des réductions Madelin pour les non-travailleurs indépendants.
- Travailleurs non-salariés (TNS) : possibilité de déduire leurs cotisations de leur bénéfice imposable.

Les réformes structurantes

1) L'ANI de 2013 et la généralisation de 2016 (Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, application généralisée au 1er janvier 2016) a rendu la mise en place d'une couverture complémentaire santé collective **OBLIGATOIRE** pour tous les employeurs du secteur privé.

Trois voies pour mettre en place cette couverture collective :

- ✓ Accord de branche ou d'entreprise.
- ✓ ou Référendum des salariés.
- ✓ ou Décision unilatérale de l'employeur : à défaut, et après information/consultation du comité social et économique.

Cas de dispense prévus par loi au bénéfice du salarié

- ✓ Déjà couvert en tant qu'ayant droit par complémentaire de son conjoint.
- ✓ En CDD ou contrat de mission de moins de 3 mois.
- ✓ Ou ayant souscrit un contrat individuel avant mise en place régime collectif.
- ✓ Bénéficiaire C2S.
- ✓ A temps partiel dont les cotisations représenteraient + de 10% de son salaire.

2) La réforme 100 % Santé (2019-2021). L'objectif étant de permettre un accès sans reste à charge à certains équipements en optique, dentaire et audiologie.

Les 3 classes d'équipements

Classe	Caractéristiques	Reste à charge
● Classe I – 100 % Santé	Tarifs plafonnés	0 € (prise en charge intégrale)
● Classe II	Dépassements d'honoraires encadrés	Partiellement remboursé
● Classe III	Équipements haut de gamme à tarifs libres	Reste à charge souvent important

Prise en charge intégrale (Classe I)

- 👁️ Optique : monture ≤ 100 € + verres (selon la correction) ; renouvellement tous les 2 ans.
- 🦷 Dentaire : couronnes, bridges et prothèses aux tarifs réglementés.
- 👂 Audiologie : appareil auditif ≤ 950 €/oreille ; renouvellement tous les 4 ans.

📌 À retenir

- La classe de l'équipement figure sur le devis normalisé.
- L'assuré peut exiger un équipement de Classe I avec une prise en charge intégrale, si les conditions sont réunies.

SANTE

3) La résiliation infra-annuelle (Loi ASAP – 7 décembre 2020) - Principe étant : après 1 an de contrat, l'assuré peut résilier sa complémentaire santé à tout moment, sans motif et sans frais.

Avant	Depuis la loi ASAP
Résiliation uniquement à la date d'échéance, avec un préavis de 2 mois	Résiliation possible à tout moment après 1 an, sans justification, ni pénalité.

Comment résilier ? Par tous moyens

- Courrier recommandé, e-mail, espace client en ligne ou téléphone (avec confirmation écrite).
- 💡 Conseil : Mandatez le nouvel assureur pour qu'il procède lui-même à la résiliation de l'ancien contrat.

Obligations de l'assureur

- Il doit informer chaque année l'assuré de son droit de résiliation.
 - Maintenir les garanties jusqu'à la date effective de résiliation.
 - Rembourser les cotisations perçues après cette date.
- ⚠️ À retenir : ❌ Cette règle ne s'applique pas aux contrats collectifs obligatoires d'entreprise.

La Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

La Complémentaire Santé Solidaire (C2S) est une aide destinée aux personnes ayant de faibles ressources. Elle est née le 1er novembre 2019 de la fusion de la CMU-C (Complémentaire santé gratuite) ; et de l'ACS (Aide au paiement d'une complémentaire santé).



Les deux niveaux de la C2S :

C2S gratuite (C2SG)	C2S avec participation (C2SP)
Ressources inférieures au plafond bas	Ressources entre le plafond bas et le plafond haut
💰 Aucune cotisation	💰 Cotisation faible, variable selon l'âge
Ex. (2026) : 868 €/mois (1 personne) ; 1 303 €/mois (couple)	Ex. (2026) : jusqu'à 1 172 €/mois (1 personne)

- Elle ouvre droit à une prise en charge intégrale du ticket modérateur, au tiers payant, aux équipements du 100 % santé, à l'absence de dépassements d'honoraires ainsi qu'à l'exonération des participations forfaitaires et franchises médicales.
- Elle est accessible aux personnes affiliées à la Sécurité Sociale dont les ressources sont inférieures aux plafonds réglementaires.
- Les droits sont accordés pour un an, renouvelables, avec une attribution automatique pour certains bénéficiaires (RSA, ASPA, AAH et contrat d'engagement jeune).
- Depuis l'automatisation pour les allocataires du RSA en 2022, le taux de recours a fortement progressé, même si des publics comme les retraités modestes, les étudiants précaires et les demandeurs d'emploi en fin de droits restent insuffisamment couverts.

Les remboursements des complémentaires santé sont également encadrés, notamment en optique, où des plafonds s'appliquent selon les équipements, une logique renforcée par la réforme du **100 % santé**. Le rapport sénatorial Lacovelli de septembre 2024 souligne toutefois que l'encadrement des dépassements d'honoraires demeure insuffisant et propose plusieurs pistes de réforme.

SANTE

Le contrat de complémentaire santé

Il doit comporter plusieurs mentions obligatoires :

• L'identité des parties.	• La durée.
• Les garanties et leurs exclusions.	• Les cotisations.
• Les modalités de révision.	• Les éventuels délais de carence.
• Les conditions de résiliation ainsi que les modalités de remboursement.	



Obligations de l'assureur

- Remise d'une notice d'information (contrats collectifs).
- Devoir de conseil.
- Interdiction des clauses abusives (exclusions imprécises, modifications unilatérales sans information).

Vie du contrat

- Délais de carence possibles (sauf en principe pour les contrats collectifs obligatoires).
- Modification des cotisations ou garanties avec information préalable.
- Droit de résiliation en cas de modification défavorable.
- Résiliation possible à l'échéance annuelle, à tout moment après un an (contrats depuis 2020) ou dans certains cas particuliers ; l'assureur peut résilier en cas de non-paiement ou de fausse déclaration.

Fin du contrat de travail

- La loi Évin permet, sous conditions, de conserver une complémentaire santé individuelle à tarif encadré.

La portabilité

- Elle maintient gratuitement les garanties santé et prévoyance jusqu'à 12 mois pour les salariés éligibles à l'assurance chômage. Les sinistres survenus avant la fin du contrat ou déclarés pendant la portabilité restent couverts.

Information et remboursements

- L'organisme doit rembourser dans un délai raisonnable, informer annuellement les assurés sur leurs garanties, signaler toute modification et rappeler le droit à la résiliation infra-annuelle.

Litiges et contrôle

- En cas de différend, l'assuré saisit d'abord le service réclamations, puis peut recourir gratuitement au médiateur compétent. L'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) contrôle les organismes complémentaires et peut les sanctionner en cas de manquement.

Recours de l'assuré

- En cas de litige (remboursement, résiliation, portabilité, loi Évin), il doit d'abord saisir le service réclamations, puis le médiateur, avant d'éventuellement agir devant le tribunal judiciaire. Une mise en demeure est recommandée pour les atteintes aux droits d'ordre public.
- Les refus de soins envers les bénéficiaires de la C2S peuvent être signalés à la CPAM et à l'Ordre professionnel.

Actions des associations de consommateurs

Elles peuvent faire supprimer des clauses abusives, engager une action de groupe pour réparer des préjudices collectifs et se constituer partie civile en cas d'infractions pénales (pratiques commerciales trompeuses, démarchage abusif).



Une question ? Vous pouvez vous adresser à INDECOSA CGT 86.

Vie de l'association

Nos accueils :

Le mardi de 14h à 17h (sans RV), et **le jeudi (uniquement sur RV)** 21 bis Rue Arsène Orillard et au 2 Rue de la Souche à POITIERS.

Tél : **09 78 81 69 68** ou 05 49 60 34 70 - Mail : indecosa86@laposte.net

Le jeudi **(tous les 15 jours)** de 16h30 à 18h30 sans RV et sur RV, 11 Rue du Cognet à CHATELLERAULT

Tél : 05 49 21 15 39 - Mail : indecosachatellerault@gmail.com

Uniquement sur RV, 1 rue du Moulin St Léger à CHAUVIGNY

Tél : **09 78 81 69 68** ou 05 49 60 34 70 - Mail : indecosa86@laposte.net

Nouveau : le 3^{ème} lundi du mois, de 18h à 20h à UL Civray, Salle derrière hôtel de Ville

Tél : 05 49 87 41 57 / 06 61 46 77 82 (Xavier Lartigue) - Mail : ulcgtcivraisien@gmail.com



INDECOSA CGT, une association engagée au service de la défense et de l'information des consommateurs

INDECOSA-CGT (Information Défense des Consommateurs Salariés) est une association loi 1901 créée en 1979 par la Confédération Générale du Travail. Son objectif principal est la défense de tous les consommateurs, du salarié au retraité, à travers des actions individuelles et collectives.

Reconnue et agréée par l'État comme organisation représentative, elle participe aux principales instances de concertation où sont débattus, avec les professionnels et sous l'arbitrage des pouvoirs publics, les intérêts des consommateurs.

Ouverte à tous, elle accompagne ses adhérents dans leurs litiges et peut les soutenir dans leurs démarches. Elle est présente sur l'ensemble du territoire français avec plus de 280 points d'accueil, dans les départements, les villes et parfois au sein des entreprises dans le cadre des CSE. Chaque année, elle traite des milliers de dossiers dans ses domaines d'intervention.

Ses missions couvrent de nombreux domaines :

Transport et mobilité, banque et argent, habitat et logement, consommation, santé et accès aux soins, environnement et valorisation des déchets. L'association défend notamment une meilleure prise en compte des enjeux environnementaux dans la gouvernance des politiques publiques.

Un acteur engagé à tous les niveaux :

- National : membre du Conseil National de la Consommation (CNC), du Conseil National des Déchets (CND), du comité consommation de l'AFNOR, et du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF).
- Local et régional : représentation au sein des Centres Techniques Régionaux de la Consommation (CTRC), échanges avec les directions des opérateurs historiques.
- Européen : membre de l'European Consumer Union (ECU), participation au Système européen des paiements automatisés (SEPA) et aux travaux du Comité Économique et Social Européen (CESE).
- Son siège est situé à Montreuil, avec une activité européenne notamment développée depuis Strasbourg.

Une présence active dans la Vienne :

Dans le département de la Vienne, INDECOSA-CGT traite un nombre significatif de dossiers grâce à une équipe engagée.

Elle assure également des permanences locales régulières, permettant aux usagers d'être accueillis, écoutés et accompagnés au plus près de leurs besoins.

Elle est particulièrement active dans le logement,

avec un administrateur auprès du bailleur social Ekidom, afin d'accompagner les locataires dans leurs difficultés : charges, loyers trop élevés, et autres litiges liés au logement.

Elle intervient également dans le domaine de la santé, disposant d'un mandat de représentant des usagers pour soutenir les personnes dans leur parcours de soins et défendre leurs droits.

Composition du Bureau

Présidente : Jocelyne ANTUNES

Tél : 07 86 45 04 34
jose.antunes@wanadoo.fr

Secrétaire : Marylène RAFFIN-HERAULT

Tél : 06 76 64 68 90
maryleneraffin@hotmail.fr

Trésorier : François BONNIN

Tél : 06 52 87 55 65
f.bonnin86@laposte.net

Trésorier adjoint : Pascal ZANCHETTIN

Tél 06 70 61 11 00
pascal.zanchettin@gmail.com

Secrétaire adjoint : Claude FUZEAU

Tél : 07 67 42 41 00
claud.fuzeau@sfr.fr

Membres du Conseil d'Administration

Marie Jo BAUDENEAU UL CHATELLERAULT

Julien HEMON – LC ARMATIS/UD CGT 86

Astrid SINGARRAUD LC ARMATIS

Lionel BONNIFAIT – RETRAITE FAPT 86

Xavier LARTIGUE – SECURIT DOG MAN (Réfèrent logement)

Géraldine RICHARD – FAPT 86

Brigitte ORGERET – FRANCE TRAVAIL

Marie-Nicole TIFFANEAU – Retraitée commerce

Patrick AUDEBERT – Retraité FAPT 86

Claudine KEPINSKI – Retraitée CARSAT (Réfèrent santé)

Géry BEGEAULT – UL CGT CHATELLERAULT

Jean-Philippe GUITTONNEAU (TX POITIERS)

Naïma BEDROUNI - (TX POITIERS)

Natacha DULAC – (Commerce)