

PACTE SPORT SANTÉ

EXTRAIT DU RÈGLEMENT DE GESTION DU FONDS SOCIAL.

Détails des aides accordées aux salariés affiliés auprès des organismes assureurs labellisés au titre du régime frais de santé dans la branche Sport

La Commission paritaire nationale santé délègue à chaque organisme assureur labellisé sur son périmètre de souscription :

- La prise en charge des dossiers, dans l'ordre chronologique des actes ou demandes concernés;
- La décision de statuer sur le dossier dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de solidarité.

Le fonds de solidarité intervient dans les domaines définis ci-après avant toute intervention de tout autre fond institutionnel géré par les organismes assureurs labellisés.

LES AIDES

En vue de déployer le fonds de solidarité du régime obligatoire de remboursement complémentaire de frais de soins de santé décrit dans l'avenant N°2 du 10 septembre 2019, portant modification à l'accord du 06 novembre 2015, les partenaires sociaux de la branche ont décidé, après analyse de la consommation médicale et au regard des évolutions législatives, de privilégier la prise en charge du reste à charge du salarié sur les frais engagés lors d'une hospitalisation, ainsi que sur les équipements optiques spécifiques adaptés à la pratique du sport. A compter du 01/01/2023, est ajoutée une prise en charge des restes à charges pour les soins d'orthodontie. A compter du 01/07/2025, sont ajoutées l'intervention ostéopathie et la promotion de l'activité sportive.

Ces interventions découlent de coûts réels engendrés, non pris en charge ou supérieurs aux remboursements et pouvant conduire les salariés de la branche du sport à avoir un reste à charge important.



Le macaron Pacte Sport

Dans ce cadre, les interventions du fonds pour le salarié adhérent au dispositif conventionnel sont définies selon les règles suivantes :

L'INTERVENTION «HOSPITALISATION»

Elle s'opère sur le reste à charge pour des frais engagés sur des dépassements d'honoraires prises en charge par la Sécurité sociale uniquement et par les éventuelles garanties complémentaires du/des organismes complémentaires, dans la limite du contrat responsable; ainsi que sur le coût de la chambre particulière, dans les limites précisées ci-dessous.

Cette prise en charge et les plafonds décrits ci-après s'entendent par «évènement»; c'est-à-dire qu'une période ininterrompue d'hospitalisation est considérée comme un acte unique.

Le reste à charge du salarié correspond à la part restante de frais engagés après prise en compte du remboursement de la Sécurité sociale et de celui de tous les organismes complémentaires (régime de santé conventionnel, régimes optionnels et autres complémentaires intervenus sur ces frais).

Les conditions de prise en charge sont les suivantes:

- ➔ Remboursement de la part de reste à charge supérieure à 25€ sur les dépassements d'honoraires facturés à concurrence de 1000€ annuels par bénéficiaire, quel que soit le nombre d'évènements, dans la limite des frais réellement engagés;
- ➔ Remboursement du reste à charge pour une chambre particulière à hauteur de 30€ par jour, à compter du 31^{er} jour, dans la limite de 10 jours par année civile et par bénéficiaire, dans la limite des frais réellement engagés.

L'INTERVENTION «OPTIQUE»

Elle concerne les équipements optiques (verre + monture), spécifiquement adaptés à la pratique du sport, à l'appréciation de l'organisme assureur sollicité.

Elle est réalisée sur demande écrite directe par le bénéficiaire auprès de l'organisme assureur, accompagnée d'un justificatif d'achat et d'un descriptif de l'équipement, ainsi que d'une photo de l'équipement concerné.

- ➔ La prise en charge est limitée à 40€ par an et par bénéficiaire, sans pouvoir excéder les frais réellement engagés.

L'INTERVENTION «ORTHODONTIE»

[Cette intervention prend effet au 01/01/2023.](#)

Les restes à charges relatifs aux soins d'orthodonties sont pris en charge par le fonds de solidarité de la branche du Sport dans les conditions suivantes:

- ➔ La prise en charge par le fonds de solidarité est limitée à 300€/an/bénéficiaire

Le montant minimum du reste à charge supporté par le demandeur, doit être de 50€, pour que ce dernier soit éligible au remboursement.

L'INTERVENTION «OSTÉOPATHIE»

[Cette intervention prend effet au 01/07/2025.](#)

Cinq séances d'ostéopathie supplémentaires à celles souscrites sont prises en charge. Elles seront remboursées à hauteur de 25€/séance/bénéficiaire.

- ➔ Le remboursement est réalisé sur demande écrite directe du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur, accompagnée d'une facture acquittée, avec un praticien justifiant d'un numéro ADELI.

L'INTERVENTION «PROMOTION DE L'ACTIVITÉ SPORTIVE»

Le remboursement est réalisé sur demande écrite directe du bénéficiaire auprès de l'organisme assureur, sur présentation d'une facture acquittée d'une licence sportive ou d'un abonnement annuel à une activité sportive, souscrit entre le 01/07/2025 et le 30/06/2026.

- ➔ Le remboursement est de 120€, plafonnés aux frais réels, par année civile, pour le salarié et pour maximum 3 de ses ayants droit. Les critères d'éligibilité ainsi que les justificatifs à présenter sont les mêmes pour tous les bénéficiaires.

AIDES COMPLÉMENTAIRES EXCEPTIONNELLES

Une aide complémentaire exceptionnelle pourra être accordée par la Commission paritaire.

- ➔ Les modalités d'attribution seront définies par avenant par la Commission paritaire en concertation avec les organismes assureurs.

PRÉCISIONS

Les interventions sont accordées selon leurs termes spécifiques à effet du 01/01/2020 (ou tout autre date précisée ultérieure) et dans la limite des sommes collectées et affectées au fonds de solidarité.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

Pour être éligibles à ces aides financières, les bénéficiaires devront justifier, via l'un de leurs trois derniers bulletins de salaire ou de leur dernier avis d'imposition, d'un taux de prélèvement à la source d'impôts sur le revenu de 8% ou moins. Ils remettront en outre à l'organisme assureur sollicité un RIB pour procéder au remboursement.

Concernant les actions Hospitalisation & Orthodontie, l'organisme assureur détectera, au plus tard 1 mois après chaque semestre les dossiers potentiellement éligibles. Un courrier sera alors transmis au bénéficiaire pour l'informer de la possibilité de solliciter une aide au titre du fonds de solidarité. Une relance sera effectuée à M+1.

En tout état de cause, le bénéficiaire disposera d'un délai de 3 mois, à compter de la date d'envoi du courrier de l'assureur ou de l'acquittement de la facture, pour envoyer les justificatifs demandés. Au-delà, la demande ne pourra pas aboutir.

Après étude du dossier, si les conditions d'éligibilité et d'octroi sont respectées, l'organisme assureur procédera au versement de l'aide dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de solidarité.

COMMUNICATION DES ASSUREURS AUPRÈS DES BÉNÉFICIAIRES

Les organismes assureurs informeront à minima chaque semestre les bénéficiaires ayant eu un reste à charge supérieur à 25€ lors d'une hospitalisation ou supérieur à 50€ pour des soins d'orthodontie, de la possibilité de solliciter une aide solidaire complémentaire, ainsi que de la nécessité de fournir des justificatifs pour valider leur éligibilité.

Ils procéderont à la prise en charge des restes à charges selon les règles définies ci-avant par virement bancaire sur les comptes bancaires des bénéficiaires concernés.

Un courrier sera adressé au bénéficiaire concerné, l'informant du montant potentiellement remboursé, (s'il est éligible).