



Fonds d'accompagnement social

Politique d'accompagnement social

La politique en matière d'accompagnement social, à savoir la définition des cas pris en charge, des barèmes et pièces justificatives, est du ressort de la **CPPS**. L'organisme de complémentaire santé est chargé de sa mise en œuvre.

Elle s'articule ainsi autour de trois principes clés :

- **des publics et situations prioritaires** : dépendance, affection de longue durée, handicap, enfance
- **la prise en charge de soins et de matériel médical** non ou peu pris en charge par la sécurité sociale
- **la responsabilisation de chacun** : l'organisme de complémentaire santé finance 50% du reste à charge, après intervention des autres financeurs (CAF, caisses de retraite, assurance maladie, ...)

La demande peut par exemple concerner un des cas suivants :

Ces cas constituent des exemples non restrictifs.

- Matériel non ou peu pris en charge par la sécurité sociale : remboursement de 50% - maximum 2000€/an
Par exemple :
 - orthèses crâniennes pour bébés ayant des déformations,
 - prothèses capillaires suite à un cancer,
 - fauteuils roulants,
 - matériel éducatif pour enfants en situation de handicap (fauteuils adaptés),
- Soins non ou peu pris en charge par la sécurité sociale : remboursement de 50% - maximum 2000€/an



**MINISTÈRES
AMÉNAGEMENT
DU TERRITOIRE
TRANSITION
ÉCOLOGIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Par exemple :

- séances de psychomotricité pour les enfants atteints de troubles du spectre autistique
- séances d'ergothérapie
- traitement contre l'endométriose
- Aide à domicile/garde d'enfants en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours : Forfait de 4 heures par Évènement
- Frais funéraires en cas de décès du conjoint ou d'un enfant : 50%, max 2000€

Le fonds d'accompagnement social ne sera pas utilisé pour financer des réductions de cotisations systématiques étant donné la relative faible enveloppe du fonds en comparaison à la population éligible (actifs + retraités + bénéficiaires).

Niveau de prise en charge

Le niveau de prise en charge dépend du revenu fiscal de référence de l'agent.

Exemple de modulation de la prise en charge en fonction du quotient familial de l'agent (revenu fiscal de référence divisé par le nombre de parts)

Quotient familial	Taux de remboursement (*)
< 7 369€	100%
< 10 737€	80%
< 13 474€	60%
< 16 106€	40%
Au-delà	20%

(*) Dans la limite de 2000€ par membre et par an.



**MINISTÈRES
AMÉNAGEMENT
DU TERRITOIRE
TRANSITION
ÉCOLOGIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Processus de réalisation des demandes

En termes de gestion opérationnelle, les demandes d'action sociale sont soumises par les membres via le service client de l'organisme de complémentaire santé, selon les mêmes modalités que pour toute autre demande : téléphone, chat, email, courrier.

Le service client vérifie l'éligibilité à l'accompagnement social. Les documents justificatifs ne sont requis qu'une fois l'éligibilité confirmée afin d'éviter les frustrations, alléger la gestion et réduire la collecte de documents sensibles.

Cas standards

Pour les cas standards (représentant habituellement 90% des demandes), l'agent du service client qui reçoit la requête peut directement initier le paiement de l'aide, une fois le dossier instruit.

Les paiements sont effectués par virement en euros sur le compte renseigné par le membre. Ils interviennent sous trois jours, une fois l'ensemble des pièces justificatives fournies.

L'assureur remet à la CPPS un bilan annuel du fonctionnement du fonds pour un suivi et un contrôle des cas dits standards (demandes, refus, octrois, vérification des taux...)

Cas non standards

Pour les cas complexes non pris directement en compte par la politique d'accompagnement social, la demande est examinée par un comité d'action sociale mis en place au sein de l'organisme de complémentaire santé.

Ce comité, composé de représentants de l'équipe action sociale au sein du service clients, de représentants de la direction de l'assurance, et de la direction financière statue sur les demandes d'accompagnement social. En cas de besoin, le médecin conseil de l'organisme de complémentaire santé est consulté. Le cas échéant, le comité d'action sociale conseille également les demandeurs dans leurs démarches vis-



**MINISTÈRES
AMÉNAGEMENT
DU TERRITOIRE
TRANSITION
ÉCOLOGIQUE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

à-vis des organismes sociaux (CAF, MDPH, services sociaux locaux), ou les services d'autres prestataires (assistance).

La proposition de l'organisme de complémentaire santé est alors soumise à la commission d'accompagnement social de la PSC.

À l'issue de l'instruction, le service client de l'organisme complémentaire informe le membre de la décision et procède au virement, le cas échéant. Si la demande est acceptée, le cas fait référence et les procédures sont mises à jour de sorte que tout nouveau cas soit traité directement par le service client.

Réclamation

En cas de réclamation de la part d'un membre, l'organisme de complémentaire santé transmettra le cas auprès de la CPPS pour prise de décision finale. La décision prise par la CPPS fera référence pour les futurs cas similaires.