

Prévoyons.com

Décembre 2015 / N° 41

Le bulletin d'information Prévoyance et Santé des salariés d'Orange



Votre régime santé : du nouveau pour 2016 !

Un avenant portant modification de l'accord cadre du Groupe pour la santé a été signé le 17 décembre par le Directeur des Ressources Humaines du Groupe et par 4 organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, FO et SUD). Vous trouverez dans cette édition spéciale le détail des dispositions de cet avenant.

Pourquoi modifier le régime de prévoyance-santé du Groupe à compter du 1^{er} janvier 2016 ?

Les récentes évolutions législatives liées à la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013 n'autorisent plus le maintien de la condition d'ancienneté prévue dans l'accord cadre au titre du remboursement des frais médicaux.

En effet, certaines sociétés du groupe avaient mis en place une condition d'ancienneté (limitée à 6 mois), pour bénéficier de la couverture complémentaire santé collective. A compter du 1^{er} janvier 2016, cette condition d'ancienneté est supprimée : le bénéfice de la couverture complémentaire santé commence dès le premier jour de travail.

Cette modification entraîne la mise en conformité de vos garanties avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables (décret du 18 novembre 2014).

A cette occasion, les conditions de dispenses d'affiliation au régime ont été revues.

SOMMAIRE

» Nouveaux contrats responsables : quels impacts pour vous ? 3

» La fin de la clause d'ancienneté 5

» En 2016 : les cas de dispenses évoluent 5

Vous retrouverez vos rubriques habituelles sur le prochain prevoyons.com qui vous sera adressé au mois de mai.



Nouveaux contrats responsables : quels impacts pour vous ?

► Qu'est-ce qu'un contrat responsable ?

Entrés en vigueur dès 2006, les contrats responsables ont pour objectif de mieux encadrer les dépenses de santé :

- » en encourageant les assurés à respecter le parcours de soins, c'est-à-dire consulter leur médecin traitant avant tout spécialiste,
- » et à prendre en charge des garanties minimales et maximales, conformément à un nouveau cahier des charges clairement défini.

Les contrats responsables sont un des moyens mis en œuvre par les pouvoirs publics pour diminuer les cas de renoncement aux soins. En contrepartie, ces contrats bénéficient d'un régime fiscal et social avantageux.

Compte tenu de la date de signature de l'avenant, les modifications de garanties prendront effet le 1^{er} mars 2016.

Vous allez recevoir 2 cartes de tiers payant : une 1^{ère} carte est envoyée en décembre, pour la période du 1^{er} janvier au 29 février sans changement de garanties. La 2nd carte, avec les modifications de garanties, sera envoyée courant février avec une date de validité débutant le 1^{er} mars 2016.



Le saviez-vous ?

Le régime fiscal et social des contrats responsables est avantageux pour les salariés :

- la part de cotisation payée par le salarié est déductible du revenu imposable * ;
- la part de cotisation de l'employeur n'est pas considérée comme un avantage en nature. Pour information, elle est soumise à CSG/CRDS et intégrée au revenu imposable ;
- la taxe de solidarité additionnelle est réduite.

* dans la limite de 5 % du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) + 2 % de la rémunération annuelle brute, sans pour autant que le total des cotisations exonérées ne dépasse 2 % de 8 fois le PASS (article 83 du code général des impôts).

► **Quels sont les impacts sur vos garanties ?**

	Les garanties Orange impactées	Le nouveau cahier des charges des contrats responsables	Les évolutions pour le régime Frais de santé d'Orange à compter du 1 ^{er} mars 2016
DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES Consultations généralistes et spécialistes Actes médicaux et chirurgicaux	Les garanties Orange ne faisaient pas de distinction de remboursement entre les médecins qui ont signé le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et ceux qui n'ont pas signé le CAS.	Le contrat responsable impose un plafond de prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas signé le CAS et favorise le remboursement des médecins signataires du CAS	<ul style="list-style-type: none"> Aucun changement si vous consultez un médecin signataire du CAS Les garanties sont plafonnées au maximum autorisé si vous consultez un médecin non signataire du CAS <i>(détail des remboursements page 4)</i>
OPTIQUE	Un équipement optique (monture + verres) tous les deux ans.	Un équipement optique (monture + verres) tous les deux ans.	Pas de changement, un équipement optique tous les deux ans.
	Un équipement optique par an en cas d'évolution de la vue supérieure à 0,50 dioptries.	Un équipement optique par an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.	La condition de dioptrie est supprimée, un équipement optique par an en cas d'évolution de la vue.
	Un équipement optique par an pour les moins de 16 ans.	Un équipement optique par an pour les moins de 18 ans.	Un équipement optique par an pour les moins de 18 ans.
	90 % frais réels (Sécurité sociale comprise) dans la limite de 206,50 €.	Un plafond de 150 € pour les montures, sécurité sociale comprise.	La prise en charge de la monture est donc désormais plafonnée à 150 €. Le taux de prise en charge de la monture passe à 100 % des frais réels (Sécurité sociale comprise) si vous effectuez votre achat dans le réseau Carte Blanche et à 95 % des frais réels (Sécurité sociale comprise) si votre achat est effectué hors réseau.

NB : la limite imposée par les contrats responsables a un impact limité sur les verres.



1.2.3

Coup d'œil sur Carte Blanche, votre réseau d'opticiens

En faisant appel à un opticien membre du réseau Carte Blanche, vous bénéficiez de nombreux avantages :

- le **tiers payant** pour éviter l'avance de frais, à hauteur de la garantie du contrat,
- des **prix inférieurs de 25 à 40 %** à ceux du marché,
- des **verres de qualité**, la traçabilité étant assurée.

CARTE BLANCHE EN CHIFFRES

105 000 professionnels de santé présents sur tout le territoire

4,8 millions d'assurés bénéficiant du réseau

Des **tarifs inférieurs au prix moyen du marché** pour la même qualité de produit :

- 25 à - 40 % pour l'optique

Pour accéder à l'annuaire des professionnels de santé du réseau Carte Blanche, rendez-vous sur www.prevoyons.com ou sur l'espace adhérent de La Mutuelle Générale.

Pour connaître précisément vos remboursements, reportez-vous à votre livret d'information en ligne sur www.prevoyons.com,

► rubrique Documents.

► Contrats d'Accès aux Soins : de quoi parle-t-on ?

C'est l'une des grandes nouveautés de la réforme des contrats responsables. Signé entre la Sécurité sociale et les médecins libéraux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) engage les médecins signataires à ne pas augmenter leurs dépassements d'honoraires libres durant 3 ans et à effectuer une partie de leurs consultations aux tarifs conventionnés.



AVANTAGE POUR VOUS :

une meilleure prise en charge par la Sécurité sociale et par le régime complémentaire.

Pour savoir si votre médecin est signataire du contrat d'accès aux soins, rendez-vous sur :

 annuaire.sante.ameli.fr

Pour en savoir plus sur les CAS :



► Quelles sont les différences de prise en charge pour vous (régime général) ?

	Médecins signataires du CAS (garanties inchangées)	Médecins non signataires du CAS (garanties modifiées)
Frais d'hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des frais réels, dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	100 % du ticket modérateur + dépassements d'honoraires, dans la limite de 156,25 % du montant remboursé par la Sécurité sociale en 2016, puis 125 % du montant remboursé par la Sécurité sociale en 2017
Frais de maladie		
Consultations et visites :		
• généraliste	100 % des frais réels, dans la limite de 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	100 % des frais réels, dans la limite de 171,42 % du montant remboursé par la Sécurité sociale
• spécialiste, professeur	100 % des frais réels, dans la limite de 250 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	100 % des frais réels, dans la limite de 221,42 % du montant remboursé par la Sécurité sociale en 2016, puis 185,71 % du montant remboursé par la Sécurité sociale en 2017
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100 % des frais réels, dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	

► Exemples de remboursements maximums (régime général) :

	Consultation d'un médecin généraliste en secteur 2		Consultation d'un médecin spécialiste en secteur 2	
	Signataire du CAS	NON signataire du CAS	Signataire du CAS	NON signataire du CAS
Base du remboursement Sécurité sociale pour une consultation du médecin traitant	23 €	23 €	25 €	23 €
Montant remboursé par la Sécurité sociale *	16,10 € - 1 €* = 15,10 €	16,10 € - 1 €* = 15,10 €	17,50 € - 1 €* = 16,50 €	16,10 € - 1 €* = 15,10 €
Montant maximum remboursé par le régime du Groupe à compter du 1 ^{er} mars 2016	32,20 €	27,60 €	43,75 €	35,65 €
Remboursement global maximum (Sécurité sociale + régime Orange)	48,30 € - 1 €	43,70 € - 1 €	61,25 € - 1 €	51,75 € - 1 €

* ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1€ prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale.

La fin de la clause d'ancienneté

Jusqu'à présent, tout salarié d'Orange bénéficiait de la complémentaire santé du Groupe, dès lors qu'il remplissait la condition d'ancienneté prévue au niveau de l'entreprise (6 mois maximum).

A compter du 1^{er} janvier 2016, cette condition d'ancienneté disparaît. Les salariés sont couverts par le régime Frais de santé d'Orange dès leur premier jour de travail, sauf cas de dispenses prévus par l'accord.

A noter

Vous pouvez résilier votre ancienne mutuelle sans attendre sa date anniversaire si vous fournissez une attestation d'adhésion obligatoire au régime groupe. Vous pourrez vous procurer cette attestation auprès d'Humanis ou, éventuellement, sur votre intranet, par exemple, pour les salariés d'Orange SA sur anoo rubrique.

"Mes formulaires/mes outils", « Mon attestation employeur à la carte »

En 2016 : les cas de dispenses évoluent

Certains salariés ont la possibilité de refuser l'affiliation à la complémentaire santé du Groupe. Ils ne seront donc pas couverts par les garanties collectives. Dans ce cas, ils ne payent pas de cotisations Santé et ne peuvent pas bénéficier de la portabilité à la fin de leur contrat.

► Qui peut bénéficier des cas de dispenses et comment en faire la demande ?

	MOTIF DE DISPENSE D'AFFILIATION	CONDITIONS	JUSTIFICATIF À FOURNIR
1	salariés présents au 31 décembre 2015 mais ne remplissant pas la condition d'ancienneté prévue dans l'entreprise au 1 ^{er} janvier 2016 et déjà couvert par une assurance individuelle frais de santé		<ul style="list-style-type: none"> demande de dispense datée et signée justificatif de couverture individuelle souscrite par ailleurs couvrant la totalité de la période de dispense
2	CDD et apprentis	Durée du contrat inférieure à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> demande de dispense datée et signée (sans justificatif)
		Durée du contrat supérieure ou égale à 12 mois	<ul style="list-style-type: none"> demande de dispense datée et signée justificatif de couverture individuelle souscrite par ailleurs (le justificatif doit couvrir la totalité du contrat)
3	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	aucune	<ul style="list-style-type: none"> demande de dispense datée et signée
4	salariés bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)	la dispense est effective tant que le salarié bénéficie de la CMUC	<ul style="list-style-type: none"> demande de dispense datée et signée attestation d'assurance avec mention de l'échéance

Tous les salariés présents au 31 décembre 2015 et dont l'affiliation n'était pas obligatoire au 1^{er} janvier 2016 recevront, de la part d'Humanis, un courrier explicatif complet de leur situation. **Attention, si vous souhaitez bénéficier d'une demande de dispense, vous devrez impérativement répondre par retour de ce courrier.**

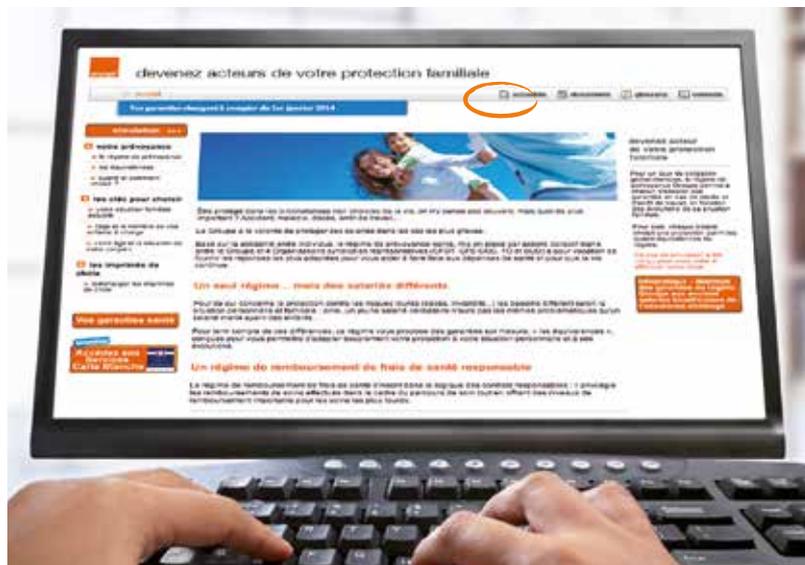


Ces évolutions vous assurent le maintien d'un régime Frais de santé avantageux et équitable, sans impact sur vos cotisations.

Besoin d'informations complémentaires ?

ayez le réflexe www.prevoyons.com

www.prevoyons.com, c'est le site d'information de votre régime de prévoyance.



Accessible **24 heures sur 24** et **7 jours sur 7**, vous pouvez :

- consulter le livret présentant vos garanties Santé et Prévoyance ainsi que les textes des accords du groupe,
- lire vos supports d'information dédiés : Prévoyons.com, Infopratique, Infosanté,
- télécharger et imprimer les formulaires utiles pour la gestion de vos garanties au quotidien.



**Vous avez des questions
sur vos garanties ?**

Contactez la Mutuelle Générale

TSA 10391

94281 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Téléphone : **0 800 013 131** Service & appel gratuits

Fax : 01 70 70 41 47

E-mail : orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

Internet : www.lamutuellegenerale.fr

Rubrique > Mon Espace Adhérent

**Vous avez des questions
sur votre affiliation
ou les cas de dispenses ?**

Contactez Humanis

Equipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq

45953 Orléans Cedex 9

Téléphone : ▶ N° Cristal **0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXÉ

Fax : 01 58 82 40 70

E-mail : prevoyance@humanis.com

Internet : www.humanis.com

