

Prévoyons.com

Juin 2022 / N° 59

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



2 Résultats 2021 de votre régime Prévoyance/Frais de santé

4 Parentalité : nos conseils pour faciliter votre quotidien

6 Grossesse : votre prise en charge

5 Urgences : votre nouveau forfait depuis le 1^{er} janvier

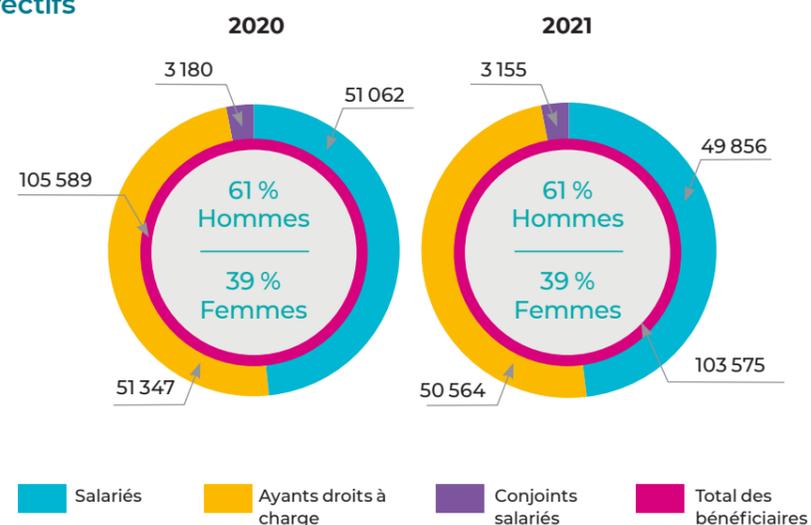
7 Deuxième avis médical : votre nouveau service



Résultats 2021 de votre régime Prévoyance/Frais de santé

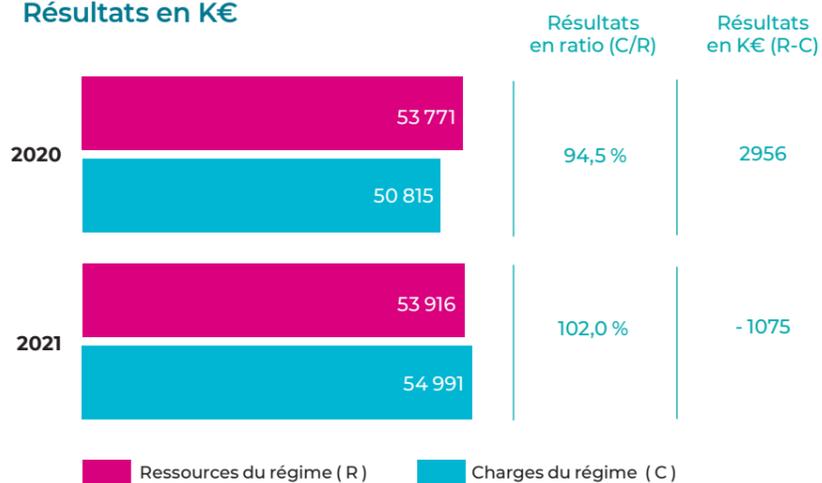
Comme chaque année, nous vous proposons de faire le point sur les résultats de l'année écoulée de votre régime prévoyance et frais de santé. Focus sur les chiffres clés.

Effectifs



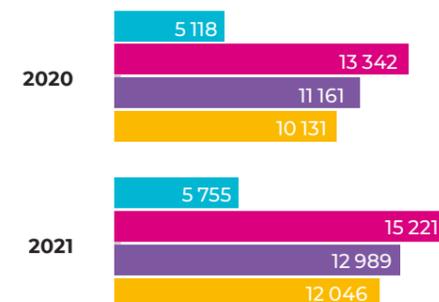
Résultats santé

Résultats en K€

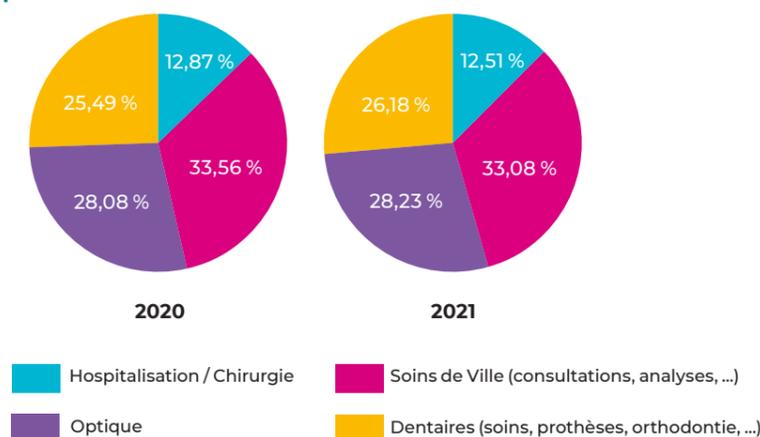


Focus sur l'évolution des charges en 2020

Evolution en K€

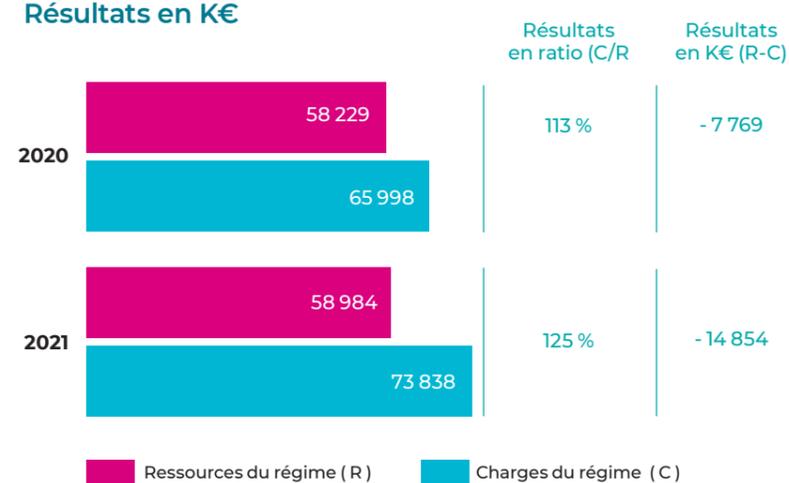


Répartition en %



Résultats prévoyance

Résultats en K€



LEXIQUE

Ressources du régime : les ressources du régime sont constituées par les cotisations nettes de taxes et les produits financiers sur provisions.

Charges : Les charges correspondent aux prestations servies et aux provisions pour les prestations futures.

En matière de frais de santé, la charge correspond aux remboursements de la mutuelle.

En matière de prévoyance la charge correspond aux indemnités journalières, rentes invalidité complémentaires, aux capitaux décès, rentes éducation, rentes de conjoints et frais d'obsèques versés.

POUR CONCLURE

La santé a retrouvé le rythme de dépenses d'avant confinement de mars 2020 et présente actuellement un déficit de 1,3 m€. Face à la poursuite de la dégradation du résultat du régime de prévoyance en 2021, une augmentation de la cotisation, majoritairement prise en charge par l'employeur, a été mise en place au 1^{er} janvier 2022.



Parentalité : nos conseils pour faciliter votre quotidien

Être parent est une source de joie qui n'est pas de tout repos et implique de trouver de nouveaux équilibres entre vie personnelle et vie professionnelle. Et ce n'est pas toujours simple ! Pour vous accompagner et vous conseiller dans toutes les étapes de votre vie de parent, Malakoff Humanis lance l'Espace parentalité.

Une ressource pour tous les parents

Parce que la parentalité est plurielle et les questions multiples, cet espace en ligne rassemble des conseils pratiques et des informations essentielles pour répondre à toutes les questions liées à une naissance, des soucis d'organisation, d'éducation, de scolarité, de maladie, d'handicap, de séparation... sans oublier les problématiques auxquelles se trouvent confrontés les parents solo, aidants...

A quoi avez-vous accès concrètement ?

Pour pouvoir répondre aux différents besoins et usages, nous avons développé ce service 3 en 1 composé d'outils pratiques et complémentaires.

Un blog inspirant

Vous découvrez des témoignages de parents et des conseils d'experts.

Un guide riche en informations et astuces

Vous y trouvez l'essentiel de vos droits, des relais et des aides financières.

Une aide personnalisée

Vous pouvez également bénéficier des conseils d'une consultante parentale, joignable du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 : sur rendez-vous ou par tchat depuis l'Espace Parentalité ou en flashant ce QR Code avec votre mobile :



Découvrez sans attendre ce tout nouveau service en vous connectant sur :

malakoffhumanis.mabonnefee.com



Urgences : votre nouveau forfait depuis le 1^{er} janvier

Après plusieurs reports, le « forfait patient urgences » (FPU) est finalement entré en vigueur le 1^{er} janvier dernier. Destiné à simplifier le processus de facturation considéré par les autorités comme trop complexe, il s'applique uniquement aux patients qui se rendent aux urgences sans pour autant être hospitalisés.

De quoi s'agit-il ?

Auparavant, les patients qui passaient aux urgences devaient d'une part payer la consultation médicale, soit un peu plus de 27 €, mais aussi les éventuels tests et examens pour poser le diagnostic. Avec l'entrée en vigueur du FPU, c'est fini : le plein tarif est de 19,61 € quel que soit le nombre d'actes entrepris. Selon le ministère de la Santé, l'objectif est de permettre au personnel hospitalier de « faire autre chose que de la facturation ».

Financièrement, qu'est-ce que ça change pour les patients ?

Pour les patients qui disposent d'une mutuelle, pas grand-chose. Le FPU est en effet remboursé intégralement dans le cadre du contrat responsable. Pour ceux qui n'ont pas de complémentaire santé, en revanche, le reste à charge peut être plus élevé qu'auparavant puisque l'Assurance maladie ne rembourse pas le FPU¹, alors que précédemment elle prenait en charge 80 % du prix de la consultation médicale et des examens (radio, scanner, etc.) réalisés lors du passage aux urgences.

Comment ça se passe ?

Si vous vous rendez aux urgences sans que votre état ne nécessite d'être hospitalisé, vous serez informé du coût de votre passage dès la sortie. La facture sera ensuite envoyée à votre domicile dans les jours qui suivent ou directement adressée à La Mutuelle Générale qui, dans tous les cas, la prendra en charge à 100 %.

Y a-t-il des exceptions ?

Si le montant du FPU est normalement de 19,61 €, les personnes en affection de longue durée (ALD), tout comme celles victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle dont l'incapacité est inférieure à deux tiers, se voient appliquer un tarif minoré de 8,49 €. Des exonérations ont également été mises en place. Elles concernent notamment les femmes enceintes de plus de 5 mois, les nouveau-nés de moins de 1 mois, les bénéficiaires d'une pension d'invalidité, les mineurs ayant subi des violences sexuelles ou encore les bénéficiaires de l'aide médicale d'État.



¹- Le régime local d'Alsace-Moselle (RLAM) rembourse intégralement le forfait.

Grossesse : votre prise en charge

*Vous attendez un heureux événement ?
En cas de grossesse, votre contrat groupe vous permet de bénéficier d'une prise en charge optimale des frais non remboursés par la Sécurité sociale. On fait le point.*

Quels sont les frais pris en charge par l'Assurance maladie ?

On a souvent tendance à croire que les frais liés à la grossesse sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie. En réalité, ce n'est qu'à partir du sixième mois et jusqu'au douzième jour après la date d'accouchement que l'Assurance maladie prend intégralement en charge et sans avance de frais (tiers payant intégral) les examens et frais médicaux en rapport ou non avec la grossesse. Toutefois, les dépassements d'honoraires, les frais de confort tels que la chambre particulière et le forfait hospitalier restent entièrement à la charge des parents.

Avant le sixième mois, seuls les examens médicaux obligatoires dans le cadre du suivi de grossesse sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. C'est le cas notamment des consultations prénatales, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ou encore des examens biologiques complémentaires. Tous les autres frais de santé – même s'ils sont liés à la grossesse – ne sont couverts qu'à hauteur de 70 % par l'Assurance maladie.

En outre, bien que trois échographies soient prévues pour surveiller la croissance et la santé de l'enfant, seule

la troisième est considérée comme obligatoire par la Sécurité sociale. Les deux premières échographies ne bénéficient donc pas d'une prise en charge à 100 %.

Quels sont les frais remboursés par votre contrat groupe ?

Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation liés à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par l'Assurance maladie au titre de la maternité, font l'objet non pas d'un remboursement, mais d'un versement forfaitaire de 1 371,20 € pour l'année 2022. Ce montant est versé à la naissance de l'enfant sur envoi de l'acte de naissance. Pour chaque naissance ou adoption, il est versé un seul forfait.

Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne), les frais sont pris en charge au titre de la garantie hospitalisation.

Pour en savoir plus

Consultez les garanties de votre contrat dans votre Espace personnel sur le site : www.prevoyons.com. Vous pouvez également contacter votre conseiller au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Deuxième avis médical : votre nouveau service

Vous vous posez des questions avant une décision médicale importante : dois-je me faire opérer ? Le diagnostic posé est-il le bon ? Le traitement proposé est-il pertinent ?

Un deuxième avis médical peut vous éclairer dans cette prise de décision.

Grâce à votre complémentaire prévoyance/santé, vous avez désormais accès au service « Deuxième avis médical ».

En cas de situation médicale complexe, ce service vous permet d'obtenir l'avis médical complémentaire d'un médecin expert de votre maladie, **en moins de 7 jours**, et sans vous déplacer, l'avis étant rendu sur la base du dossier médical que vous aurez envoyé.

Grâce à deuxiemeavis.fr, avec **plus de 250 spécialistes référencés et 650 maladies couvertes**, vous pouvez solliciter un avis sur des pathologies comme le cancer, l'endométriose, les problèmes orthopédiques et rhumatologiques, l'infertilité, les maladies cardiovasculaires, les acouphènes, et bien d'autres ...

Parce qu'un patient mieux informé sur ses problèmes de santé augmente ses chances de guérison, il peut être important de solliciter l'avis d'un médecin expert avant de prendre une décision médicale :

• **L'avis est convergent ?** Il vous permettra de mieux comprendre ce que

l'on vous propose et d'aborder plus sereinement votre traitement.

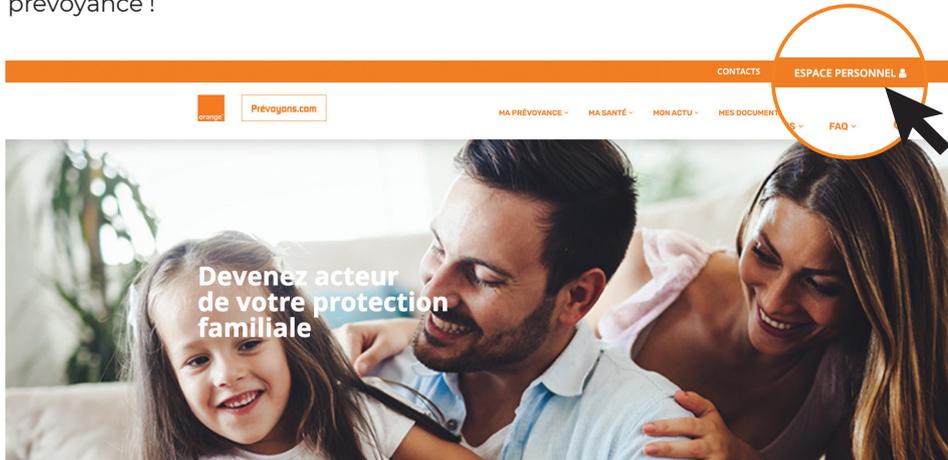
• **L'avis est divergent ?** Vous pourrez échanger avec votre équipe médicale traitante sur les alternatives thérapeutiques proposées voire éviter une opération ou accéder à un traitement plus approprié.

Ce service est 100% pris en charge, pour vous et vos ayants droit, par votre complémentaire prévoyance/santé et accessible directement à partir du site www.prevoyons.com, rubrique Ma Santé / mes services dédiés / deuxième avis médical. Vous y trouverez toutes les informations détaillées ainsi que les modalités d'accès au service « Deuxième avis médical ».



prevoyons.com : le réflexe

Le site de référence de votre complémentaire santé et de votre protection prévoyance !



Orange a choisi de vous faire bénéficier d'une couverture collective et obligatoire de prévoyance qui comprend une couverture frais de santé que vous retrouverez dans la rubrique « ma santé » et des garanties couvrant les risques arrêts de travail, invalidité et décès que vous retrouverez dans la rubrique « ma prévoyance ». Orange a confié la gestion de ce contrat à Humanis et à La Mutuelle Générale.



Vous pouvez :

- trouver toutes les informations relatives à vos régimes santé et prévoyance ;
- connaître toutes les démarches à réaliser en cas de changement de situation ;
- accéder à tous nos articles ;
- télécharger tous vos documents utiles (livret d'information, désignation de bénéficiaires, déclaration d'affiliation du conjoint, etc.) ;
- vous connecter à vos espaces personnels.

Espace personnel : simplifiez votre quotidien

Depuis le site prevoyons.com, connectez-vous à vos Espaces personnels pour retrouver vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne.

Vous pouvez également nous contacter :

Malakoff Humanis - Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. : **N°Cristal 0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 00

E-mail : prevoyance@malakoffhumanis.com

Internet : malakoffhumanis.com

La Mutuelle Générale

CG 709 - TSA 41423
75621 Paris cedex 13

Tél. : **N°Cristal 0 969 397 497**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 9 h 00 à 18 h 00

Internet : adherent.lamutuellegenerale.fr