

Prévoyons.com

Avril 2016 / N° 42

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

Résultats de votre régime :
bilan au 31 décembre 2015

Vos garanties Santé

Dossier spécial
Contrat d'accès aux soins :
quelle influence sur
vos remboursements ?

Humanis Prévoyance et
La Mutuelle Générale : qui fait quoi ?

Manger, bouger,
c'est la santé

Résultats de votre régime : bilan au 31 décembre 2015

L'année 2015 se caractérise par une dégradation des résultats du régime, légère sur la partie frais de santé, plus marquée sur la partie prévoyance (décès, incapacité, invalidité). La réserve financière constituée grâce aux bons résultats de l'an dernier permet toutefois de compenser ce déficit. Décryptage.

Actualités



2/3

Résultats de votre régime : bilan au 31 décembre 2015

Vos garanties Santé



4/5

Contrat d'accès aux soins : quelle influence sur vos remboursements ?

Actualités



6

Humanis Prévoyance et La Mutuelle Générale : qui fait quoi ?

Prévention



7

Manger, bouger, c'est la santé

Informations

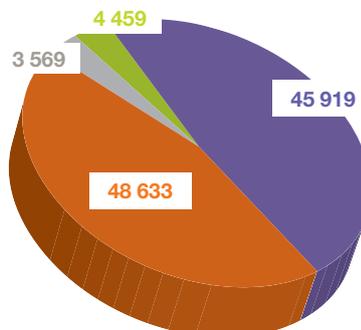


8

www.prevoyons.com : pensez-y !

Vos garanties Santé

Démographie du régime



- Salariés
- Enfants
- Conjoints à charge
- Conjoints (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) salariés

mieux remboursées, d'où une croissance de la consommation. Côté optique, le remboursement de l'équipement (monture + verres) tous les 2 ans entraîne une baisse de la consommation la première année (- 31 % en 2014) mais une hausse la deuxième année.

Par ailleurs, les soins de ville (consultations, visites, etc.) augmentent significativement : + 7,09 %. Le poste « Pharmacie » quant à lui reste stable, la consommation étant même en légère baisse.

Évolution des prestations Santé

Le ratio prestations/cotisations nettes du régime frais de santé s'élève à **101,4 % au 31 décembre 2015**, contre 95,8 % au 31 décembre 2014.

En comparant les résultats 2015 à ceux de 2014, deux postes connaissent une augmentation importante :

- les frais optique : + 17,52 %
- les garanties dentaires : + 13,33 %.

Ces augmentations étaient toutefois attendues, du fait de la mise en place des nouvelles garanties santé au 1^{er} janvier 2014. En effet, depuis 2014, les prothèses dentaires sont

A noter, le bon résultat de la catégorie des conjoints (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) salariés, dont le ratio prestations/cotisations nettes atteint 93,4 % en fin d'année.

Zoom sur le réseau optique Carte Blanche

Depuis sa mise en place en 2014, les salariés d'Orange font de plus en plus souvent appel à Carte Blanche pour leur équipement optique.

Un bon réflexe qui permet de réaliser en 2015 une **économie pour le régime** et de diminuer le reste à charge pour les adhérents.



Vos garanties Prévoyance

Démographie du régime

	2015	2014	2013
Nombre de salariés	49 661	48 733	47 352
Proportion hommes/femmes	59,9 %/40,1 %	59,7 %/40,3 %	59,0 %/41,0 %
Âge moyen (années)	39,3	38,9	38,3

Résultats 2015

Le résultat est déficitaire à **- 4,14 M€** (contre un excédent de +1,97 millions € en 2014).

Ce résultat s'explique par une année particulièrement difficile sur le risque décès.

Au-delà du nombre de décès constaté (en légère hausse), c'est surtout le nombre très important de rentes éducation et de rentes conjoint versées qui explique la forte augmentation des charges, et notamment des provisions mathématiques.

Zoom sur le calcul des provisions mathématiques

Lorsqu'un sinistre est déclaré à l'assureur (décès ou arrêt de travail), celui-ci doit :

- régler le montant dû au titre de la garantie,
- provisionner la charge de prestations qu'il devra régler au titre de(s) rente(s) induite(s), au cours des années qui suivent le sinistre initial.

Concrètement, ces rentes sont réglées pendant de nombreuses années, jusqu'à la date

de fin prévue. Pour la rente éducation par exemple, elle est versée jusqu'à la fin de la scolarité de l'enfant. Des provisions doivent donc être constituées afin de garantir leurs versements.

Pour ce faire, à chaque arrêté de compte, des calculs mathématiques sont réalisés à partir de tables statistiques (tables de mortalité, table de maintien en incapacité ou de passage en invalidité).

Ces tables sont réglementées et appliquées strictement par les assureurs.

→ Lexique

Qu'est-ce qu'un ratio prestations/cotisations ?

L'équilibre des régimes se mesure principalement par le ratio prestations versées/cotisations encaissées.

On considère ainsi un ratio d'équilibre à 100 %, un régime excédentaire pour un ratio inférieur à 100 % et un régime déficitaire pour un ratio supérieur à 100 %. C'est pourquoi, tous les résultats énoncés dans cet article sont indiqués en pourcentage.

Exemple :

un ratio à 119,80 % signifie que pour 100 € de cotisations, 119,8 € de prestations sont versées.

→ Pour conclure

Le déficit global cette année s'élève à **- 4,76 millions € (contre un excédent de + 3,88 millions € en 2014)**. Les réserves, alimentées notamment en 2014, suffisent à compenser intégralement le déficit du régime constaté pour 2015 ■

Contrat d'accès aux soins : quelle influence sur vos remboursements ?

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la notion de Contrat d'Accès aux Soins (CAS) entre en ligne de compte dans la prise en charge de certaines de vos dépenses de santé suite à la réforme des contrats responsables. Mais quels sont précisément ses impacts pour vous ? Éléments de réponses, exemples à l'appui.

Signé entre l'Assurance maladie et les médecins généralistes ou spécialistes autorisés à pratiquer des tarifs supérieurs au tarif de convention¹ de la Sécurité sociale (secteur 2), le CAS a un double objectif : il incite les médecins signataires à contrôler leurs dépassements d'honoraires, et les assurés à consulter de préférence un médecin adhérant au CAS.

Un contrat donnant/ donnant

En signant ce contrat, les médecins s'engagent durant trois ans à :

- ne pas augmenter leur niveau moyen de dépassements d'honoraires et la part de leur activité générant ces dépassements ;

• recevoir davantage de patients au tarif conventionné. En contrepartie, l'Assurance maladie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales.

Pour les assurés, les honoraires des médecins signataires (« médecins CAS ») sont mieux remboursés par la Sécurité sociale et les complémentaires santé. Consulter un médecin CAS de secteur 2, c'est également être assuré que ses tarifs n'augmenteront pas au cours des trois années que dure le contrat. Vous avez donc tout intérêt à vérifier si votre médecin est signataire ou non du CAS.

Le CAS concerne les dépenses de consultations et d'actes techniques pratiqués en ville ou

à l'hôpital, (radios, électrothérapie, honoraires d'anesthésie et de chirurgie, etc.) Il est tout particulièrement intéressant pour les spécialistes en ville - majoritairement en secteur 2 dans certaines régions - ou à l'hôpital, où un acte sur deux fait l'objet d'un dépassement d'honoraires.

Votre médecin est-il adhérent au CAS ?

Un médecin n'a pas l'obligation d'afficher au sein de son cabinet cette information. L'Assurance maladie répertorie toutefois tous les signataires sur www.ameli.fr, rubrique « Annuaire santé ».

Une prise en charge différente...

• de la part de la Sécurité sociale

Afin d'inciter les assurés à consulter les médecins CAS, l'Assurance maladie leur garantit un meilleur remboursement s'ils consultent ces praticiens.

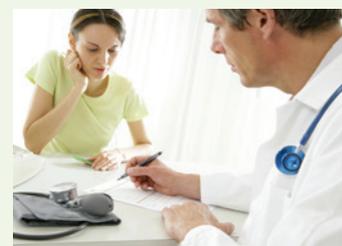
Ainsi, la prise en charge des honoraires des **médecins spécialistes CAS** est calculée sur la base d'un tarif de convention supérieur à celui des spécialistes non CAS.

La base de remboursement¹ est alors alignée sur celle du secteur 1 (tarifs sans dépassements d'honoraires).

• et de la part des complémentaires santé

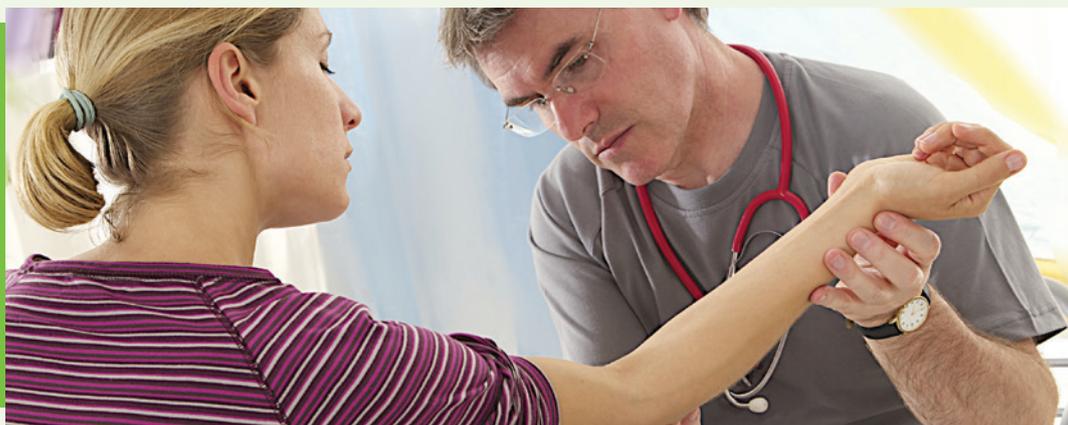
Les complémentaires santé complètent ensuite ce remboursement selon un plancher (pour les médecins CAS) et un plafond (pour les médecins non CAS) réglementés par les critères responsables des contrats santé.

Les **généralistes CAS et non CAS** en revanche ont un tarif de convention identique et ce sont les complémentaires santé qui font la différence en valorisant les premiers.



11 103 médecins sont signataires d'un CAS.

Source : Journal international de médecine – avril 2015



CAS/non CAS pour votre régime de groupe : quelles différences ?

A noter : le remboursement du régime ne peut excéder les frais réels engagés.

Pour les frais de maladie², votre régime prévoit la prise en charge suivante :

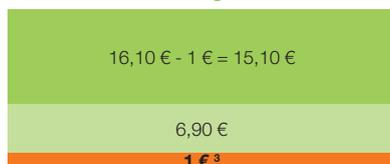
	médecins signataires du CAS	médecins non signataires du CAS
Consultation - Visite : • Généraliste	100 % des frais réels dans la limite de 200 % du MR	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du MR
• Spécialiste, professeur	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du MR	100 % des frais réels dans la limite de 221,42 % du MR en 2016, puis 185,71 % MR à partir de 2017
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	

Témoignages

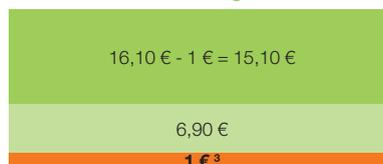
Stéphanie consulte un médecin généraliste. Sa consultation lui coûte **23 €**.



son médecin est signataire du CAS



son médecin est non signataire du CAS



Le montant remboursé par la Sécurité sociale pour un généraliste CAS ou non CAS ne diffère pas. Votre régime de Groupe vous assure quant à lui un remboursement

maximum de 32,20 € pour les médecins CAS et 27,60 € pour les non CAS, **soit un remboursement total maximum (Sécurité sociale comprise) de 47,30 € pour les généralistes CAS et 42,70 € pour les non CAS.**

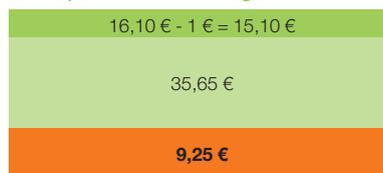
Nicolas consulte un médecin spécialiste de secteur 2, sur avis de son médecin traitant, donc dans le respect du parcours de soins. Sa consultation lui coûte **60 €**.



son spécialiste est signataire du CAS



son spécialiste est non signataire du CAS



Le montant remboursé par la Sécurité sociale pour un spécialiste CAS ou non CAS n'est pas le même. Du côté de votre régime, le remboursement maximum pour la consultation d'un spécialiste CAS est de 43,75 € et 35,65 € pour les non CAS, **soit un remboursement total maximum (Sécurité sociale comprise) de 60,25 € pour les spécialistes CAS et 50,75 € pour les non CAS.**

Pour les frais d'hospitalisation², votre régime prévoit la prise en charge suivante :

	médecins signataires du CAS	médecins non signataires du CAS
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	100 % du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 156,25 % du MR en 2016, puis 125 % du MR à compter de 2017

Témoignage

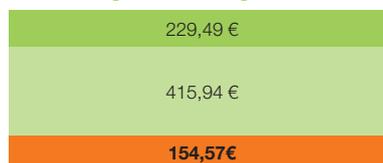
Samuel se fait opérer de l'appendicite en mars 2016, l'opération lui coûte **800 €**.



son chirurgien est signataire du CAS



son chirurgien est non signataire du CAS

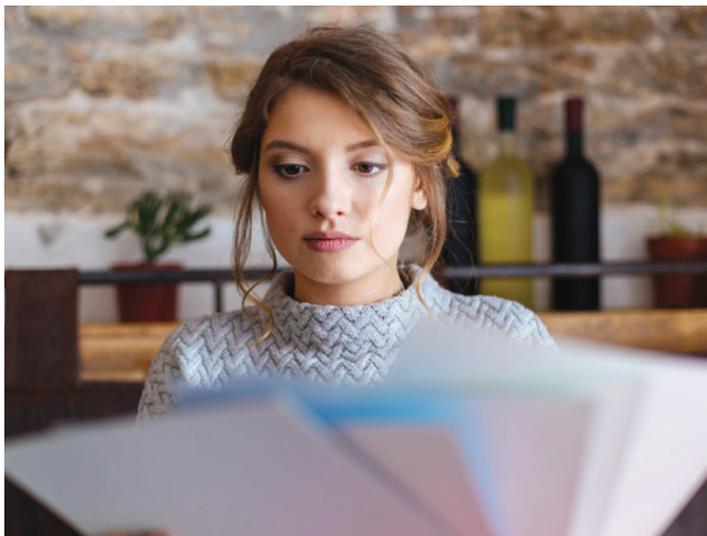


■ Montant remboursé par la Sécurité sociale ■ Remboursement du régime Orange ■ Il lui reste donc à payer

¹ Pour le régime général, hors Alsace Moselle.

² Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme.

³ Ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1€ prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale.



Humanis Prévoyance et La Mutuelle Générale : qui fait quoi ?

Choix d'équivalence, demande de prise en charge hospitalière, modification de votre clause bénéficiaire... autant de démarches que vous serez probablement amené à effectuer un jour. Mais à qui devrez-vous vous adresser : Humanis Prévoyance ou La Mutuelle Générale ? Récapitulatif du rôle de chacun.

La Mutuelle Générale pour la santé et Humanis Prévoyance pour la prévoyance ? Pas tout à fait.

2 interlocuteurs, des missions distinctes

Au moment de votre affiliation ou pour tout changement

d'équivalence, **Humanis Prévoyance est votre interlocuteur principal.**

Pour la gestion de vos garanties en revanche, les deux organismes se partagent les missions :

- les garanties santé sont gérées par la Mutuelle Générale,

- les garanties prévoyance, par Humanis Prévoyance. Pour rappel, la prévoyance fait référence aux garanties Arrêt de travail et Décès (y compris rentes éducation et rente de conjoint) dont vous bénéficiez dans le cadre de votre régime de Groupe.

Pour la vie quotidienne de votre régime de Groupe

Vous souhaitez :

- vérifier votre affiliation,
- choisir ou modifier votre équivalence,
- informer d'un changement d'adresse,
- modifier votre situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, naissance, décès, etc.),
- demander à bénéficier de la télétransmission Noémie, etc.

Pour la gestion de vos garanties Prévoyance

En cas d'arrêt de travail ou de décès, vos responsables des ressources humaines informent directement Humanis Prévoyance de la situation. Ce sont donc vos premiers interlocuteurs sur le sujet.

Pour la gestion de vos garanties Santé

Vous souhaitez :

- obtenir une carte de tiers payant,
- demander une prise en charge en cas d'hospitalisation, faire un devis optique ou dentaire,
- géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche,
- vous renseigner sur vos remboursements en cours, etc.



Ayez le réflexe www.prevoyons.com, le site d'information de votre régime de prévoyance qui récapitule toutes les informations et les documents utiles à la gestion de vos garanties.



→ Repères

Retrouvez toutes les coordonnées d'Humanis Prévoyance et de La Mutuelle Générale en page 8 du Prévoyons.com ■

Manger, bouger, c'est la santé

C'est le crédo lancé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Et à l'approche de l'été, il est plus que jamais d'actualité. Alors pour vous aider à (re)prendre de bonnes habitudes, Prévoyons.com vous donne quelques conseils.

Préserver son capital santé passe en partie par une alimentation équilibrée. En effet, aujourd'hui, le lien entre nutrition, qualité de santé et prévention des maladies n'est plus à prouver : de nombreuses études ont notamment montré l'impact de la nutrition sur le développement de certains cancers ou maladies cardiovasculaires. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) propose ainsi depuis 2001 des recommandations nutritionnelles pour prévenir l'apparition de certaines pathologies et promouvoir la santé publique.

Fruits et légumes : au moins 5 par jour

Crus ou cuits, naturels ou préparés, frais ou surgelés, les fruits et légumes doivent être consommés à chaque repas. Riches en minéraux et vitamines, ils contiennent aussi des fibres qui calment l'appétit et facilitent le transit intestinal. L'idéal est d'alterner entre fruits et légumes et de diversifier les variétés.

Féculents : à chaque repas

Sont considérés comme des féculents :

- les aliments céréaliers : riz, semoule, pâtes, blé, pain, etc,
- les légumes secs et légumineuses : lentilles, pois chiches, pois cassés, haricots blancs, etc,
- les pommes de terre.

Complémentaires avec les légumes, les féculents doivent être consommés de façon régulière, en fonction de l'appétit.

Produits laitiers : 3 fois par jour

Lait, fromage, yaourt... à vous de faire votre choix. Le rôle du calcium pour la santé des os est bien connu, les produits laitiers sont donc à privilégier durant l'enfance, l'adolescence et le 3^e âge.

Attention toutefois aux « faux amis » : bien que la crème fraîche et le beurre soient fabriqués à partir de lait, ils ne sont pas considérés comme des produits laitiers mais comme des matières grasses.

Viande, poisson ou œuf : 1 à 2 fois par jour

Source de protéines, ces aliments doivent être un composant du plat principal sans pour autant constituer l'essentiel. L'accompagnement (légumes, féculents) doit prendre la première place dans votre assiette. Inutile également de manger de la viande ou du poisson à chaque repas, tous les jours.

Les adultes et les enfants n'ont pas les mêmes besoins : la portion conseillée de viande, poisson ou œuf d'un enfant de 3 ans est d'environ 50 g (soit un demi-steak haché, par exemple).



Matières grasses, produits sucrés ou salés : à limiter

Les matières grasses jouent un rôle essentiel dans une alimentation équilibrée, elles ne doivent donc pas être diabolisées. Beurre, margarine, huile, crème... selon les acides gras qu'elles contiennent elles ont des effets plus ou moins favorables sur la santé (surtout sur le cholestérol et l'état des artères). Privilégiez les matières grasses végétales mais ne vous empêchez pas pour autant de mettre un peu de beurre frais sur vos tartines au petit-déjeuner.

Quant aux aliments sucrés et autres viennoiseries, consommez-les avec modération. Ils favorisent le déséquilibre alimentaire et augmentent le risque d'obésité.

30 minutes d'activité physique par jour

L'INPES recommande de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.

Les personnes pratiquant une activité physique régulière sont généralement moins exposées à l'obésité, aux accidents cardiaques et aux cancers que les autres.

Sans oublier, de l'eau à volonté ■

Les habitudes des Français en chiffres

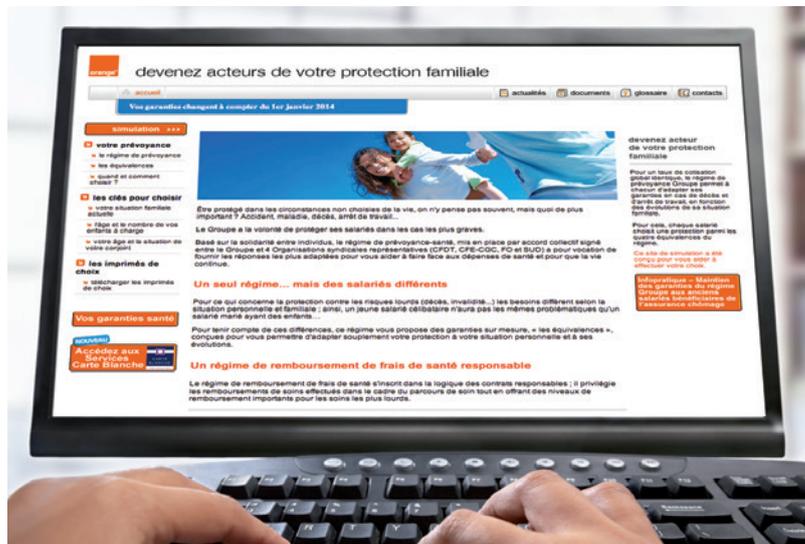
57 % des adultes consomment insuffisamment de fruits et légumes (moins de 5 portions par jour) et **35 %** sont de petits consommateurs (moins de 3,5 portions par jour).

1/4 de la population consomme trop de viande rouge (au moins 500 grammes par semaine). Le Fonds mondial de recherche contre le cancer recommande une consommation inférieure à 500 g par semaine.

21 à 37 % des adultes pratiquent moins de 30 minutes d'activité physique par jour. Environ 2 200 décès par cancers pourraient être imputables à l'inactivité.

Source : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

www.prevoyons.com : pensez-y !



www.prevoyons.com, c'est le site dédié qui répond à toutes vos questions concernant vos garanties santé et/ou prévoyance.

Vous pouvez ainsi y :

- 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 vos formulaires de gestion (désignation de bénéficiaires de l'assurance décès, déclaration d'affiliation du conjoint, etc.)



Vous voulez :

- vérifier votre affiliation ;
- communiquer votre changement d'adresse ;
- informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...);
- choisir ou modifier une équivalence ;
- modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système Noémie).

Vous voulez :

- recevoir votre carte de tiers payant ;
- demander une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- obtenir un devis dentaire ou optique ;
- vous renseigner sur vos remboursements en cours ;
- géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche.

Contactez

**Humanis
Équipe Orange**

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. :  **0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8h à 18h

Fax : **01 58 82 40 70**

E-mail : **prevoyance@humanis.com**

Internet : **www.humanis.com**

Les décès nous sont déclarés par les Responsables des Ressources Humaines ou l'assistante sociale ; ce sont donc vos premiers interlocuteurs sur ces sujets.

Contactez

La Mutuelle Générale

TSA 10391
94281 Le Kremlin Bicêtre cedex

Tél. : **0 800 013 131** 

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Fax : **01 70 70 41 47**

E-mail : **orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**

Internet : **www.lamutuellegenerale.fr**, rubrique Mon Espace Adhérent.