



Loi Eckert :
la fin des contrats en déshérence ?

Aider ses parents :
un devoir légal

Vos garanties Prévoyance

Accidents du travail :
modalités et prise en charge

Apnées du sommeil :
ne passez pas à côté !

Trier ses médicaments :
un geste éco-santé

Actualités



2

Loi Eckert, la fin des contrats en déshérence ?

Actualités



3

Aider ses parents, un devoir légal

Vos garanties
Prévoyance

4/5

Accident du travail
Modalités et prise en charge

Prévention



6

Apnées du sommeil :
ne passez pas à côté !

Prévention



7

Trier ses médicaments :
un geste éco-santé

Informations



8

www.prevoyons.com :
pensez-y !

Loi Eckert, la fin des contrats en déshérence ?



Tout mettre en œuvre pour accélérer l'identification des bénéficiaires de contrats d'assurance vie, de prévoyance ou de santé et le versement des capitaux dus : telle est l'ambition de la Loi Eckert. Décryptage avec Eric Desoindre, Responsable du service juridique Distribution d'Humanis.

Pourquoi une telle loi ?

Certaines familles n'ont pas connaissance des contrats d'assurance vie, de prévoyance ou de santé versant des garanties obsèques, souscrits par leur proche défunt. D'après l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 1,7 millions de contrats d'assurance vie* seraient en déshérence, c'est-à-dire que les capitaux et rentes de ces contrats ne seraient pas réclamés. Afin de ne pas oublier ces bénéficiaires, les organismes assureurs doivent consulter chaque année le répertoire national d'identification des personnes physiques afin de s'informer d'éventuels décès non déclarés.

Quel est le rôle des organismes assureurs ?

S'ils découvrent un décès, ils ont l'obligation de rechercher activement les bénéficiaires du contrat. L'objectif est de leur verser les capitaux qui leur sont dus. Chaque assureur doit pouvoir justifier qu'une recherche active a été mise en œuvre.

10 ans après avoir appris le décès d'un assuré, les sommes concernées par un contrat en déshérence sont reversées à la Caisse des dépôts et consignations.

20 ans plus tard, les sommes sont acquises à l'Etat et il n'est plus possible de les réclamer.

Une revalorisation des capitaux est-elle prévue ?

Oui, tout à fait. Les contrats d'assurance sur la vie avec ou sans valeurs de rachat

et les contrats santé ou prévoyance intégrant une garantie capital décès, dont les bénéficiaires sont des personnes physiques, doivent préciser les conditions d'une revalorisation du capital après le décès de l'assuré. C'est notamment le cas pour le régime du Groupe Orange. La revalorisation du capital décès dont la valeur en euros a été arrêtée ne pourra être inférieure à un taux fixé par décret en Conseil d'Etat.

L'assureur a l'obligation de demander au bénéficiaire de fournir les pièces nécessaires au règlement dans un délai de 15 jours à compter de la réception de l'avis de décès ou de la prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire.

A réception de ces pièces, l'organisme assureur verse, dans un délai d'un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire. A défaut, des pénalités de retard sont dues ■

* Source : chiffre ACPR cité par l'Argus de l'assurance



Aider ses parents, un devoir légal

L'obligation alimentaire envers les ascendants dans le besoin est inscrite dans la loi. Que recouvrent exactement ces termes ? Comment se calcule la participation des obligés ? Explications.

Vous y soustraire vous rendrait hors la loi. Le Code civil, article 205, stipule ainsi que « les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin. » Encore faut-il s'accorder sur les termes.

Une définition encadrée

Derrière le mot « *aliments* », il faut comprendre tout ce qui est « nécessaire à la vie » : hébergement, nourriture, soins médicaux. L'ainé démuné désigne, pour sa part, une personne âgée de plus de 65 ans dont les revenus ne lui permettent pas d'assumer financièrement ses besoins vitaux (logement, alimentation, santé).

Quant à la solidarité familiale, elle concerne les enfants envers leurs parents ou ascendants, mais aussi les gendres et belles-filles envers leurs beaux-parents. Toutefois, le prononcé du divorce décharge ces derniers de cette obligation, tout comme le décès du conjoint et des enfants nés de cette union.

Cas particuliers

Certaines circonstances peuvent également dispenser de l'obligation alimentaire. Ginette, séparée de son mari depuis de nombreuses années, s'est vu réclamer une

pension alimentaire au profit de sa belle-mère. « *J'ai élevé mes trois enfants après le départ de leur père sans aucune aide de ma belle-famille* », explique la jeune retraitée. Même en l'absence de divorce, le juge aux affaires familiales a tenu compte de cette situation pour la décharger de toute contribution. Il en va de même quand l'un des parents n'a jamais, ou pratiquement jamais, participé à l'éducation de sa progéniture ni maintenu aucun contact : l'obligation de subvenir aux « besoins vitaux » de cet ascendant peut, là encore, être annulée.

Action en justice

Si la participation de chaque descendant dépend de ses ressources et des besoins de l'ascendant, celle-ci peut prendre des formes différentes, dès lors que la famille s'est mise d'accord : l'un des enfants peut accueillir le parent âgé à son domicile, et l'autre verser une pension alimentaire, par exemple.

Mais attention : pas question pour autant que l'aide sociale attribuée par les départements aux personnes âgées se substitue à la famille, à laquelle elle peut être réclamée. C'est le cas pour l'hébergement, l'aide médicale à domicile et l'aide aux repas. Le représentant de l'État ou du département



est d'ailleurs habilité à saisir la justice si nécessaire, notamment en cas de non-paiement de frais hospitaliers ou de factures impayées d'une maison de retraite. Autant de recours pour rappeler les descendants à leur devoir légal.

Déductions fiscales

La pension versée dans le cadre de l'obligation alimentaire est déductible des revenus imposables. Il n'existe ni minimum ni maximum, mais il faut pouvoir produire des justificatifs. Ceux qui accueillent un parent à domicile peuvent prétendre à des avantages fiscaux calculés sur la base des frais de nourriture et d'hébergement. Les bénéficiaires doivent, quant à eux, déclarer la pension perçue ■

Accident du travail

Modalités et prise en charge

Vous êtes actuellement en arrêt de travail suite à un accident du travail. Quelles sont les démarches à effectuer et les garanties versées par votre régime ? Décryptage.

« Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».
Définition de l'accident du travail - Code de la Sécurité sociale (article L.411-1)

Suite à un accident du travail, vous devez effectuer un certain nombre de démarches, notamment auprès de votre employeur, afin d'être rapidement pris en charge.

Des démarches à ne pas négliger

Dès lors que vous êtes victime d'un accident lié à votre travail, votre premier réflexe doit être de **déclarer les faits auprès de votre employeur dans un délai maximum de 24h** et de faire constater vos blessures par un médecin.

Vous devez ensuite envoyer votre certificat d'arrêt de travail à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (volets 1 & 2) et à votre employeur (volet 3).

De son côté, votre employeur doit déclarer l'accident sous 48h par lettre recommandée avec avis de réception auprès de la CPAM et fournir une

attestation de salaire. Il doit également vous adresser une feuille d'accident du travail : celle-ci vous ouvre une prise en charge à 100 % des frais médicaux liés à l'accident, dans la limite de la base de la Sécurité sociale et sans avance de frais.



Le saviez-vous ?

Si vous ne respectez pas ce délai d'envoi, la CPAM peut ne pas prendre en compte votre arrêt de travail et donc ne pas vous verser les indemnités journalières correspondantes. De même, Humanis et Orange, qui s'appuient sur la prise en charge de votre arrêt par la CPAM, ne verseront pas non plus de prestations complémentaires ni de complément de salaire.

Des indemnités sous conditions

Tout salarié victime d'un accident du travail bénéficie d'une **réglementation protectrice en matière de droit du travail** : il est couvert par la garantie des risques accidents du travail et maladies professionnelles de la CPAM, quel que soit son employeur. Chaque salarié peut ainsi percevoir des indemnités suite à un accident du travail.

En tant que salarié d'Orange, votre employeur vous garantit également le maintien de votre rémunération pendant un certain laps de temps. Des prestations complémentaires sont ensuite versées par Humanis afin de garantir le maintien de votre salaire net à 100 % pendant toute la durée de votre arrêt.





Des conditions sont toutefois à respecter, tant au titre de la CPAM qu'au titre d'Orange et d'Humanis :

Pour percevoir les indemnités journalières de la CPAM

- votre arrêt de travail fait état des éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail
- vous devez cesser toute activité professionnelle pendant l'arrêt de travail
- votre durée d'affiliation est suffisante (par exemple, 200h de travail pendant le trimestre précédant l'arrêt)
- votre arrêt est envoyé dans les délais impartis

Pour bénéficier du maintien de salaire d'Orange

- vous êtes pris en charge par la CPAM
- vous envoyez votre arrêt à la CPAM et votre employeur, dans les délais prévus
- vous respectez les conditions d'ancienneté

Pour percevoir les prestations complémentaires d'Humanis

- vous êtes indemnisé par la CPAM
- votre employeur a transmis une attestation de salaire à Humanis

Vos indemnités en détail

Le montant de l'indemnité journalière de la CPAM est égal à 60 % de votre salaire journalier de base pendant les 28 premiers jours (avec un montant maximum plafonné à 196,30 €/jour) puis à 80 % de ce salaire à compter du 29^e jour (avec un montant maximum plafonné à 261,73 €/jour).

Vous percevez ces indemnités journalières dès lors que votre

entreprise n'est plus tenue de vous verser le montant intégral de votre rémunération, en vertu de la convention collective ou de l'accord collectif applicable.

Humanis vous verse en complément les prestations d'incapacité prévues par votre régime de Groupe, en fonction de la convention collective ou de l'accord collectif en vigueur dans l'entreprise, au plus tôt à compter du 46^e jour d'arrêt de travail.

Ces prestations vous sont versées par l'intermédiaire de votre employeur, avec votre salaire. Elles sont, pour partie, soumises à cotisations et fiscalisées. Votre employeur procède au versement de ces prestations par anticipation afin d'éviter les variations de salaire. Toutefois, si votre contrat vient à être rompu et que vous êtes toujours en arrêt de travail, Humanis vous versera directement les prestations complémentaires prévues ■

Nouveau en 2017 : le service Prest'IJ

Saviez-vous que vous bénéficiez peut être des avantages du service Prest'IJ ?

Il permet d'automatiser les échanges des décomptes d'indemnités journalières des salariés en arrêt de travail entre la CPAM et Humanis.

Pour en savoir plus : www.prevoyons.com rubrique Documents, Nouveautés 2017



Apnée du sommeil : ne passez pas à côté !

En France, une personne sur cinq souffre de troubles du sommeil. Parmi les causes possibles, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Bien qu'assez fréquente, cette pathologie reste mal connue.

C'est en 2011 que Stéphane, alors âgé de 48 ans, s'est décidé à se rendre dans un centre du sommeil. Outre les difficultés de plus en plus importantes à s'endormir, il se souvient encore de « *son immense fatigue au lever, des réveils nocturnes accompagnés de palpitations et des maux de tête qui ont commencé à apparaître* ». Si Stéphane a pensé assez vite au syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS), nombre de Français souffrant d'insomnie négligent cette piste.

« *On estime que cette maladie touche près de 5 % de la population adulte, avec une prévalence plus grande chez les hommes, avance le Dr Virginie Bayon, du centre du sommeil de l'Hôtel-Dieu (Paris). Or seules 2,4 % de personnes déclarent un SAOS diagnostiqué.* »

5 % de la population adulte est touchée par le syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Ce blocage peut représenter une diminution de plus de 50 % du débit d'air. » A l'origine généralement, un obstacle au niveau de la gorge (voile du palais, grosse langue, recul de la mâchoire, etc.). Quant aux manifestations, elles sont parfaitement identifiées : ronflements, somnolence diurne, troubles de la concentration, besoin d'uriner la nuit et, parfois, maux de tête inexplicables.

Autant de signes qui doivent alerter car les conséquences peuvent être potentiellement graves. « *L'apnée du sommeil non traitée peut entraîner des accidents vasculaires cérébraux (AVC), notamment chez des sujets jeunes, des accidents cardiaques, des troubles de la libido et des dépressions* », indique le Pr Alain Didier, chef du pôle voies respiratoires au CHU de Toulouse.

S'il n'existe pas de « patient type », certains sujets sont toutefois plus « à risques », en l'occurrence ceux qui souffrent de troubles métaboliques tels qu'une hypertension artérielle réfractaire ou résistante, une surcharge pondérale et un diabète.

Des traitements appropriés

« *Contre le SAOS, il y a d'abord les petits moyens : un régime, car cette pathologie est souvent associée à un excès de poids, l'arrêt de l'alcool et des somnifères qui aggravent les apnées, précise le Dr Bayon. Si ces options ne suffisent pas, trois types de traitement peuvent être proposés : le port d'un appareil la nuit appelé pression positive continue, généralement proposé en première intention, le port d'une orthèse d'avancée mandibulaire qui, en avançant la mâchoire inférieure, élargit les voies aériennes supérieures ou, dans des cas rares, une intervention chirurgicale.* »

Après plusieurs essais, Stéphane a opté pour un masque facial qu'il porte toutes les nuits. « *Les patients acceptent le plus souvent cette contrainte car ils notent une amélioration dès les premières nuits, observe le Pr Didier. Une utilisation de trois à quatre heures par nuit est nécessaire pour enregistrer un net changement. En revanche, dès que les malades apnéiques cessent de porter l'appareil, les difficultés reviennent.* » En France, plus de 850 000 personnes mettent chaque nuit un masque ■

→ Qui consulter ?

Le médecin traitant vous orientera vers un pneumologue, un ORL ou un centre spécialisé dans les troubles du sommeil.

Des signes et des pathologies associés

De quoi s'agit-il ? « *Le SAOS se caractérise par des arrêts répétés de la respiration pendant la nuit, qui peuvent durer entre dix secondes et une minute.*

Trier ses médicaments : un geste éco-citoyen

Il est conseillé de faire régulièrement le ménage dans ses médicaments pour écarter les produits périmés et éviter les accidents. Rapportés chez le pharmacien, les boîtes seront reprises par l'association Cyclamed, puis détruites. En 2015, plus de 12 000 tonnes de médicaments ont été collectées.



Pensez à jeter régulièrement un œil dans votre armoire à pharmacie et, à cette occasion, à sortir les médicaments qui ont dépassé la date de péremption ainsi que tous ceux qui, une fois entamés, se conservent peu de temps : collyres, certains sprays et collutoires, sirops qui cristallisent... Vous éviterez ainsi les risques de confusion médicamenteuse.

La préservation de l'environnement

Tous les médicaments, périmés ou non, ainsi que les contenants vides qui peuvent conserver des traces du produit (inhalateurs), ne doivent pas être jetés dans une poubelle et encore moins dans les toilettes ou les éviers. Ils polluent l'eau, les sols, et sont susceptibles de perturber le fonctionnement des stations d'épuration.

La solution : les rapporter dans une pharmacie, à l'exception des seringues, qui pourraient représenter un risque pour le personnel officinal. Ils sont ensuite traités par le réseau Cyclamed, un éco-organisme qui brûle la totalité des produits récupérés et les transforme en électricité et en chaleur. En clair, vous contribuez non seulement à préserver l'environnement, mais également à fournir de l'énergie destinée à éclairer et chauffer des logements.

Quels médicaments garder ?

Après avoir bien vérifié les dates de péremption, il est recommandé de conserver les médicaments qui sont utilisés régulièrement ou de façon plus espacée, comme le paracétamol, les corticoïdes pour les allergies, la crème pour les brûlures ou les courbatures, les antihistaminiques, les désinfectants, etc. Une discussion avec le médecin ou le pharmacien peut aider à déterminer ce qu'il est important de garder chez soi. Selon les données du réseau Cyclamed, le dépôt des médicaments non utilisés se fait dans 85 % des cas à un moment donné (tri de son armoire à pharmacie, nettoyage de printemps, décès d'un proche...) et seulement 12 % le font à la fin d'un traitement.

8 Français sur 10

En 2015, 12 108 tonnes de médicaments non utilisés ont été collectées par les pharmacies françaises, soit une hausse de 0,4 % par rapport à 2014 – ce qui, rapporté à l'échelle individuelle, correspond à 185 grammes par habitants. Cette augmentation s'explique par une implication toujours plus forte des citoyens et des pharmaciens. Quelque 80 %

des Français déclarent déposer leurs médicaments non utilisés chez le pharmacien. Les plus de 50 ans (86 %), les femmes (85 %) et les personnes qui vivent dans des communes rurales sont parmi ceux qui rapportent le plus de médicaments.

En résumé, c'est peut-être la preuve que le « réflexe Cyclamed » est en passe de devenir un geste de plus en plus naturel ■

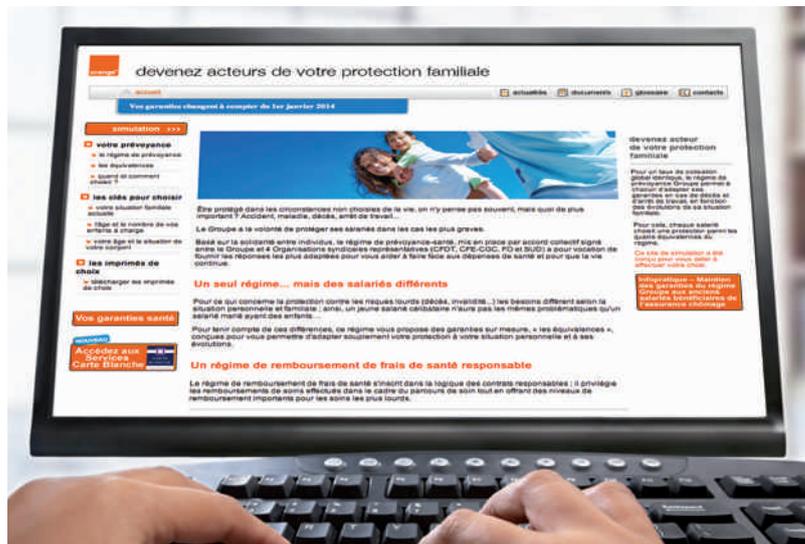


→ Pour en savoir plus :

www.cyclamed.org



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.