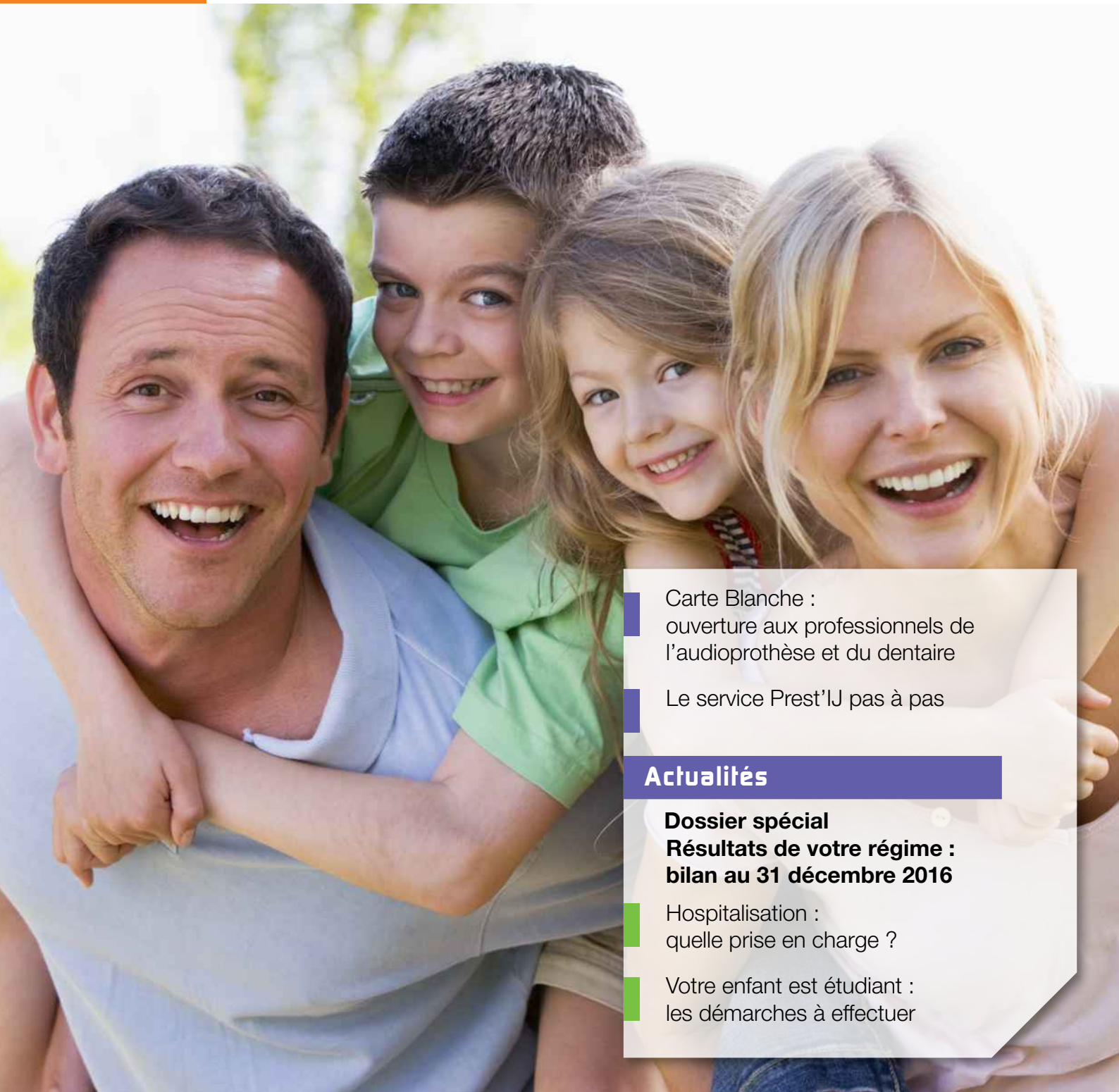


Prévoyons.com

Avril 2017 / N° 45

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



Carte Blanche :
ouverture aux professionnels de
l'audioprothèse et du dentaire

Le service Prest'UJ pas à pas

Actualités

Dossier spécial
Résultats de votre régime :
bilan au 31 décembre 2016

Hospitalisation :
quelle prise en charge ?

Votre enfant est étudiant :
les démarches à effectuer

Actualités



2

Le réseau Carte Blanche s'ouvre aux professionnels de l'audioprothèse et du dentaire

Actualités



3

Le service Prest'IJ pas à pas

Actualités



4/5

Résultat de votre régime : bilan au 31 décembre 2016

Vos garanties Santé



6

Hospitalisation : quelle prise en charge ?

Vos garanties Santé



7

Votre enfant est étudiant : les démarches à effectuer

Informations



8

www.prevoyons.com : pensez-y !

Le réseau Carte Blanche s'ouvre aux professionnels de l'audioprothèse et du dentaire

Depuis le début de l'année, vous avez accès aux 3 500 audioprothésistes et aux 5 791 dentistes du réseau Carte Blanche. Dans un cas comme dans l'autre, c'est l'engagement de bénéficier de soins de proximité et de produits de qualité, à des tarifs avantageux, sans avance de frais.*

Ils sont plus de 9 000 à vous proposer leurs services : il s'agit des audioprothésistes et des chirurgiens-dentistes auxquels le réseau Carte Blanche vous permet désormais d'accéder. Les soins dentaires et la correction auditive comptent parmi les postes de dépenses les plus onéreux. Résultat, nombre de personnes peuvent hésiter avant de se lancer dans des frais et, parfois, préfèrent même y renoncer.

éventuel, pour lequel le praticien vous fournira une facture acquittée ■

Focus sur les services

Avec Carte Blanche, vous êtes assuré de bénéficier de **tarifs avantageux**. Les professionnels de santé membres du réseau se sont engagés à pratiquer des prix encadrés. Les audioprothésistes et les dentistes ne dérogent pas à la règle. En ce qui concerne les prothèses dentaires, **les tarifs proposés sont inférieurs de 12 à 15 %** par rapport à ceux du marché. Carte Blanche garantit également **la traçabilité des dites prothèses** ainsi que le **respect des normes internationales** en la matière.

Pour ce qui est des prothèses auditives, les prix sont inférieurs de **20 % en moyenne** par rapport aux prix du marché.

En pratique

Comme pour l'optique, outre les tarifs plafonnés, vous bénéficiez du **tiers payant intégral**. Pour en profiter, présentez à l'audioprothésiste ou au chirurgien-dentiste votre carte Vitale ainsi que votre carte de tiers payant, sur laquelle figure le logo « Carte Blanche ». Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer et n'avancez pas les frais, dans la limite toutefois du remboursement complémentaire prévu par votre contrat. Vous payez uniquement le reste à charge

→ Pour en savoir plus

Rendez-vous sur lamutuellegenerale.fr, pour vous connecter à votre espace adhérent et consulter la rubrique " Mes services et avantages ". Vous pourrez également y géolocaliser les 141 000 professionnels de santé partenaires du réseau.



* Nouveau conventionnement en cours.

Le service Prest'IJ pas à pas

Depuis le 1^{er} janvier 2017, vous bénéficiez du service Prest'IJ. Concrètement, de quoi s'agit-il ? Quels impacts pour vous ? Décryptage.



Prest'IJ : Service gratuit de télétransmission des décomptes d'Indemnités Journalières de la Sécurité Sociale (IJSS) de l'Assurance maladie directement à Humanis.



Avant Prest'IJ,

Lorsque vous étiez en arrêt de travail, vous deviez transmettre vos arrêts à Humanis :

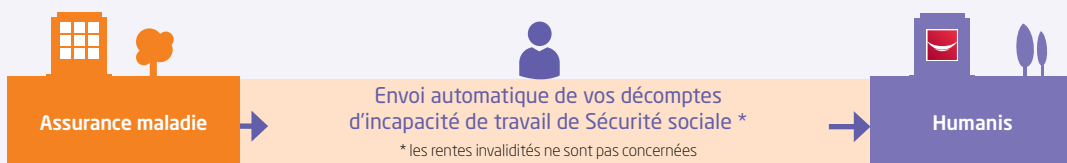


En 2017



Votre arrêt de travail a débuté en 2017 :

Désormais, Prest'IJ s'occupe de tout



Si votre arrêt a débuté en 2016 et s'est prolongé en 2017 : vous bénéficiez de Prest'IJ à compter du 1^{er} septembre 2017. Jusqu'à cette date, vous devez continuer à envoyer vos décomptes à Humanis.

À noter

Le service Prest'IJ n'est pas encore opérationnel pour les assurés relevant d'un régime spécifique de Sécurité sociale (exemple : régime spécial de Sécurité sociale des marins - Enim). En cas d'arrêt de travail, les décomptes d'indemnités journalières doivent continuer à parvenir à Humanis par votre intermédiaire ou par votre service des Ressources Humaines.



Un service gratuit, qui offre de nombreux avantages

Des démarches simplifiées : vous n'avez plus à envoyer vos décomptes, Prest'IJ s'occupe de tout.

Des prestations versées plus rapidement : le délai de traitement des dossiers d'arrêt de travail est plus court.

Des risques d'erreurs limités : la fiabilisation des échanges et leur traçabilité permettent la sécurisation de vos données.

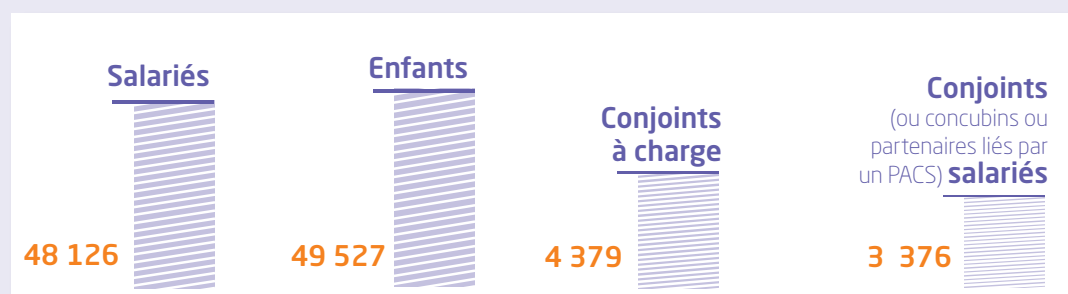
Sachez que vous bénéficiez automatiquement de Prest'IJ, l'inscription à ce service est automatique

Résultat de votre régime : bilan au 31 décembre 2016

Une année 2016 globalement en amélioration par rapport à 2015, mais qui reste déficitaire : c'est le constat qui ressort du bilan réalisé par La Mutuelle Générale et Humanis. Côté Frais de santé, le régime est désormais excédentaire alors que les résultats en prévoyance restent déficitaires. Les réserves financières du régime permettent toutefois d'absorber ce déficit. Focus.

Vos garanties Santé décryptées

Démographie du régime



Des résultats 2016 en nette amélioration

Le ratio prestations/cotisations * nettes du régime frais de santé s'élève à 98,3 % au 31 décembre 2016, (contre 101,4 % au 31 décembre 2015) soit un excédent de 0,78 millions €.

Focus sur l'évolution des prestations Santé

La hausse de la consommation médicale en 2016 a été limitée à + 1,4 % (contre + 9 % au cours de l'année 2015). Plusieurs raisons à cela :

- le remboursement de l'équipement optique (monture et verres) tous les deux ans a pour effet de constater, une année sur deux, une année de consommation « basse »,
- globalement les frais « soins de ville » (consultations, visites, analyse, pharmacie...) sont restés très stables en 2016,

- il faut également rappeler l'obligation de mise en conformité de notre contrat dans le cadre du cahier des charges du contrat responsable, qui a introduit de nouveaux plafonds de remboursement, sur les dépassements d'honoraires (pour les praticiens n'ayant pas signé le Contrat d'Accès aux Soins/l'OPTAM - voir page 5) mais aussi sur les montures optiques.

Le très bon résultat de la catégorie des conjoints (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) salariés est également à noter : le ratio prestations/cotisations nettes atteint 91,2 %.



* Ratio prestations/cotisations : de quoi parle t'on ?

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 101,40 % signifie que pour 100 € de cotisations, 101,4 € de prestations sont versées.



Vos garanties Prévoyance à la loupe

Démographie du régime

	2016	2015	2014
Nombre de salariés	50 886	49 661	48 733
% Hommes	59,9 %	59,9 %	59,7 %
% Femmes	40,1 %	40,1 %	40,3 %
Âge moyen (années)	39,8	39,3	38,9

→ Pour conclure

Les résultats des régimes santé et prévoyance se compensent partiellement pour arriver à un déficit final de **1,5 millions € en 2016**. Le niveau actuel des réserves constituées permet d'absorber cette perte ■

Des résultats 2016 déficitaires

La Prévoyance est constituée de deux risques :

- **le risque décès** (y compris rentes éducation et rentes de conjoint) : il est excédentaire à la fin de l'année (+ 3,2 millions €) du fait d'un faible nombre de rentes ;

- **le risque incapacité-invalidité** : il enregistre quant à lui un déficit de 5,4 millions €, comme en 2015. Ce déficit est principalement dû à la baisse des taux d'intérêt constatée en 2016.

Le résultat du compte de prévoyance est donc de - 2,2 millions d'€.



En bref

Généralisation du tiers payant : quels impacts pour vous ?

Médicaments achetés en pharmacie, radiologie, soins infirmiers... vous bénéficiez déjà du tiers payant pour de nombreuses dépenses de santé et êtes ainsi dispensé de l'avance de frais. La loi du 26 janvier 2016 prévoit que tous les assurés sociaux bénéficient **du tiers payant chez leur médecin généraliste** d'ici fin 2017. Les modalités restent les mêmes.

Tout comme pour les autres professionnels de santé, l'utilisation du tiers payant auprès du médecin reste conditionnée à l'acceptation de ce dernier.

> **Si il accepte**, la dispense d'avance de frais est limitée aux garanties prévues à votre contrat. Vous et vos bénéficiaires devez uniquement régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du praticien.

> **Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou si le tiers payant est refusé par le professionnel de santé**, 2 situations possibles :

1/ vous réglez la totalité de la facture, vous n'avez aucun document à envoyer à l'Assurance maladie et à la Mutuelle

Générale * : l'Assurance maladie vous rembourse sa participation et votre contrat complète le remboursement à hauteur de vos garanties ;

2/ vous réglez une partie de la facture (la part complémentaire) : l'Assurance maladie rembourse sa participation au professionnel de santé. Vous devez transmettre la facture remise par votre professionnel de santé à la Mutuelle Générale pour obtenir votre remboursement.

L'Optam succède au CAS

La nouvelle convention médicale signée en août dernier introduit de nombreuses modifications, valables pour les 5 prochaines années. Outre la revalorisation des tarifs des consultations prévue au second semestre 2017, elle prévoit le remplacement du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) par **l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)** pour les médecins de secteur 2 (libres de leurs tarifs) et **l'Optam-CO** pour les chirurgiens et obstétriciens, également en secteur 2. De nouvelles appellations, mais une règle qui reste inchangée : si vous consultez un professionnel de santé ayant adhéré à l'Optam ou l'Optam-CO, vous serez mieux remboursé par l'Assurance maladie et votre complémentaire santé. Pour savoir si un praticien est signataire d'un Optam/Optam-CO, rendez-vous sur annuaresante.ameli.fr

* Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission NOEMIE, vous devrez envoyer votre relevé de remboursement CPAM.



Hospitalisation : quelle prise en charge ?

L'hospitalisation peut occasionner des restes à charge élevés. Pour prévenir toute mauvaise surprise, votre régime Orange vous propose des garanties protectrices. On fait le point.

Plus de 25 millions d'hospitalisations sont dénombrées chaque année en France. Les soins à l'hôpital sont souvent coûteux et peuvent occasionner des

restes à charge très importants. Selon l'Observatoire citoyen des restes à charge, le montant restant à la charge du patient qui ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire

santé est, en moyenne, supérieur à 500 €. Après intervention de la complémentaire, cette somme passe à 26 € en moyenne.

En l'absence de complémentaire santé (en cas d'hospitalisation dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée)	Avec votre régime de Groupe Vos frais d'hospitalisation sont diminués. Votre contrat intervient sur les prestations suivantes :	
les dépassements d'honoraires appliqués par la plupart des chirurgiens et anesthésistes		
Vous devez régler ces dépassements d'honoraires directement au professionnel de santé	Si votre médecin est adhérent à l'OPTAM (voir page 5) 100 % des frais réels dans la limite de 400 % du montant remboursé par la Sécurité sociale	Si votre médecin n'est pas adhérent à l'OPTAM* 100 % du ticket modérateur + les dépassements d'honoraires dans la limite de 125 % du montant remboursé par la Sécurité sociale
le ticket modérateur		
Vous devez régler le ticket modérateur. Pour une hospitalisation prise en charge à 80 % par la Sécurité sociale, 20 % du coût des soins restent à votre charge.	Le ticket modérateur est pris en charge par votre complémentaire Orange	
le forfait journalier		
Vous devez régler le forfait journalier, soit 18 € par jour pour un séjour de plus de 24 heures	Le forfait journalier est pris en charge dans la limite de 18 € par jour d'hospitalisation	
la chambre particulière		
Si vous souhaitez en bénéficier, le coût de la chambre particulière est à votre charge exclusive.	La chambre particulière est prise en charge, dans la limite de 2,5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, soit 81,72 € par jour d'hospitalisation	

Pour la plupart des hospitalisations, vous bénéficiez du tiers payant, à savoir :

- la dispense d'avance des frais à hauteur des limites autorisées par le contrat,
- une information précise et détaillée des prestations couvertes, etc.

Votre contrat prévoit en outre des prestations complémentaires. Si votre enfant de moins de 12 ans doit être hospitalisé et si vous souhaitez demeurer à ses côtés, cette dépense facturée au titre de frais d'accompagnement vous est remboursée à hauteur

de 65,38 € par jour (lit accompagnant et repas). Une somme qui vous assure pratiquement toujours une prise en charge totale ■

* Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 100 % de la BR en 2017.



Votre enfant est étudiant : les démarches à effectuer

Votre enfant poursuit des études supérieures et dépend de la Sécurité sociale des étudiants ? Le point sur les modalités de souscription de sa complémentaire santé.

Dès leur entrée dans un établissement d'enseignement supérieur (université, IUT, BTS, classes préparatoires...), les étudiants doivent obligatoirement s'affilier à la Sécurité sociale étudiante, en s'inscrivant à l'une des mutuelles étudiantes disponibles sur le marché.

L'année de ses 20 ans

Cette inscription à la Sécurité sociale étudiante est gratuite jusqu'à 19 ans. En revanche, si votre enfant fête ses 20 ans au cours de l'année scolaire (du 1^{er} octobre au 30 septembre de l'année suivante), la Sécurité sociale devient payante – exception faite s'il est boursier.

Il peut continuer à bénéficier des avantages de votre contrat collectif jusqu'à la fin du trimestre civil de son 20^{ème} anniversaire.

De ses 20 ans à ses 26 ans

Durant cette période qui court jusqu'à la fin du trimestre civil

de son 26^{ème} anniversaire, la situation de votre enfant est à même de connaître des changements. Ses études peuvent se prolonger ou s'achever, selon l'orientation choisie. Votre contrat en tient compte. C'est ainsi que durant ces six années, votre enfant peut rester couvert par votre complémentaire santé, mais sous certaines conditions.

Dans deux cas, son inscription comme ayant droit sur votre contrat peut se prolonger :

- s'il poursuit ses études ou est à la recherche d'un premier emploi,
- s'il est sous contrat de formation en alternance et perçoit une rémunération inférieure au SMIC, dont le montant est aujourd'hui de 1 480,27 € brut par mois.

En dehors de ces deux situations, votre enfant ne sera plus couvert par votre contrat, mais il aura bien sûr la possibilité, s'il le souhaite, **de souscrire un contrat individuel** auprès d'un organisme assureur

de votre choix (Humanis et La Mutuelle Générale proposent notamment ce type de contrat).

À noter que la limite d'âge n'a plus lieu d'être si votre enfant se trouve en état d'incapacité de travail, temporaire ou permanente, consécutivement à un accident ou une maladie. Cette dérogation vaut également si votre enfant est handicapé et perçoit l'allocation d'adultes handicapés.

Chaque année (entre août et septembre) Humanis vous envoie une demande de justificatifs afin de prolonger la couverture de votre enfant. Une fois ces documents renvoyés, il est couvert pour toute l'année scolaire ■

→ Repères

Bien que l'on parle couramment de « mutuelles étudiantes », ces organismes sont chargés de gérer l'Assurance maladie obligatoire des étudiants : c'est ce qu'on appelle la Sécurité sociale des étudiants.

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.