

Construire !

Bulletin d'information **CFE-CGC** de PSA Peugeot-Citroën Mulhouse



Le + syndical



Ce numéro spécial « Mutuelle » que vous propose la section **CFE-CGC** de PSA Mulhouse a pour but de vous transmettre toutes les informations afin que vous puissiez faire votre propre opinion et prendre, de ce fait, les bonnes décisions, notamment concernant l'option sur la complémentaire.

Vous trouverez donc dans les pages suivantes toutes les explications sur les options et leurs impacts. Figure aussi la liste des médecins spécialistes. Je vous invite donc à lire attentivement nos informations car elles s'appliqueront à nous demain.

Membre de l'Observatoire du contrat Mutuelle pour représenter la section **CFE CGC** de Mulhouse, avec l'objectif de défendre le droit local, je ne vous cache pas que les changements auront pour conséquence d'accroître le reste à charge... Je le regrette évidemment et n'ai jamais cessé d'être votre porte-voix au sein de l'Observatoire.

Depuis le début, la **CFE-CGC** mulhousienne s'est positionnée contre le caractère obligatoire de cette mutuelle. Elle l'est désormais de par la loi. Revenir sur ce sujet relèverait du débat d'arrière-garde. Par contre, depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2016, de nouvelles lois et décrets se sont rajoutés pour soi-disant « simplifier » le sujet.

Arrivant à la fin de la période dérogatoire, notre direction a réuni les différents partenaires sociaux à de nombreuses occasions depuis le début d'année 2017. Les modifications seront effectives au 1^{er} janvier 2018.

Quant à la sur-complémentaire optionnelle, sachez qu'elle n'est pas obligatoire et que vous pouvez choisir votre prestataire. Ce type de contrat doit donc être étudié en fonction de vos besoins propres. N'hésitez pas à en estimer le coût et à le comparer avec le coût de l'option dans son ensemble.

La section CFE CGC mulhousienne avait proposé avec la caisse Primaire Mulhousienne une mutuelle sur-complémentaire alternative. Nous renouvellerons l'exercice à la fin de ces négociations.

Ne doutez pas un seul instant de notre détermination à faire aboutir nos revendications afin de défendre au mieux vos intérêts. Pour cela, les responsables de la section et moi-même restons à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.



SOMMAIRE • SPÉCIAL MUTUELLE

• Le système de santé français.....	2
• les principaux impacts des nouveaux contrats.....	3
• OPTAM - OPTAM-CO	3
• PUMA	4
• Aon	5
• Comprendre les réseaux partenaires	5, 6, 7

LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS : SOINS ET PRISE EN CHARGE

La Sécurité sociale française est réputée pour être l'une des meilleures du monde.

À condition de bien connaître le parcours de soins et de le respecter.

Le parcours de soins...

Lorsque l'on tombe malade en France, il faut d'abord choisir son médecin généraliste.

Il s'agit bien entendu du «médecin traitant». Le patient le consulte en priorité pour chaque nouvelle maladie en France.

Si le médecin traitant ne s'estime pas compétent pour soigner le malade, il adresse alors le patient à un médecin spécialiste.

En cas de non-respect de ce parcours, le patient sera moins bien remboursé.



Un peu d'histoire...

L'employeur doit financer au moins 50% de la cotisation globale, le solde étant à la charge du salarié.

Histoire de motiver les entreprises à proposer une mutuelle obligatoire dite de «type responsable», le législateur propose le choix entre le bénéfice d'exonérations de charges sociales et d'allègements fiscaux avec un taux de taxe sur les mutuelles passant de 7% à 14% et la perte de cette exonération de charges.

PSA devait donc adapter son contrat aux nouvelles mesures légales. L'antériorité de notre mutuelle obligatoire avait pu jusqu'alors nous permettre de bénéficier d'un régime dit dérogatoire.



Pour encourager les particuliers à conserver ces comportements vertueux y compris lorsqu'ils bénéficient d'une complémentaire santé, des mécanismes de maîtrise des dépenses sont désormais prévus dans les offres de mutuelles et de complémentaires santé.

Dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, la notion de «contrat responsable» est

ainsi entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Dans ce dispositif, **le patient est incité à respecter le parcours de soins** par une prise en charge de qualité sur les actes respectant le parcours.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises du secteur privé sont tenues de proposer aux salariés une complémentaire santé collective et obligatoire.

VOICI LES PRINCIPAUX IMPACTS DES NOUVEAUX CONTRATS :

- Respect obligatoire du « parcours de soin coordonnés »
- Meilleur remboursement lorsque l'on consulte un médecin ayant adhéré au « contrat d'accès aux soins » (CAS)
- Limitation du remboursement des dépassements d'honoraires lorsque le médecin n'a pas adhéré au CAS.

Le Contrat d'accès aux soins (CAS) s'applique depuis le 1^{er} décembre 2013. La convention médicale prévoyait de le supprimer en date du 31 décembre 2016.

Le but était de favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à la modération tarifaire. Par ailleurs les dispositions du

contrat responsable favorisent le remboursement, aux assurés par leur complémentaire santé responsable, des dépassements d'honoraires pratiqués par des médecins signataires.



Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est mort vive l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO)

La nouvelle Convention médicale du 25 août 2016 vient supprimer la définition du médecin « contrat d'accès aux soins » (CAS), en adoptant deux nouveaux dispositifs appelés « option pratique tarifaire maîtrisée » (OPTAM et OPTAM-CO) pour la remplacer. L'objectif de ces nouveaux dispositifs est de doubler le nombre de médecins signataires de cette convention, puisque seulement 25% de médecins avaient adhéré au CAS, et ainsi limiter les coûts liés aux assurances santé.*

Ces deux dispositifs sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

En pratique le passage du CAS aux OPTAM n'a aucun impact pour les organismes assureurs ou pour les assurés.

Seule la référence aux « médecins signataires du CAS » est remplacée par « médecins ayant

adhéré à l'OPTAM ». Le contrat reste responsable dès lors que le remboursement du dépassement d'honoraire opéré par un médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM est inférieur de 20% à la prise en charge du dépassement d'honoraire pratiqué par un médecin signataire

Au passage, il n'y a pas de petite économie, l'exonération d'une partie des charges disparaissant pour les médecins signataires.

Il devrait cependant grâce à une rémunération incitative au profit des médecins, amener plus de vocations dans le monde médical. *Nouvelle Convention Médicale* du 25 août 2016 vient supprimer la définition du médecin « contrat d'accès aux soins » (CAS), en adoptant deux nouveaux dispositifs appelés « option pratique tarifaire maîtrisée » (OPTAM et OPTAM-CO) pour la remplacer. L'objectif de ces nouveaux dispositifs est de doubler le nombre de médecins*

signataires de cette convention, puisque seulement 25% de médecins avaient adhéré au CAS, et ainsi limiter les coûts liés aux assurances santé.

Ces deux dispositifs sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

L'OPTAM-CO est lui destiné à amener plus de vocation chez les chirurgiens et obstétriciens qui pratiquant des dépassements d'honoraires plus conséquent avaient peu adhéré à la première convention, en leur proposant une rémunération plus incitative.



UN MOT SUR PUMA (PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE).

Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie.

C'est la protection universelle maladie, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Quels sont les objectifs de la protection universelle maladie ?

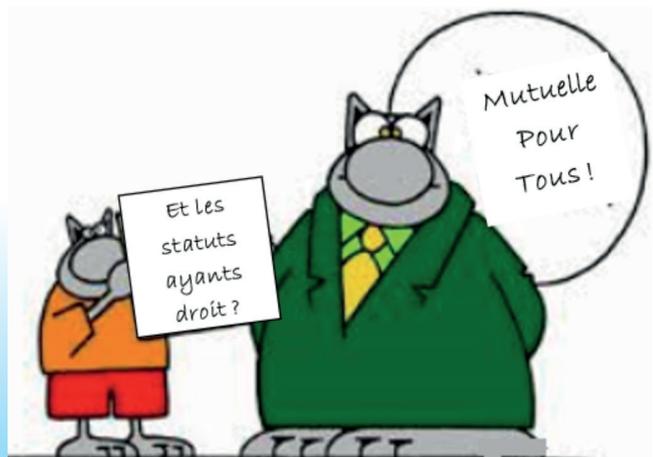
La protection universelle maladie poursuit 4 objectifs principaux :

1. Simplifier la vie des assurés.
2. Assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé.
3. Réduire au strict nécessaire les démarches administratives.
4. Garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

La protection universelle maladie parachève ainsi la logique initiée par la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999, qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie aux personnes résidant en France de façon stable et régulière, et qui ne relevaient d'aucune couverture maladie obligatoire.

Quels sont les avantages de la protection universelle maladie ?

La protection universelle maladie, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, repose sur plusieurs fondamentaux :



Simplification et continuité des droits pour les assurés :

En pratique, dans la mesure où vous travaillez ou résidez en France de manière stable et régulière, la protection universelle maladie vous garantit un droit à la prise en charge de vos frais de santé en simplifiant vos démarches. Vous ne serez plus sollicité pour apporter des justificatifs, parfois chaque année, pour faire valoir vos droits à l'assurance maladie.

La protection universelle maladie vous permet aussi de rester dans votre régime d'assurance maladie, y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans vos droits sont ainsi évitées.

Suppression progressive des statuts d'ayant droit :

La protection universelle maladie prévoit que toutes les personnes majeures sans activité professionnelle ont droit à la prise en charge de leurs frais de santé à titre personnel, dès lors qu'elles résident en France de manière stable et régulière.

- Les ayants droit au 31 décembre 2015 conservent seulement provisoirement ce statut jusqu'à la reprise d'une activité professionnelle et jusqu'au décembre 2019 au plus tard,
- Il n'est plus possible pour une personne majeure de devenir ayant droit au sens de la sécurité sociale à partir du 1^{er} janvier 2016.

Ainsi, pour les 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continueront d'avoir le statut d'ayant droit.

En pratique, avec la réforme, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle peut choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte Ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

Les changements de situation personnelle n'ont donc plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle, ce qui garantit une plus grande autonomie. En effet, en cas de mariage, de séparation ou de veuvage, l'assuré continue d'avoir des droits en propre, indépendamment de son conjoint ou ex-conjoint.



Ces évolutions sont une question de bons sens... mais elles ont toutefois un impact sur les contrats de complémentaire santé.

Les contrats d'assurance font la plupart du temps référence à la notion d'ayant droit pour définir la population couverte en plus de l'assuré lui-même.

En exemple :

- « Conjoint à charge au sens de la sécurité sociale »,
- « Enfants à charge au sens de la sécurité sociale »,
- « Ayants droit au sens de la sécurité sociale »).

Pour les conjoints, la situation s'annonce réellement plus complexe. Certains contrats

d'assurances prévoient un taux de cotisation spécifique pour les conjoints non à charge au sens de la Sécurité sociale, les conjoints à charge étant couverts sans supplément de cotisation. Cette distinction n'existera plus après 2019. Le plus simple consiste alors à placer l'ensemble des conjoints dans la même situation vis-à-vis du régime de frais de santé de l'entreprise. C'est au choix : tous les conjoints adhèrent ainsi sans contrepartie de cotisations, ou tous les conjoints payent. Pour l'instant PSA a décidé de ne pas appliquer la loi PUMA, après être intervenu auprès de AON jusqu'au 31 Décembre 2017.

C'EST DANS L'OPTIQUE DE DIMINUER LE COÛT DES SOINS QUE LA MUTUELLE AON À NOUER DIFFÉRENTS PARTENARIATS

Les partenaires VIAMEDIS / KALIVIA dans le Haut Rhin.

Avec les grands changements qui vont intervenir dans les mois à venir concernant notre mutuelle, nous vous proposons un petit tour des spécialistes, médecins... qui sont en lien avec AON-VITALI, pratiquant de meilleurs prix.

Un petit tour dans le Haut Rhin, cela vous permettra de vous faire une idée de qui consulter quand vous devez consulter. N'oubliez pas, par contre, de consulter régulièrement le site de votre mutuelle, car cela peut évoluer...

<https://www.services.aon.fr/aonadp/>



COMPRENDRE LES RÉSEAUX PARTENAIRES...



KALIVIA, né d'un partenariat entre le groupe Malakoff Médéric et l'Union Harmonie Mutuelles, œuvre depuis 2010 à l'amélioration

de l'accès aux soins de ses bénéficiaires.

Les complémentaires santé qui ont choisi Kalivia, proposent ainsi aux professionnels de santé de véritables partenariats, fondés sur des engagements de qualité et de tarifs

Réseau Optique

- Libre choix au sein d'un référentiel verres / lentilles très complet
- Des tarifs avantageux : jusqu'à - 40 % sur les

verres, - 30 % sur les lentilles ; - 20% minimum sur les montures

- Des prestations de qualité : garanties casse verres et monture

Réseau Audio

- Des tarifs avantageux : - 500 € en moyenne pour un double appareillage
- Prim'Audio, une offre d'accessibilité à moins de 700 €, permettant d'améliorer l'écoute dans les situations les plus courantes
- Une prestation « tout en un » : aide auditive prête à l'emploi avec piles, kit d'entretien, extension de la couverture panne de 2 à 4 ans, ...
- Des prestations accessibles aux ascendants directs des assurés bénéficiaires

COMPRENDRE LES RÉSEAUX PARTENAIRES... suite



Né pour développer un système de tiers payant clef en mains pour les acteurs de la santé, Viamedis Santé est devenu en 16 années l'un des leaders de la gestion santé.

Viamedis Santé propose aux organismes : mutuelles, assureurs, institutions... des solutions industrielles de gestion de leur portefeuille santé: tiers payant, maîtrise des dépenses de santé, liquidation, activités support...

UN RÉSEAU DENTAIRE ENTRERA EN ACTIVITÉ DÉBUT 2018.

Il existe pour l'instant quelques dentistes affiliés au réseau Kalivia.

Une petite extraction de quelques spécialistes autour de Mulhouse

Les opticiens

Raison Sociale	Adresse Complète	Numéro téléphone	Distance	Discipline	Drapeau itinéraire
SIN OPTIC	3 RUE DU SAUVAGE MULHOUSE	0389561163	0,9 km	Opticien Kalivia	
HANAUER OPTIC	5 RUE DES HALLES MULHOUSE	0389595699	1,0 km	Opticien Kalivia	
ALAIN AFFLELOU LOMU	16 RUE MERCIERE MULHOUSE	0389563332	1,1 km	Opticien Kalivia	
OPTICAL DISCOUNT	54 RUE DUSAUVAGE MULHOUSE	0389460203	1,1 km	Opticien Kalivia	
CLIN D OEIL OPTIQUE	CENTRE COMMERCIAL DES MARECHAUX 10 RUE DU WERKOF MULHOUSE	0389565677	1,2 km	Opticien Kalivia	

Les dentistes

Raison Sociale	Discipline	Adresse	Ville	Téléphone	Distance	Itinéraire
CENTRE DENTAIRE MUTUALISTE MULHOUSE	Dentiste Kalivia	64	MULHOUSE	0389669292	4,6 km	

Cliniques

Raison Sociale	Discipline	Adresse	Ville	Téléphone	Distance	Itinéraire
SAINT DAMIEN CLINIQUE	Clinique (Hospitalisation et Soins externes)	23 AV DE LA 1ERE D. B.	MULHOUSE	0389645678	1,2 km	

Biologistes

Raison Sociale	Discipline	Adresse	Ville	Téléphone	Distance	Itinéraire
CAB SITE BOLLWERK SELAS	Biologiste	4 AV ROGER SALENGRO	MULHOUSE	0389461962	1,0 km	
LABB SELARL BOLLWERK	Biologiste	04 AV ROGER SALENGRO	MULHOUSE	0389461964	1,0 km	
LUCKERT LABORATOIRE	Biologiste	1 BIS AV ROBERT SCHUMAN	MULHOUSE	0389461207	1,4 km	



SYNTHÈSE DES GARANTIES :

Hospitalisation / médecine de ville :

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Alsace Moselle							
	Vitali Essentiel actuel		Vitali Essentiel responsable à horizon 2018		Vitali Essentiel responsable + Surcomplémentaire obligatoire non responsable		Vitali essentiel responsable + Surcomplémentaire obligatoire non responsable + Option non responsable	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE								
* Frais de séjour	300% BRSS		300% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Actes de chirurgie CAS	300% BRSS		300% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Actes de chirurgie HCAS	300% BRSS		TM + 100% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Actes d'anesthésie CAS	300% BRSS		300% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Actes d'anesthésie HCAS	300% BRSS		TM + 100% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Autres honoraires CAS	300% BRSS		300% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Autres honoraires HCAS	300% BRSS		TM + 100% BRSS		300% BRSS		400% BRSS	
* Chambre particulière	3% PMSS/jour		3% PMSS/jour		3% PMSS/jour		5% PMSS/jour	
* Frais d'accompagnement d'un enfant à charge	1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)		1.5% PMSS (-12 ans)		2.5% PMSS (-12 ans)	
* Forfait hospitalier	100% FR		100% FR		100% FR		100% FR	
ACTES MEDICAUX								
* Généralistes (consultations et visites) CAS	80% BRSS		80% BRSS		80% BRSS		180% BRSS	
* Généralistes (consultations et visites) HCAS			60% BRSS		60% BRSS		180% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs CAS	110% BRSS (180% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)		110% BRSS (180% BRSS Professeurs)		230% BRSS	
* Spécialistes (consultations et visites) - Professeurs HCAS			TM+ 80% BRSS (TM + 100% BRSS Professeurs)		TM+ 80% BRSS (TM + 100% BRSS Professeurs)		230% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) CAS	80% BRSS		80% BRSS		80% BRSS		180% BRSS	
* Actes de spécialités (ATC - ATM - ADI) HCAS			60% BRSS		60% BRSS		180% BRSS	
* Radiologie CAS	80% BRSS		80% BRSS		80% BRSS		180% BRSS	
* Radiologie HCAS			60% BRSS		60% BRSS		180% BRSS	
* Ostéodensitométrie	80% BRSS		80% BRSS		80% BRSS		180% BRSS	
* Auxiliaires médicaux	70% BRSS		70% BRSS		70% BRSS		170% BRSS	
* Analyses	70% BRSS		70% BRSS		70% BRSS		170% BRSS	
* Transport	100% TM		100% TM		100% TM		100% TM	
PHARMACIE								
* Pharmacie	100% TM		100% TM		100% TM		100% TM	

Soins dentaires :

En complément des prestations servies par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés.

NATURE DES SOINS	Régime Alsace Moselle			
	Vitali Essentiel actuel	Vitali Essentiel responsable à horizon 2018	Vitali Essentiel responsable + Surcomplémentaire obligatoire non responsable	Vitali essentiel responsable + Surcomplémentaire obligatoire non responsable + Option non responsable
	DENTAIRE			
* Soins dentaires	180% BRSS	180% BRSS	180% BRSS	180% BRSS
* Scellement prophylactique des sillons (enfant de moins de 14 ans - 1 fois par dent - 1ère et 2ème molaires permanentes)	180% BRSS	180% BRSS	180% BRSS	180% BRSS
* Parodontologie non remboursée SS	250€ par an	250€ par an	250€ par an	300€ par an
	Limitation prothèses dentaires et implants/an/ bénéficiaire : 1300 €	Limitation prothèses dentaires et implants/an/ bénéficiaire : 1300 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR	Limitation prothèses dentaires et implants/an/ bénéficiaire : 1300 €. Au-delà prise en charge minimum du TM + 25% BR	Limitation prothèses dentaires et implants /an/bénéficiaire : 2 000€
* Prothèses dentaires remboursées par la SS	280% BRSS	280% BRSS	280% BRSS	330% BRSS
* Prothèses dentaires non remboursées par la SS : Inlay core et couronne ou pilier	300% BRSS	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	Inlay core : 368 € Couronne et Pilier : 322,50 €	Inlay core : 429 € Couronne et Pilier : 377 €
* Supplément inter de bridge remboursé	300% BRSS	129 € par inter	129 € par inter	150,50 € par inter
* Implants dentaires	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	Phase chirurgicale : 16,5 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 8,5 % PMSS	Phase chirurgicale : 33 % PMSS Pose pilier & Couronne sur implant : 16,5 % PMSS
* Orthodontie acceptée par la SS	200% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	400% BRSS
* Orthodontie refusée par la SS	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	200% BRSS (jusqu'à 18 ans)	400% BRSS (jusqu'à 18 ans)
Prothèses non dentaires (remboursées SS)				
* Petit appareillage	170% BRSS	170% BRSS	170% BRSS	370% BRSS
* Prothèses auditives	170% BRSS (remboursées ou non par la SS)	170% BRSS (remboursées ou non par la SS)	170% BRSS (remboursées ou non par la SS)	570% BRSS (remboursées ou non par la SS)
* Orthopédie & autres prothèses	170% BRSS	170% BRSS	170% BRSS	370% BRSS



CAISSE DE PREVOYANCE MULHOUSIENNE



VOTRE MUTUELLE
03 89 45 44 14

Travailleurs Indépendants
Particuliers
Entreprises Etudiants
Retraités
Frontaliers

Pour tout contrat,
des chèques Kadéos **OFFERTS !**



45 rue de la Sinne - 68100 MULHOUSE

www.cpm-mutuelsante.com

/// Répertoire Sirene sous le n° Siren 775 64 2598



**Bonnes
Vacances**



Bulletin d'Adhésion - Pour adhérer, comment faire ?

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Unité ou Service : Téléphone :

Votre catégorie professionnelle :

A retourner à : Section Syndicale CFE - CGC
PSA Peugeot Citroën Site de Mulhouse

Tél. **03 89 09 35 64**

Fax **03 89 09 34 88**

Site internet : www.cfecgc-psa.net

E-mail : cfecgc.psamu@gmail.com

NOUS VOUS CONTACTERONS

Section Syndicale CFE - CGC
PSA Peugeot-Citroën Mulhouse

Tél. **03 89 09 35 64** - Fax **03 89 09 34 88**
Site internet : www.cfecgc-psa.net • E-mail : cfecgc.psamu@gmail.com

Responsable de publication : Laurent GAUTHERAT - **Rédacteur en chef** : Christian POILLET

Comité de Rédaction : Yann RUSE, Martial PETITJEAN.

conception et impression publi-h uffholtz - CERNAY - Tél. 03 89 75 51 43 - E-mail : contact@publi-h.com