

## Prévention : le rendez-vous manqué

Rappelez-vous : il y a quelques mois, **parole de ministre**, on allait voir ce qu'on allait voir dans le domaine de la prévention : les économies réalisées grâce à la Réforme de l'Assurance Maladie allaient permettre de mettre en œuvre de **réelles actions de prévention** auxquelles contribueraient les complémentaires santé diffusant des contrats « responsables ».

Hélas, il faut se rendre à l'évidence : la montagne a accouché d'une **souris**. Et dans la douleur, en plus : alors que la loi prévoyait une mise en place du dispositif au 01/01/06, l'arrêté promulguant la liste des prestations de prévention n'a été publié que le 18/06/06 (date d'effet au ... 01/07/06 !)

Force est de constater que cette liste qui devait faire progresser la santé publique ne comporte en réalité que des actes qui, pour l'essentiel, ... sont **déjà remboursés** par le régime obligatoire et les complémentaires-santé !

## Résultat comptable 2005

	2005	2004
cotisations	918 425,90	869 852,72
CE et divers	784 955,09	749 137,16
prestations	1 610 555,17	1 537 329,09
autres charges	87 413,20	86 188,95
<b>résultat technique</b>	<b>5 412,62</b>	<b>- 4 528,16</b>
produits de placement	9 690,82	6 007,60
autres produits	2 260,26	0,00
<b>résultat net</b>	<b>17 363,70</b>	<b>1 479,44</b>

## Forfait de 18,00 EUR

Depuis le 01/01/06, notre Règlement Mutualiste inclut **la prise en charge** du forfait « actes lourds », laissé à la charge du patient par la volonté des pouvoirs publics.

Dans les faits, ce forfait de **18,00 EUR** est entré en vigueur le 01/09/06. Depuis cette date, il fait l'objet d'un remboursement par la MIPSS. (dépense annuelle estimée à **7 200,00 EUR**).

## Délais de remboursement

Les remboursements sont habituellement effectués dans des **délais courts**, grâce aux échanges électroniques avec les CPAM et les banques, **sauf** en cas d'avance du ticket modérateur par l'adhérent (laboratoire, radiologie, ...).

Pour ces actes, le remboursement intervenait sur présentation du décompte-papier que la CPAM expédie désormais ... **trimestriellement**.

Afin **d'améliorer** le délai de remboursement de ces dossiers, leur traitement intervient, depuis le 01/12/06, dès réception de l'image électronique du décompte CPAM.

## Sommaire

- Prévention : le rendez-vous manqué
- Résultat comptable 2005
- Forfait de 18,00 EUR
- Délais de remboursement
- Dépassements d'honoraires médicaux
- Dossier : l'avenir de nos mutuelles
- Zoom : contrat responsable
- Cotisations 2007
- Délai de démission
- Conseil d'Administration
- Tableau détaillé des prestations 2007

## Dépassements d'honoraires médicaux

**Historiquement**, la responsabilité du dépassement d'honoraires incombe aux pouvoirs publics qui ont accepté que le tarif conventionnel  **négocié au nom des assurés sociaux** soit complété d'un dépassement qui serait **directement discuté** entre le praticien et ... son **patient** !

Le **remboursement** de ces dépassements par les complémentaires santé a largement contribué à leur essor et donc au **renchérissement du coût des soins** !

**Les instances de décisions** de la MIPSS Auvergne (Conseil d'Administration, Assemblée Générale) ont eu le **courage** d'accorder les principes défendus et les décisions prises :

- contestation du principe du dépassement** qui contribue à l'augmentation des dépenses, à la création de médecines à 2 vitesses (supporté directement par ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire et par hausse de cotisations par les autres),
- non participation aux dépassements** ; autrement dit, non mutualisation d'une dépense dont le montant résulte, sur le principe, d'une négociation ... individuelle.

**En tant que patient**, vous pouvez :

- dire clairement à votre médecin** que votre mutuelle ne prend pas en charge ses dépassements d'honoraires,
- interroger votre CPAM ou la MIPSS** (ou consulter le site internet **www.ameli.fr**) pour savoir si votre médecin est ou non en secteur à honoraires libres.
- vous orienter vers un praticien** qui considère que la facilité **d'accès aux soins** permise par les honoraires conventionnels passe **avant** son intérêt personnel,
- informer la MIPSS** de pratiques tarifaires ou d'indications en rapport qui vous paraîtraient anormales.

## Dossier : l'avenir de nos mutuelles

En discutant puis en adoptant à l'unanimité le **Rapport Moral** (présenté en intégralité ci-dessous), les délégués (représentants des adhérents) réunis en Assemblée Générale le 16/11/06, se sont prononcés sur le positionnement de leur mutuelle dans son environnement, la politique mutualiste qu'ils souhaitent voir conduite et les évolutions qu'ils attendent, au cours des prochains mois voire exercices.

Depuis 1952, la MIPSS Auvergne a su rester fidèle à **l'éthique** mutualiste.

Le dévouement de ses élus, le soutien des comités d'entreprises et la confiance de ses adhérents ont permis qu'elle **s'adapte** aux évolutions de l'outil de travail et de la réglementation comme aux désengagements du régime obligatoire.

Responsable de ses choix, saine financièrement, sereine politiquement, notre mutuelle est aujourd'hui confrontée à des enjeux qui concourent à une perte progressive de liberté qui ne tient pas au hasard.

### Sous le régime de la privation de liberté

En 1791, la loi Le Chapelier interdisait les associations et les grèves. Aujourd'hui, la liberté d'association n'est plus discutée en tant que telle mais la volonté coercitive renaît sous de multiples formes.

Il y eut d'abord la réforme du Code de la Mutualité dont environ un quart du contenu énonce les contrôles, les contraintes, les sanctions et autres peines de prison suspendues au dessus de la tête des élus mutualistes.

Ensuite, la mise en œuvre de règles prudentielles exorbitantes a provoqué la **disparition** de plus d'un millier de « petites mutuelles ». En tout état de cause, seules 700 structures ont aujourd'hui l'agrément pour exercer une réelle activité d'assurance. Les 1 800 autres n'ont que l'illusion de subsister ...

Plus récemment, sous couvert de réforme de l'Assurance maladie, les mutuelles se sont vu « proposer » de se maintenir dans un cadre « responsable », ... sous peine de devoir payer une taxe de 7% du montant des cotisations !

Et ce n'est pas fini !

Demain, en juillet 2008, l'entrée en vigueur de l'article 113 de la loi Fillon rendra quasiment impossible la **survie** d'une mutuelle d'entreprise qui n'aura pas pu « vendre » un **contrat collectif obligatoire** à l'employeur.

A la privation de liberté de la mutuelle, s'ajoutera la privation de liberté des adhérents.

### Mutuelles d'entreprise : Fillon m'a tué !

La loi Fillon du 21/08/03 portait réforme du dispositif des retraites, à l'**exception de son article 113** qui, lui, s'est intéressé à ... la participation de l'employeur ou du comité d'entreprise à la cotisation mutualiste !

Plus précisément, cet article 113 prévoit que la contribution patronale ou du comité d'entreprise à la dotation d'une mutuelle sera **soumise aux cotisations salariales et patronales**, sauf si la mutuelle est **obligatoire** ! Auquel cas, cette contribution sera exonérée de charges sociales.

Pour une mutuelle qui serait financée à hauteur de 50% par le comité d'entreprise, l'entrée en vigueur du dispositif se traduirait par une perte de ressources nette de l'ordre de **18%** et induirait une hausse de même importance des cotisations !

### Mutuelles institutionnelles et loi Fillon : le dessous des cartes

Le problème général de l'application de l'article 113 de la loi Fillon prend une résonance particulière au sein de notre institution.

En effet :

- les négociations sur l'évolution du contrat de travail sont du ressort de l'UCANSS et des structures syndicales nationales, toutes également **éloignées** du terrain mutualiste. Les possibles **ambitions personnelles** et autres **considérations de pouvoir** des uns et des autres rendent les négociations à venir **peu lisibles** ;
- la situation de la protection complémentaire des salariés selon les organismes est hétérogène ;
- sans oublier les intentions à géométrie variable de la **CAPSSA**, dotée de l'agrément pour exercer une activité de ... complémentaire santé.

Nous accordons un grand intérêt au principe de l'amélioration de la couverture complémentaire maladie, notamment parce qu'une participation de l'employeur pourrait constituer une réelle avancée sociale.

Le caractère obligatoire de cette protection complémentaire n'entre pas forcément dans notre philosophie mais son intérêt est désormais lié aux contraintes créées par l'article 113 de la loi Fillon.

La voie permettant d'instaurer un régime complémentaire obligatoire ne peut être que la négociation (dans le cas contraire, la décision unilatérale ne s'appliquerait qu'aux nouveaux embauchés).

**Les exigences des organisations syndicales seront déterminantes.**

Il est techniquement tout à fait possible de s'appuyer sur les mutuelles **existantes** pour favoriser la consolidation d'une protection complémentaire santé au sein de l'institution, sans nuire à la richesse et à la diversité du tissu mutualiste.

Pour cela, **il ne faut pas confondre** le cadre conventionnel, le contrat d'assurance et la structure qui assure la protection complémentaire.

Il ne serait pas judicieux de privilégier la naissance d'une structure nationale **imposée** qui, sans garantir une meilleure protection à tous, **éloignerait** les adhérents des prises de décisions.

Il est nécessaire de prendre en compte la protection dont bénéficient nos collègues **retraités**. Et ce d'autant que la loi Evin prévoit l'obligation de proposer un contrat aux adhérents qui cessent leur activité !

Il convient aussi de ne pas ignorer les enjeux sociaux liés à la présence de personnels **saliariés** dans nos mutuelles d'entreprises.

Comme nous l'écrivions l'an passé à propos d'un tout autre sujet, « *rien n'est jamais vraiment joué définitivement, tant qu'il existe une volonté de combattre* ». C'est, en tous cas, la position de la MIPSS et celle que nous entendons voir assurer par l'UNMOS, mouvement représentatif des mutuelles au sein de l'institution.

## Zoom : le contrat responsable :

Dès novembre 2005, l'assemblée générale de la MIPSS avait accepté que notre contrat de protection complémentaire maladie-accident réponde aux obligations réglementaires des « **contrats responsables** ».

Cette décision ne visait pas tant à cautionner l'intérêt et l'efficacité des mesures prises par les pouvoirs publics qu'à permettre de bénéficier de l'**exonération** de la taxe spéciale de **7,00 %** (art 995 du code des Impôts).

Autrement dit, cette décision **évite** une hausse supplémentaire de 7,00% des **cotisations** (soit environ 105 000 EUR !).

**En contrepartie**, le contrat responsable doit répondre à 2 types d'obligation :

### 1 - ne pas prendre en charge :

- la participation forfaitaire obligatoire de **1,00 EUR** (art L 322-2 du code SS et art 995 du code des Impôts)
- la **majoration** de participation de l'assuré prévue pour les actes effectués **hors parcours de soins**
- la **majoration** de participation de l'assuré prévue en cas de **refus** d'accès au dossier médical individuel,
- les **dépassements** d'honoraires sur les actes cliniques et techniques effectués **hors parcours de soins** (article L 162-5 du code SS), à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé (DA).

### 2 - prendre en charge :

- au moins 30% du tarif opposable des **consultations** du **médecin-traitant** ou du **médecin correspondant**
- au moins 30% du tarif opposable des **vignettes blanches** prescrites par le médecin-traitant ou correspondant
- au moins 35% du tarif opposable des **frais d'analyses** prescrites par le médecin-traitant ou correspondant
- le ticket modérateur total de **2 prestations de prévention** choisies parmi une liste publiée par arrêté (cf : page 4).

## Cotisations 2007

Dans un environnement réglementaire une nouvelle fois **instable**, les prévisions de dépenses pour 2007 conduisent à proposer une **hausse** de la cotisation limitée à **2,73%** (après une hausse de 2,30% en 2006). Elle doit permettre de faire face à la nouvelle hausse du forfait hospitalier journalier (16,00 EUR), à la prise en charge du forfait de 18,00 EUR (entré en vigueur au 4<sup>e</sup> trimestre 2006) et aux conséquences du « parcours de soins », tout en prenant en compte les nouveaux remboursements de médicaments.

Le tarif 2007 (cotisation mensuelle en euros) :

- catégorie 1** (adhérents, conjoints, ...) **45,20 EUR**
- catégorie 2** (cjt sans rev, enfant > 20) **24,90 EUR**
- catégorie 3** (enfant moins de 20 ans) **20,30 EUR**
- catégorie 4** (3<sup>e</sup> enfant < 20 et suivants) **gratuit**

A propos des cotisations :

Le paiement **mensuel** de la cotisation ne remet pas en cause le principe d'**adhésion annuelle**.

Les montants indiqués sont ceux des cotisations mensuelles **complètes, ne tenant pas compte** de la participation de votre **Comité d'Entreprise**.

## Conseil d'Administration

- ANTIGNAC Ginette
- BARD Josiane
- BEAU Josette
- BLAUGY Pascale
- BONNEL Joël
- BOURRAND Mireille
- BUISSON Daniel
- CECCHET Jean-Louis
- CHABROL Catherine
- CONSTANT Colette
- COSTON Michelle
- CUSSINET Pierre
- DENEYRAT Raymond
- DUBOEUFF Laurence
- DUCROS Andrée
- FERON Jacqueline
- GAZET Martine
- GOVIGNON Josiane
- LEGROS Renée
- LUCARELLI Denis
- MARCOS Bernard
- MARTEL Bernard
- MONTEILLE Nicolas
- MORANGE Martine
- PASSELAIGUE Maryse
- PELET Bernadette
- PIROLLES Christian
- POINTUD Gisèle
- ROUX Georges
- SAHUT Marguerite
- SALVADOR Catherine
- SAUVADET Mireille
- SIMON Renée
- TARTRY Martine
- TOUZAC Claude
- VERDERA Dominique

La durée du mandat d'administrateur est de **4 ans**.  
L'administrateur exerce son mandat **gratuitement**.

## Délai de démission

La demande de démission à la fin de l'année civile peut intervenir, pour l'adhérent ou un ayant droit :

- jusqu'au 31 octobre si l'adhérent a reçu**, au plus tard le 15 octobre, l'information accompagnant l'avis d'échéance annuel,
- dans les 20 jours** suivant la date d'envoi de l'information et de l'avis d'échéance, si cet envoi a lieu **après** le 15 octobre,

Si elle intervient en cours d'année, la demande de démission prendra alors effet

- à la fin du 3<sup>e</sup> mois** suivant celui de la demande.

La loi 2005-67 du 28/01/05 (article L 221-10-1 du code de la mutualité) fait obligation aux mutuelles d'accompagner l'avis d'échéance annuel de cotisations d'une information sur la date limite d'exercice de leur droit à démission.

Note : ces dispositions sont reprises à l'article 122-1 des statuts de la MIPSS Auvergne.

## Tableau détaillé des prestations au 01/01/07

Les remboursements effectués par la mutuelle :

- **concernent** uniquement des soins médicalement prescrits,
- sont **limités** à des soins pris en charge par le régime obligatoire (sauf optique) et aux justificatifs fournis,
- sont **plafonnés** aux dépenses engagées,
- **excluent** la participation forfaitaire obligatoire (PFO) et les majorations pour consultation hors parcours de soins.

Nature des soins ou des prestations	Part CPAM <sup>(1)</sup>	Part MIPSS <sup>(1)</sup>		
		Ticket Modérateur	Dépassement ou forfait	Limites de remboursement du dépassement ou du forfait
Consultations et Visites Médicales	70 %	30 %	-	
Actes médicaux de moins de 91,00 EUR en ambulatoire	70 %	30 %	10 %	si praticien conventionné DP et acte dans le parcours de soins
Actes médicaux lourds (91,00 EUR et plus) en ambulatoire <sup>(2)</sup>	100 %	18,00 EUR	10 %	
Actes de radiologie	70 %	30 %	-	
Soins infirmiers	60 %	40 %	-	
Actes de kinésithérapie	60 %	40 %	-	
Analyses	60 %	40 %	-	
Frais de transport et de déplacement	65 %	35 %	-	
Pharmacie - vignettes blanches <sup>(4)</sup>	65 %	35 %	-	
Pharmacie - vignettes bleues <sup>(4)</sup>	35 %	65 %	-	
Soins dentaires	70 %	30 %	-	
Prothèses dentaires	70 %	-	200 %	inclut le TM
Orthodontie	100 %	-	100 %	
Lunettes, lentilles prises en charge par la CPAM	65 %	-	152,45 EUR	plafond <b>annuel net</b>
Lunettes, lentilles non prises en charge par la CPAM	-	-	152,45 EUR	plafond <b>annuel net</b>
Petit appareillage	65 %	35 %	-	
Grand appareillage, prothèses auditives	65 %	-	200 %	inclut le TM
Actes médicaux de moins de 91,00 EUR en hospitalisation	80 %	20 %	20 %	si praticien conventionné DP et acte dans le parcours de soins
Actes médicaux lourds (91,00 EUR et plus) en hospitalisation <sup>(2)</sup>	100 %	18,00 EUR	20 %	
Frais de séjour	80 %	20 %	-	limité à 30 jours
Chambre particulière (motif non médical)	-	-	19,00 EUR/jour	limité à 30 jours
Forfait hospitalier journalier (FHJ)	-	-	16,00 EUR/jour	limité à 30 jours
Gardes de nuit (sauf famille et professionnels)	-	-	oui	10 jours – plafond de 12,20 EUR/jour
Frais d'accompagnant d'un enfant < 11 ans	-	-	oui	plafond : 1,5 x FHJ
Cure thermale - honoraires et soins	70 %	30 %	-	
Cure thermale (hébergement – transport) <sup>(3)</sup>	65 %	35 %		
Cure thermale (hébergement – transport) <sup>(3)</sup>	0 %	0 %	67,50 EUR	Forfait hébergement et transport
Cure thermale (hébergement – transport) <sup>(3)</sup>	0 %	0 %	12,00 EUR	Forfait transport sans hébergement
Indemnité funéraire	-	-	765,00 EUR	prestation garantie par l'UNMOS
Prestations de prévention	70%	30%		ostéodensitométrie et détartrage

(1) « part MIPSS » et « part CPAM » sont exprimées en pourcentage du Tarif de Responsabilité, sauf mention particulière.

(2) Actes médicaux lourds : en réalité, la « part CPAM » est de 100% du Tarif de Responsabilité moins 18,00 EUR

(3) Cure thermale (hébergement – transport) : la participation de la MIPSS dépend de la participation de la CPAM et des frais effectivement engagés.

(4) les médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant ne sont pas remboursés par la MIPSS Auvergne ; y compris ceux ayant donné lieu à création d'un ticket modérateur spécifique et temporaire de 85 % (vignettes jaunes).

### Prévention : le choix de la MIPSS Auvergne

Notre contrat de protection complémentaire maladie-accident répond aux obligations réglementaires du « **contrat responsable** » et, à ce titre, doit comporter **2 prestations de prévention**, prises en charge par la Mutuelle.

Parmi la liste de l'arrêté du 08/06/06 (JO du 18/06/06), l'Assemblée Générale a retenu les prestations les plus **novatrices** en termes de **prévention** et pouvant s'adresser à une part **significative** de notre population protégée :

- l'ostéodensitométrie osseuse**, pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans,
- le détartrage annuel** complet sus et sous-gingival, effectué en 2 séances maximum (SC12)