

## Mentir : au bénéfice de qui ?

**DIRE** que votre mutuelle serait « mal gérée », qu'elle connaîtrait des « difficultés financières » est un **mensonge**.

Les données **comptables** 2006, **certifiées** par le Commissaire aux Comptes, démontrent que la MIPSS est financièrement **bien portante**.

D'ailleurs, la MIPSS fait partie des (seulement) **600 mutuelles** de ce pays ayant reçu un **agrément** pour exercer l'activité de complémentaire santé.

L'UCANSS, autrement dit **l'employeur**, veut instaurer une complémentaire santé **obligatoire** pour tous les salariés, qui ne serait financée que ... par les salariés (la « participation de l'employeur » **se substituant** aux augmentations de salaire !).

**Formulons ensemble** le vœu que si le projet de l'UCANSS voit le jour, ce ne soit pas grâce aux **mensonges** des uns et à la **crédulité** des autres.

## Sommaire

- Mentir : au bénéfice de qui ?
- Données comptables 2006
- LFSS 2008 : solidarité ?
- La fin des vignettes orange
- Dossier : loi Fillon, contrat obligatoire
- La MIPSS : quel visage en 2009 ?
- Cotisations 2008
- Délai de démission
- Conseil d'Administration
- Tableau détaillé des prestations 2008

## Données comptables 2006 (en euros)

RESULTAT	2006	2005
cotisations	926 672,25	918 425,90
CE et divers	790 057,82	784 955,09
prestations	1 502 874,54	1 610 555,17
autres charges	115 530,27	87 413,20
<b>résultat technique</b>	<b>98 325,26</b>	<b>5 412,62</b>
produits de placement	29 928,76	9 690,82
autres produits	0,00	2 260,26
<b>résultat net</b>	<b>128 254,02</b>	<b>17 363,70</b>

Le « résultat » rend compte de **l'équilibre** entre les recettes et les dépenses au cours de l'exercice comptable 2006. L'excédent constaté reflète la moindre consommation de soins par rapport aux prévisions.

BILAN	2006	2005
actifs incorporels	0,00	0,00
placements	759 358,98	689 300,84
créances	23 573,93	5 148,92
autres actifs	147 319,21	67 259,52
<b>total actif</b>	<b>930 252,12</b>	<b>761 709,28</b>
fonds mut et réserves	675 605,64	544 728,02
provisions techniques	229 253,86	188 021,53
Autres dettes	25 392,62	28 959,73
<b>total passif</b>	<b>930 252,12</b>	<b>761 709,28</b>

Le « bilan » est une **photographie** au 31/12/06 de la situation de la mutuelle. Les provisions techniques sont la contrepartie réglementaire d'engagements. Les « fonds mutualistes et réserves » correspondent au « capital » d'une société.

MARGE	constituée	exigée
Solvabilité 2006	<b>675 605,64</b>	<b>348 285,63</b>

La « marge de solvabilité » de la MIPSS est sa capacité financière (exigée et définie par la loi) à faire face à ses obligations en cas de « coup dur ».

La marge constituée atteint 1,94 fois l'exigence légale.

## LFSS 2008 : solidarité ?

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008 a été publiée au JO du 21/12/07. Elle comporte 118 mesures qui modifient les dépenses et recettes des régimes de Sécurité sociale.

Intéressons-nous à 2 d'entre elles qui illustrent, à nos yeux, les évolutions « législatives » de la notion de solidarité :

- ✓ **3 nouvelles franchises** ont été instaurées (article 52 de la loi) : 0,50 EUR par boîte de médicaments, 0,50 EUR par acte paramédical et 2,00 EUR par transport, dans la limite – modifiable par décret – de 50,00 EUR annuels.  
Pourquoi ajouter au poids de la maladie celui de la **culpabilité** du déficit de la Sécurité Sociale ?
- ✓ **la non compensation de plusieurs dispositifs d'exonérations de cotisations sociales** a été votée par la représentation nationale (article 24 de la loi).  
Les pouvoirs publics sont ainsi **exonérés a priori** de la **responsabilité** de telles décisions sur l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale !

A l'évidence, ces mesures ne sont pas de nature à résorber le déficit de la Sécurité Sociale.

A contrario, en s'ajoutant aux franchises, forfaits, dépassements, ..., ne viennent-elles pas conforter un ensemble cohérent de mesures de **destruction lente et programmée** d'un système de protection sociale **solidaire** ?

## Les vignettes orange disparaissent

Fin du sursis. Les médicaments à vignette orange ne sont plus pris en charge par la Sécurité sociale à compter du 01/01/08. Ces produits, jugés insuffisamment performants par les experts scientifiques de la HAS, n'étaient pas pris en charge par la MIPSS.

## Dossier : loi Fillon, complémentaire obligatoire.

**A partir du 01/07/08**, les contributions de l'employeur ou du comité d'entreprise au financement d'une complémentaire santé ne seront **exonérées** de charges sociales que dans le cas d'un contrat collectif à **adhésion obligatoire**.

D'autre part, l'UCANSS et les organisations syndicales ont entamé d'intenses **négociations** dont l'un des thèmes majeurs est la mise en œuvre d'un **contrat collectif obligatoire de prévoyance santé**.

Quelles seront les conséquences de ces évolutions pour notre mutuelle et ses adhérents?

### L'entrée en vigueur de l'article 113 de la loi Fillon

En réalité, l'article 113 de la loi n°2003-775 du 21/08/03, subordonnant l'**exonération** des charges sociales sur la participation de l'employeur et des comités d'entreprise au financement d'un régime de prévoyance, au caractère **obligatoire** de ce dernier, est en vigueur depuis le 01/01/05. Un régime **dérogatoire**, prévu par la loi, permet de préserver l'exonération des contrats **facultatifs** existants **jusqu'au 30/06/08**. Au-delà :

- la contribution du comité d'entreprise (ou de l'employeur) finançant un régime collectif de prévoyance complémentaire à adhésion facultative, sera réintégrée dans l'**assiette des cotisations sociales** et fera partie du « **net fiscal** ».
- les charges sociales ainsi calculées sont payées par **l'employeur** et le **salarié**.

Ce serait, en quelque sorte, le prix de la **liberté** d'adhésion imposé par un gouvernement ... libéral !

### Contrat collectif à adhésion obligatoire

Inviquant « l'attractivité du contrat de travail, la mobilité et l'équité entre salariés » (oui, vous avez bien lu !... ), l'UCANSS **négoce avec les organisations syndicales** la mise en œuvre d'un contrat collectif de prévoyance santé à adhésion obligatoire.

Essayons d'ores et déjà d'envisager les différents scénarii qui peuvent en résulter :

#### Hypothèse n°1 : la négociation échoue

On peut envisager que les partenaires sociaux n'aboutissent pas à un accord, en considérant que :

- **les salariés ne sont pas demandeurs** d'un contrat qui leur **imposerait** contenu des prestations et montant des cotisations et **se substituerait** aux augmentations de salaire,
- **l'UCANSS peine** à trouver de façon pérenne, l'argent nécessaire à sa contribution à un tel contrat
- la simple application de l'article 113 de la loi Fillon serait environ **2 à 4 fois moins coûteuse** pour l'employeur.

Dans cette hypothèse, l'employeur a 2 issues :

**1 – il prend acte de l'échec des négociations** et s'en tient aux obligations légales issues de l'article 113 de la loi Fillon, en réintégrant dans l'assiette des cotisations sociales l'éventuelle participation des comités d'entreprises.

Le salarié conserve sa liberté de choix en matière de complémentaire santé et nos mutuelles professionnelles poursuivent leur route.

**2 – il décide malgré tout et unilatéralement** de mettre en place un contrat collectif national à adhésion obligatoire.

Les salariés présents dans l'entreprise, au moment de sa mise en place, peuvent **refuser** de cotiser à ce régime.

Pour ceux qui adhèrent, les contributions de l'employeur et du comité d'entreprise et la participation du salarié sont **exonérées** des charges sociales (hors CSG et CRDS) et fiscales.

**Le salarié** souscrivant au régime devient **assujéti** à un second régime obligatoire, sans voix aux décisions.

**L'impact sur l'activité de notre mutuelle** professionnelle est conditionné par 3 éléments, dans l'hypothèse où elle ne participerait pas à la gestion du contrat collectif :

- le **nombre** de salariés optant pour le contrat obligatoire,
- le **niveau** de couverture du contrat obligatoire,
- les **orientations** des Comités d'entreprises.

#### Hypothèse n°2 : la négociation aboutit

Plaçons-nous maintenant dans l'hypothèse où organisations syndicales et employeur **sont parvenus à un accord** sur l'instauration d'un contrat de prévoyance santé collectif à caractère obligatoire, **à effet du 01/01/09**.

**Indépendamment de son contenu**, cet accord d'entreprise est légalement opposable à **l'ensemble** des salariés et constitue une **modification du contrat de travail** :

- pour le salarié, cet accord est caractérisée par la **privation de liberté de choix** de sa couverture complémentaire santé (organisme assureur, garanties et cotisations).

- un second aléa mérite tout autant l'attention : l'interruption du contrat de travail **entraîne ipso facto l'exclusion** du salarié du contrat collectif ; notamment et principalement au départ en **retraite**.

La loi du 31/12/89 oblige certes l'assureur à proposer un contrat individuel et plafonne la hausse tarifaire à ... **300%** de la part jusqu'ici payée par le salarié !

De fait, affirmons haut et fort que contrat collectif **obligatoire** rime avec **sélection des risques**.

- la participation de l'employeur et celle du salarié au financement du régime sont **exonérées** de charges sociales (hors CSG et CRDS) et fiscales,

**L'impact sur l'activité de notre mutuelle** s'analyse principalement au travers du poids des adhérents actifs conduits à quitter la MIPSS **au 01/01/09** mais dépend aussi des besoins en complémentaire-santé des populations **exclues** du contrat obligatoire (retraités, ayants droits) voire de la volonté des actifs de **se préparer un avenir solidaire !**

**Ceci, sans présumer du rôle qui pourrait être joué par la MIPSS dans la gestion du contrat obligatoire ...**

Soulignons enfin que les **orientations** et les **réserves** de la mutuelle n'appartiennent pas aux signataires de l'accord qui viendrait à voir le jour.

## la MIPSS Auvergne : quel visage en 2009 ?

A l'heure de la publication de cette « lettre d'information de la MIPSS », il est certes envisageable que les partenaires sociaux en viennent à constater que la négociation ne peut aboutir et décident de **ne pas donner suite** à la mise en œuvre d'un contrat obligatoire de complémentaire santé. Auquel cas, l'activité de la mutuelle ne serait pas modifiée.

Mais ce n'est ni la seule hypothèse, ni la plus crédible, tant les efforts déployés par l'UCANSS sont importants (sauf financièrement !) pour convaincre les partenaires sociaux de parvenir à un accord d'ici au **01/01/2009**.

En conséquence, les administrateurs de votre mutuelle considèrent qu'il est de leur responsabilité de se mettre immédiatement en situation de construire les scénarii à même de **répondre aux besoins des adhérents** et d'assurer **la pérennité de la MIPSS**, qu'elle soit associée ou non à la gestion d'un possible futur contrat complémentaire obligatoire :

### 1 – la population protégée

- si les adhérents **actifs** sont concernés par un contrat obligatoire « UCANSS », en revanche, il est clair que la solidarité avec les **retraités actuels** ne fait pas partie des projets de l'employeur (ni de certaines organisations syndicales).
- les négociations vont, pour l'essentiel, conduire à **l'exclusion des futurs retraités** du contrat. Pourtant, il s'agit d'un statut que, dans le meilleur des cas, **chacun** a vocation à devenir.
- la protection complémentaire « obligatoire » de nombreux **ayants droits** reste également à éclaircir.

### 2 – les prestations et cotisations

- les prestations devront être **adaptées** aux principales catégories de population protégée.
- la piste de prestations **facultatives** proposées aux actifs, en complément d'un contrat obligatoire ne leur offrant pas une protection à leurs yeux suffisante, doit aussi être abordée.
- les hypothèses de prestations envisagées n'auront de **crédibilité** qu'une fois mises en regard de cotisations adéquates.

### 3 – les partenaires

- l'hypothèse d'une participation de la MIPSS à la gestion du contrat obligatoire « UCANSS » nécessite des relations régulières et soutenues au sein du **mouvement mutualiste**.
- les réflexions sur l'avenir de la MIPSS concernent aussi les **Comités d'Entreprise**, à l'initiative de la création de la MIPSS Auvergne et contributeurs importants au financement actuel de la mutuelle.
- les **orientations** futures des CE conditionneront, pour partie, les facultés d'évolution de l'activité de la mutuelle.

## Cotisations 2008

Les prévisions de dépenses pour 2007 ont conduit l'Assemblée Générale de la MIPSS Auvergne à **décider** du maintien de la cotisation au montant 2007.

Soulignons ici que ce sont bien les **adhérents** de la MIPSS Auvergne, par la voix de leurs représentants (1 délégué pour 10 adhérents) qui **prennent les décisions** importantes.

Le tarif 2008 (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° 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, non diminuées** de la participation de votre **Comité d'Entreprise**.

## Conseil d'Administration au 01/01/08

- ANTIGNAC Ginette
- BARD Josiane
- BEAU Josette
- BLONDEL Claude
- BONNEL Catherine
- BOURRAND Mireille
- CHABROL Catherine
- CHINOUX Brigitte
- CONSTANT Colette
- COSTON Michelle
- CUSSINET Pierre
- DERVAUX Michel
- DUBOEUFF Laurence
- FERON Jacqueline
- GAZET Martine
- GENEIX Daniel
- LAGOUTTE Emmanuel
- LEGROS Renée
- LUCARELLI Denis
- MARCOS Bernard
- MARTEL Bernard
- MERLY Martine
- MIGUET Jean-Marc
- MONTEILLE Nicolas
- MORANGE Martine
- PASSELAIGUE Maryse
- PIROLLES Christian
- POINTUD Gisèle
- ROUX Georges
- SAHUT Marguerite
- SAUVADET Mireille
- SIMON Renée
- TARTRY Martine
- TOUZAC Claude
- VERDERA Dominique
- VEYSSIERE Paul

La durée du mandat d'administrateur est de **4 ans**.

L'administrateur exerce son mandat **gratuitement**.

## Délai de démission (article 122-1 des statuts)

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° 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.

## Tableau détaillé des prestations au 01/01/08

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 » (SMRI) 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 orange).

### Prévention : le choix de la MIPSS Auvergne

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

- 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 au maximum (SC12)