

Panem et circensens (du pain et des jeux)

Taxes sur la restauration à **5,5%** ; taxe sur les parcs d'attractions à **5,5%** ; mais taxes sur votre cotisation santé à **13,27%** ...

Ne faut-il pas voir dans **ce choix de fiscalité** le signe que nos dirigeants « **donnent aux masses du pain et des jeux pour distraire leurs esprits des affaires de l'État** » ? Ils n'ont sur ce point rien à envier à ceux de la Rome antique !

Il faut comprendre qu'aujourd'hui, **sur 62,00 EUR** versés à votre mutuelle, presque 8,00 EUR ne pourront pas être convertis en prestations : en réalité, **vous versez 54 EUR** à la mutuelle et **8,00 EUR au Trésor Public** (taxes CMU et TSCA).

Non seulement les pouvoirs publics procèdent à des **baisses** de remboursement régulières du régime obligatoire qui conduisent les complémentaires santé à augmenter leur niveau de prise en charge des soins, au prix d'augmentations des cotisations. Mais en plus, ils **taxent lourdement et brutalement** ces cotisations.

Le risque est grand de voir demain de plus en plus de nos concitoyens **renoncer** à leur complémentaire santé devenue trop chère et donc aux soins dont ils ne pourront assumer le coût. **Nos gouvernants font preuve d'une grave irresponsabilité.**

Bien utiliser le patrimoine commun

Les Comptes 2010 de la MIPSS vous ont été présentés dans le M@g du mois d'octobre 2011 (page 10). Avec un résultat de 230,49 EUR et, surtout des réserves de **855 697,71 EUR**, il est incontestable que votre (petite) mutuelle se porte bien !

Une partie de ces réserves est rendue obligatoire (exigence de marge de solvabilité) par les pouvoirs publics. Le surplus constitue une « marge de tranquillité » des adhérents.

Bien gérer ce patrimoine commun ne se limite pas forcément à le conserver sous forme de placements.

Des occasions peuvent se présenter de le mettre au service de tous les adhérents : l'Assemblée Générale du 17/11/11 a décidé qu'une partie de ces réserves (**55 000,00 EUR**) sera utilisée pour **atténuer l'effet des taxes** sur vos cotisations.

Dans une période de difficultés économiques, ce choix délibéré (que nous pouvons financièrement nous permettre) est en phase avec nos valeurs de **solidarité** mais n'altère pas pour autant notre **opposition** à la décision inique de taxer lourdement la santé.

92 156,00 EUR

C'est le montant des taxes (taxe CMU et TSCA) que la MIPSS reversera aux pouvoirs publics en 2012.

Il est supérieur aux remboursements de pharmacie à vignette blanche de la MIPSS en 2010 !

Retour sur la cotisation 2011

La cotisation appelée en 2011 est de 59,00 EUR (cat 1) et comprend la taxe CMU de 6,27%, ramenant la part disponible pour les remboursements à **55,51 EUR HT**.

Par contre, votée avant publication de la loi, elle ne comprend pas la TSCA (taux de **3,5%** depuis le 01/01/11 et taux de **7%** depuis le 01/10/11). Avec la TSCA, la cotisation serait de **63,00 EUR TTC** par mois depuis le 01/10/11.

Ces charges **imprévues** (de l'ordre de **30 000,00 EUR**) qui se sont abattues sur vos cotisations 2011 seront financées par les réserves disponibles (cf. ci-contre).

Cotisation Complémentaire Santé 2012 : avis d'échéance (en euros par mois)

<input type="checkbox"/> catégorie 1	adhérent et ayant droit de + de 60 ans	54,44 EUR HT	62,00 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 2	adhérent et ayant droit jusqu'à 60 ans	40,83 EUR HT	46,50 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 3	enfant de moins de 28 ans	21,78 EUR HT	24,80 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 4	3° enfant et suivant jusqu'à 20 ans	gratuit	gratuit

Cotisation Prévoyance 2012 : avis d'échéance (en euros par mois)

<input type="checkbox"/> toutes catégories	salariés assujettis à une CSO	2,34 EUR HT	2,50 EUR TTC
---	-------------------------------	--------------------	---------------------

(tarif des cotisations 2012, non diminuées de la participation éventuelle de votre **Comité d'Entreprise**)

L'adhésion « complémentaire santé » **inclut** les garanties Prévoyance (cf. détail des garanties au verso)

L'adhésion « Prévoyance » en dispense de cotisation santé est ouverte à **tous les salariés des organismes de Sécurité Sociale** et aux membres de leur **famille**, assujettis à une complémentaire santé **obligatoire** par leur employeur.

Tableau détaillé des prestations du contrat individuel responsable au 01/01/12

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 ⁽¹⁾	Part MIPSS ⁽¹⁾		
		Ticket Modérateur	Dépassement ou forfait	Limites de remboursement du dépassement ou du forfait
Consultations et Visites Médicales	70 %	30 %	-	
Actes médicaux de moins de 120,00 EUR en ambulatoire ⁽⁵⁾	70 %	30 %	10 %	si praticien conventionné DP et acte dans le parcours de soins
Actes médicaux lourds (120,00 EUR et plus) en ambulatoire ^{(2) (5)}	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 ⁽⁴⁾	65 %	35 %	-	
Pharmacie - vignettes bleues ^{(4) (5)}	30 %	70 %	-	
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 annuel net
Lunettes, lentilles non prises en charge par la CPAM	-	-	152,45 EUR	plafond annuel net
Petit appareillage	65 %	35 %	-	
Grand appareillage, prothèses auditives	65 %	-	200 %	inclut le TM
Actes médicaux de moins de 120,00 EUR en hospitalisation ⁽⁵⁾	80 %	20 %	20 %	si praticien conventionné DP et acte dans le parcours de soins
Actes médicaux lourds (120,00 EUR et plus) en hospitalisation ^{(2) (5)}	100 %	18,00 EUR	20 %	
Frais de séjour	80 %	20 %	-	limité à 30 jours (par motif de séjour)
Chambre particulière (demande du malade et motif non médical)	-	-	19,00 EUR/jour	limité à 30 jours (par motif de séjour)
Forfait hospitalier journalier (FHJ)	-	-	18,00 EUR/jour	limité à 30 jours (par motif de séjour)
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) ⁽³⁾	65 %	35 %		
Cure thermale (hébergement – transport) ⁽³⁾	0 %	0 %	67,50 EUR	Forfait hébergement et transport
Cure thermale (hébergement – transport) ⁽³⁾	0 %	0 %	12,00 EUR	Forfait transport sans hébergement
Prestations de prévention	70%	30%		ostéodensitométrie et détartrage
Prévoyance : garantie en inclusion « Assistance Santé »	-	-	-	Cf. notice d'information de cette garantie
Prévoyance : garantie en inclusion « Indemnité funéraire »	-	-	765,00 EUR	Cf. notice d'information de cette garantie

(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.

(5) les montants ou taux de tickets modérateurs pris en compte seront ceux en vigueur au 01/01/11 (connus après le vote de la LFSS pour 2011).

Information légale sur le délai de démission (article 122-1 des statuts)

La loi 2005-67 du 28/01/05 protège les souscripteurs de contrat à reconduction tacite (article L 221-10-1 du code de la mutualité). A ce titre, elle 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.

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,