

en 2016, les garanties évoluent ...

Nos 44 délégués, réunis ce 01/12/15 en Assemblée Générale, ont adopté **des améliorations** sensibles des garanties « *santé* » proposées par la MIPSS Auvergne :

- **le Forfait Hospitalier Journalier** sera désormais pris en charge durant la **totalité** des séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et Psychiatrie (PSY).
- **les Forfaits Optiques** ont été différenciés (de 150 EUR à 200 EUR), selon la complexité des verres, avec une prise en charge tous les 2 ans (conformément au décret du 18/11/14), sauf en cas de modification de la vue.
- **tous les actes de Prévention** seront désormais remboursables (ticket modérateur).

Pour intéressantes qu'elles paraissent, ces modifications ont été adoptées **sous la contrainte des pouvoirs publics** et du décret du 18/11/14 : **faute d'obtempérer** en direction de ce « *nouveau contrat responsable* », nous aurions subi une taxation supplémentaire de **7%** du montant des cotisations ... **sans amélioration** des garanties !

... et les cotisations aussi

Le déficit de 130 188 EUR constaté en 2014 n'est en aucun cas un « *drame* », parce que ses origines sont connues (pour l'essentiel liées à des décisions mûrement réfléchies) et parce que nos réserves sont importantes (719 475 EUR), plaçant la MIPSS Auvergne au 3^e rang du classement national des mutuelles par niveau de solvabilité.

Cependant, chacun comprendra qu'il serait **inconséquent** d'engager notre mutuelle dans une voie consistant à laisser se creuser **durablement** un écart entre dépenses et recettes.

C'est pourquoi, Conseil d'Administration et Assemblée Générale ont pris la décision d'augmenter les cotisations, pour financer **l'amélioration** des prestations et ramener doucement notre budget vers **l'équilibre**, en utilisant nos réserves comme amortisseur.

Toutes les complémentaires santé sont confrontées à cette **aggravation** des dépenses provoquée par les décisions des pouvoirs publics. Elles ne pourront y répondre que par la hausse des cotisations. En 2016 ... ou plus tard !

QUESTION D'AGE ?

NE PAS PRATIQUER la différenciation de cotisation par tranches d'âge est ... **rare** !

Nous oublions souvent de mettre en avant cette **preuve de solidarité** entre seniors de 60 à 199 ans.

N'en déplaise à Marisol Touraine : à la MIPSS Auvergne, **la cotisation n'augmente pas avec l'âge** !

A 65, 79 ou 95 ans voire 119 ans, les adhérents de la MIPSS Auvergne paient une **cotisation identique** et bénéficient de **garanties identiques**.

PARRAINEZ !

Vous avez probablement dans votre entourage des **amis** ou des **connaissances** qui sont soumis à des cotisations **par tranche d'âge** qui les pénalisent lourdement au fur et à mesure que le temps va passer.

Alors, parlez-leur de la MIPSS.

Remettez-leur **un bulletin de parrainage** que vous aurez demandé à la mutuelle ou téléchargé sur notre site internet.

Cf. nos coordonnées en bas de page.

Cotisations 2016 : avis d'échéance

cotisation mensuelle Complémentaire Santé et Prévoyance

<input type="checkbox"/>	catégorie 1	adhérent et ayant droit de + de 60 ans	62,26 EUR HT	71,00 EUR TTC
<input type="checkbox"/>	catégorie 2	adhérent et ayant droit jusqu'à 60 ans	46,74 EUR HT	53,30 EUR TTC
<input type="checkbox"/>	catégorie 3	écolier ou étudiant de moins de 28 ans	24,90 EUR HT	28,40 EUR TTC
<input type="checkbox"/>	catégorie 4	3 ^e enfant et suivant jusqu'à 20 ans	gratuit	gratuit

cotisation annuelle Prévoyance

<input type="checkbox"/>	toutes catégories	salariés assujettis à une CSO	37,38 EUR HT	40,00 EUR TTC
--------------------------	--------------------------	-------------------------------	---------------------	----------------------

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



Tableau détaillé des prestations du contrat individuel responsable au 01/01/16

Les remboursements effectués par la mutuelle sont conformes au décret du 18 novembre 2014 et :

- 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 les participations forfaitaires, les franchises et les majorations pour consultation hors parcours de soins.

	Nature des soins ou des prestations	Part CPAM ⁽¹⁾	Part MIPSS ⁽¹⁾		
			Dépassement ou TM obligatoire ⁽²⁾	Dépassement ou TM facultatif ⁽³⁾	Limites de remboursement ou précision complémentaire
	Consultations et Visites médicales	70 %	30 %	-	
	Actes médicaux de moins de 120,00 EUR en ambulatoire	70 %	30 %	-	
	Actes médicaux lourds (120,00 EUR et plus) en ambulatoire ⁽⁴⁾	100 %	18,00 EUR	-	
	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 : Service Médical Rendu majeur ou important ⁽⁵⁾	65 %	35 %	-	antérieurement « vignettes blanches »
	Pharmacie : Service Médical Rendu modéré ⁽⁵⁾	30 %	-	70 %	antérieurement « vignettes bleues »
	Soins dentaires	70 %	30 %	-	
	Prothèses dentaires	70 %	-	200 %	le dépassement inclut le TM
	Orthodontie	100 %	-	100 %	
2016	Optique : équipement de 2 verres simples ⁽⁶⁾	65 %	-	150,00 EUR	le dépassement inclut le TM.
2016	Optique : équipement de 1 verre simple et 1 complexe/très complexe ⁽⁶⁾	65 %	-	175,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans (1 an pour les mineurs ou évolution de la vue)
2016	Optique : équipement de 2 verres complexes/très complexes ⁽⁶⁾	65 %	-	200,00 EUR	
2016	Optique : lentilles prises en charge par la CPAM	65 %	-	150,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans
2016	Optique : lentilles non prises en charge par la CPAM	-	-	150,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans
	Petit appareillage (matériel de contention, orthèses, ...)	60 %	40 %	-	
	Grand appareillage (prothèse oculaire, faciale, fauteuil, ...)	100 %	-	200 %	
	Prothèses auditives	60 %	-	200 %	le dépassement inclut le TM
	Actes médicaux de moins de 120,00 EUR en hospitalisation	80 %	20 %	-	
	Actes médicaux lourds (120,00 EUR et plus) en hospitalisation ⁽⁴⁾	100 %	18,00 EUR	-	
	Frais de séjour hors cas d'exonération du TM	80 %	20 %	-	
	Chambre particulière (demande du malade et motif non médical)	-	-	25,00 EUR/jour	limité à 30 jours (par motif de séjour)
2016	Forfait hospitalier journalier en établissement de soins (FHJ)	-	18,00 EUR/jour		séjours en hospitalisation complète en MCOO, SSR et PSY, hors MAS, EHPAD, sans limite de durée
2016	Forfait hospitalier journalier en établissement psychiatrique (FHJ)	-	13,50 EUR/jour		
	Gardes de nuit (sauf famille et professionnels)	-	-	12,20 EUR/jour	limité à 10 jours (par motif de séjour)
	Frais d'accompagnant d'un enfant < 11 ans	-	-	27,00 EUR/jour	
	Cure thermale - honoraires et soins	70 %	-	30 %	
	Cure thermale (hébergement – transport)	65 %	-	35 %	
	Cure thermale avec hébergement non prise en charge par la CPAM	-	-	67,50 EUR	forfait hébergement et transport
	Cure thermale sans hébergement non prise en charge par la CPAM	-	-	12,00 EUR	forfait transport sans hébergement
2016	Prestations de prévention inscrites sur la liste de l'arrêté du 08/06/06	70%	30%	-	
	Prévoyance : garantie en inclusion « Assistance Santé »	-	-	variable	cf. notice d'information de cette garantie
	Prévoyance : garantie en inclusion « Protection Juridique Santé »	-	-	variable	cf. notice d'information de cette garantie
	Prévoyance : garantie en inclusion « Capital Obsèques »	-	-	1 220,00 EUR	cf. notice d'information de cette garantie

(1) « part MIPSS » et « part CPAM » sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR), sauf mention particulière.

(2) ticket modérateur (TM) ou dépassement dont la prise en charge par la MIPSS est rendue obligatoire par le décret du 18/11/14.

(3) ticket modérateur (TM) ou dépassement pris en charge par la MIPSS, sans lien avec le décret du 18/11/14.

(4) actes médicaux lourds : la « part CPAM » est de 100% de la Base de Remboursement moins le Ticket Modérateur Forfaitaire de 18,00 EUR

(5) taux appliqués aux montants facturés pour les médicaments et aux honoraires de dispensation y afférent, facturés par les pharmaciens d'officine.

(6) le montant maximum alloué à la monture, inclus dans le forfait optique, est de 50,00 EUR