

## Des orientations pour l'avenir ...

L'Assemblée Générale de notre mutuelle s'est déroulée le 23/11/17 dans les locaux du Centre Diocésain à Clermont-Ferrand. Elle s'est notamment prononcée sur des modifications statutaires qui permettent d'envisager l'avenir avec plus de sérénité :

- **l'ouverture** de la MIPSS Auvergne aux personnes qui n'ont pas été salariées d'un organisme de Sécurité Sociale, rendue nécessaire par le faible taux de « retour au bercaïl » des anciens salariés des organismes ;
- le maintien du **droit d'entrée** ou droit d'admission (cf. ci-contre) comme protection collective contre les intérêts individuels ;
- la possibilité de pouvoir aux sièges **vacants** de délégué ou d'administrateur, sans attendre les élections (mais sous le contrôle de l'AG qui devra ratifier la désignation) garantissant ainsi le fonctionnement de nos instances ;
- le maintien de nos textes en **conformité** avec les évolutions du code de la mutualité, imposées par l'ordonnance n° 2017-734 du 04/05/17.

Les délégués ont également voté une cotisation 2018 **égale à celle de 2017**, en connaissance d'un budget prévisionnel lui-même stable d'un exercice à l'autre.

### Droit d'admission

En l'absence de tarification par tranche d'âge, le droit d'admission **protège** le groupe des adhérents des adhésions "opportunistes", ... lorsque la cotisation devient moins élevée à la MIPSS Auvergne qu'ailleurs.

Ce droit d'entrée permet de compenser (partiellement) le prix de l'opportunisme.

A contrario, il ne doit pas faire obstacle aux autres adhésions.

L'Assemblée Générale a décidé qu'il était « économiquement légitime » de n'appeler un droit d'entrée que pour une adhésion **au-delà de 79 ans**.

### Blessé(e) par un tiers ?

Lorsque vous-même ou l'un de vos ayants droit êtes victime d'un accident corporel, mettant en cause la **responsabilité d'un tiers** (circulation, vie privée, sport, loisir,...), déclarez-le à votre mutuelle.

Votre démarche nous permettra de recouvrer des sommes pouvant être importantes et qui doivent être supportées par **l'assureur** du tiers et non par ... les adhérents de la MIPSS.

Note : la déclaration est **obligatoire**. (art. L 224-9 du code de la mutualité).

### Marisol, Agnès et le FHJ

Marisol avait rendu **obligatoire** (contrat responsable) la prise en charge du **Forfait Hospitalier Journalier** par les mutuelles, pendant toute la durée du séjour en établissement hospitalier.

Agnès, constatant la **précarité** des finances hospitalières, décrète que le montant de ce FHJ passe de 18,00 EUR à **20,00 EUR** à compter du 01/01/18.

Grâce à ses « drôles de dames », l'Etat décide d'augmenter les ressources de nos hôpitaux en distribuant l'argent ... **qu'il prend dans nos poches !**

### Chambre particulière

Un établissement de soins ne doit vous facturer la chambre particulière que dans **un seul cas** : si **vous** en avez fait **explicitement** la demande !

Si votre **état de santé** nécessite un séjour en chambre seule, la dépense est prise en charge par la CPAM.

Si l'établissement prend **l'initiative** de vous placer en chambre particulière (par exemple, en l'absence de chambre à deux lits disponible), il **ne doit pas** la facturer.

## Cotisations 2018

### cotisation mensuelle « complémentaire santé et prévoyance »

<input type="checkbox"/> <b>catégorie 1</b>	adhérent ou ayant droit de + de 60 ans	<b>64,11 EUR HT</b>	<b>72,30 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 2</b>	adhérent ou ayant droit jusqu'à 60 ans	<b>48,06 EUR HT</b>	<b>54,20 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 3</b>	écolier, étudiant, chômeur de moins de 28 ans	<b>25,72 EUR HT</b>	<b>29,00 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 4</b>	3° enfant et suivants jusqu'à 20 ans	<b>gratuit</b>	<b>gratuit</b>

### cotisation annuelle « prévoyance »

<input type="checkbox"/> <b>toutes catégories</b>	salariés assujettis à une CSO	<b>40,80 EUR HT</b>	<b>40,80 EUR TTC</b>
---	-------------------------------	---------------------	----------------------

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



## Tableau détaillé des prestations du contrat individuel au 01/01/18

Les remboursements effectués par la mutuelle sont conformes au décret « contrat responsable » du 18/11/14 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 <sup>(1)</sup>	Part MIPSS <sup>(1)</sup>		
		Dépassement ou TM obligatoire <sup>(2)</sup>	Dépassement ou TM facultatif <sup>(3)</sup>	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 <sup>(4)</sup>	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 <sup>(5)</sup>	65 %	35 %	-	antérieurement « vignettes blanches »
Pharmacie : Service Médical Rendu modéré <sup>(5)</sup>	30 %	-	70 %	antérieurement « vignettes bleues »
Soins dentaires	70 %	30 %	-	
Prothèses dentaires	70 %	-	200 %	le dépassement inclut le TM
Orthodontie	100 %	-	100 %	
Optique : lentilles prises en charge par la CPAM	65 %	-	150,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans
Optique : lentilles non prises en charge par la CPAM	-	-	150,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans
Optique : équipement de 2 verres simples <sup>(6)</sup>	65 %	-	150,00 EUR	le dépassement inclut le TM. 1 remboursement tous les 2 ans (1 an pour les mineurs ou évolution de la vue)
Optique : équipement de 1 verre simple et 1 complexe/très complexe <sup>(6)</sup>	65 %	-	175,00 EUR	
Optique : équipement de 2 verres complexes/très complexes <sup>(6)</sup>	65 %	-	200,00 EUR	
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 <sup>(4)</sup>	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)
Forfait hospitalier journalier en établissement de soins (FHJ)	2018 -	20,00 EUR/jour		séjours en hospitalisation complète en MCOO, SSR et PSY, hors MAS, EHPAD, sans limite de durée
Forfait hospitalier journalier en établissement psychiatrique (FHJ)	2018 -	15,00 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	2018 -	-	30,00 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
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