

Cotisation 2022 : +3,8%

L'Assemblée Générale du 23/11/21 a largement débattu du montant de la cotisation 2022 : parmi trois hypothèses présentées par le Conseil d'Administration, les délégués ont choisi la moins élevée, avec une cotisation, pour la catégorie 1, de **79,90 EUR** (soit une hausse de **3,8%**), en acceptant cependant comme corollaire un **déficit** prévisionnel de 38 500 EUR.

Cette décision des représentants des adhérents est fondée sur :

1. le constat d'une **hausse sensible** de nos dépenses de santé en 2021, notamment en raison de la montée en charge du 100% santé (cf. plus bas) ;
2. un contexte général d'augmentation des dépenses au niveau **national** (pour les mêmes raisons), avec une hausse moyenne annoncée des cotisations **de l'ordre de 6%**, pour l'ensemble des complémentaires santé ;
3. une relative difficulté à distinguer, dès maintenant, la part **structurelle** de la hausse des remboursements (notamment en dentaire et audiologie), de celle, non reproductible, due à un effet **report** (soins n'ayant pu être effectués en 2020) et à un effet **d'appel** du 100% Santé (accès à des soins différés pour raison financières)
4. un niveau de réserves financières* permettant d'absorber le déficit envisagé, le temps d'y voir plus clair.

(* Cf. dossier « Comptes 2020 » M@g 24 d'octobre 2021 – page 10

Invalides : cotisation réduite

Les adhérents ou ayant-droits invalides étaient jusqu'ici classés en catégorie 1 de bénéficiaires. Or, ils sont exonérés du ticket modérateur pour l'ensemble des pathologies soignées, en application de l'article R160-10 du code de la Sécurité Sociale.

Une étude réalisée sur nos dépenses de 2019 à 2021 montre bien un niveau de remboursement des invalides très sensiblement inférieur à celui de l'ensemble des personnes protégées.

Les complémentaires santé ne prennent, en général, pas en compte cette situation de moindres remboursements liée à la réglementation : un tarif de cotisation prenant en compte la situation spécifique des invalides peut nous permettre de recruter de nouveaux adhérents.

A l'unanimité et en connaissance de ces éléments, l'Assemblée Générale du 23/11/21 a décidé de classer les adhérents ou ayant-droits invalides, quel que soit leur âge, en catégorie 2 de cotisation.

Les adhérents ou ayant-droit concernés par cette modification de leur catégorie de cotisation devront adresser à la mutuelle une copie de leur attestation de droits à l'assurance maladie.

Pour des raisons pratiques de mise en place du dispositif, avec notamment la nécessité de fournir un justificatif, la mesure entrera en vigueur le mois suivant la date d'envoi du justificatif et au plus tôt le 01/02/22 (sans effet rétroactif).

Le 100% Santé : une vraie aide à l'accès aux soins ... à la charge des mutuelles

Depuis 2019, le dispositif du 100% Santé est progressivement entré en application et permet aujourd'hui des soins sans reste à charge, dans les domaines des aides auditives, des équipements optiques et des prothèses dentaires. Il s'agit incontestablement d'une aide réelle pour faciliter l'accès aux soins, auxquels avaient sans doute renoncé de nombreux malades, pour des raisons financières.

Gardons à l'esprit que le 100% Santé est matérialisé par une amélioration tarifaire de la prise en charge, principalement supportée par votre mutuelle. Ainsi, sur le prix de vente d'une aide auditive éligible au 100% Santé, fixé à 910,00 EUR, votre mutuelle rembourse 710,00 EUR, soit 75% de ce prix.

Dans le domaine des prothèses dentaires, les dépenses par personne protégée sont passées de 66,12 EUR en 2020 à 119,56 EUR en 2021 (dont 90,13 EUR pour le 100% Santé). Même si une part de ces 81% d'augmentation est probablement liée au report de soins qui auraient dû être faits en 2020, il est indéniable que la plus grosse part est en rapport avec l'amélioration de la prise en charge et constitue une augmentation structurelle de nos remboursements de soins.

Comme vous le voyez, à la lecture de ces quelques exemples, le 100% Santé se traduit par un réel effort financier mis à la charge de votre mutuelle, autrement dit de la solidarité entre adhérents. Contrairement à ce que prétend Olivier Véran, il a forcément des conséquences sur nos dépenses de santé, donc **SUR NOS COTISATIONS !!!**



Cotisations 2022

cotisation mensuelle « complémentaire santé et prévoyance » ⁽¹⁾

<input type="checkbox"/> catégorie 1	adhérent ou ayant droit, de + de 60 ans	70,91 EUR HT	79,90 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 2	adhérent ou ayant droit, jusqu'à 60 ans ou invalide	53,16 EUR HT	59,90 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 3	écolier, étudiant, chômeur, de moins de 28 ans	28,41 EUR HT	32,00 EUR TTC
<input type="checkbox"/> catégorie 4	3 ^e enfant et suivants, jusqu'à 20 ans	gratuit	gratuit

cotisation annuelle « en dispense de cotisation santé » ⁽¹⁾

<input type="checkbox"/> toutes catégories	salariés, assujettis à une CSO	60,00 EUR HT	60,00 EUR TTC
---	--------------------------------	---------------------	----------------------

(1) y compris Garantie Décès, Assistance Santé et Protection Juridique Santé

MIPSS Auvergne : tableau des prestations du contrat individuel au 01/01/22

Les remboursements effectués par la mutuelle sont conformes à la réglementation du « contrat responsable » et sont limités aux dépenses engagées pour des soins prescrits et, sauf exceptions indiquées, pris en charge par l'AMO (1).

Les participations forfaitaires, les franchises et les majorations pour consultation hors parcours de soins sont exclues.

Nature des soins ou des prestations	Part AMO (1,2)	Part MIPSS (2)		
		Dépassement ou TM obligatoire (3)	Dépassement ou TM facultatif (4)	Limites de remboursement ou précision complémentaire
Consultations et Visites (médecine générale et autres spécialités)	70%	30%	-	
Actes médicaux de moins de 120 EUR en ambulatoire	70%	30%	-	
Actes médicaux lourds (120 EUR et plus) en ambulatoire (5)	100%	24,00 EUR	-	
Actes d'imagerie	70%	30%	-	
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes, ...)	60%	40%	-	
Analyses, examens de laboratoire	60%	40%	-	
Frais de transport et de déplacement	65%	35%	-	
Pharmacie : Vaccination	70%	30%	-	honoraires VGP
Pharmacie : Honoraires de Dispensation (6)	65%	35%	-	honoraires HDA, HDE, HDR
Pharmacie : Service Médical Rendu majeur ou important	65%	35%	-	antérieurement « vignettes blanches »
Pharmacie : Service Médical Rendu modéré	30%	-	70%	antérieurement « vignettes bleues »
Pharmacie : Médicaments homéopathiques non pris en charge par l'AMO	-	-	2,50 EUR/tube	sur prescription médicale
Soins dentaires	70%	30%	-	
Prothèses dentaires éligibles au 100% Santé (7)	70%	100% santé	-	
Prothèses dentaires hors 100% Santé	70%	30%	175%	le dépassement inclut le TM
Orthodontie	100%	-	100%	
Optique : équipements éligibles au 100% Santé (7)	65%	100% santé	-	tous les 2 ans (sauf dérogations)
Optique hors 100% Santé : 2 verres simples (8)	65%	35%	95,00 EUR	le dépassement inclut le TM.
Optique hors 100% Santé : 1 verre simple et 1 complexe/très complexe (8)	65%	35%	125,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans (1 an si évolution de la vue ou moins de 16 ans)
Optique hors 100% Santé : 2 verres complexes/très complexes (8)	65%	35%	200,00 EUR	
Optique : lentilles prises en charge par l'AMO	65%	35%	95,00 EUR/an	le dépassement inclut le TM
Optique : lentilles non prises en charge par l'AMO	-	-	95,00 EUR/an	
Optique : chirurgie réfractive (9)	-	-	200,00 EUR	forfait par œil
Petit appareillage (matériel de contention, orthèses, ...)	60%	40%	-	
Grand appareillage (prothèse oculaire, faciale, fauteuil, ...)	100%	-	200%	
Aides auditives : équipements éligibles au 100% Santé (7)	65%	100% santé	-	(710,00 EUR par oreille) tous les 4 ans
Aides auditives hors 100% Santé (par oreille)	60%	-	550,00 EUR	tous les 4 ans
Actes médicaux de moins de 120 EUR en hospitalisation	80%	20%	-	
Actes médicaux lourds (120 EUR et plus) en hospitalisation (5)	100%	24,00 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) (10)	-	20,00 EUR/jour	-	sans limite de durée
Forfait hospitalier journalier en établissement psychiatrique (FHJ) (10)	-	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	-	-	30,00 EUR/jour	limité à 30 jours (par motif de séjour)
Cure thermale - honoraires et soins	70%	-	30%	
Cure thermale (hébergement – transport)	65%	-	35%	
Cure thermale avec hébergement non prise en charge par l'AMO	-	-	67,50 EUR	forfait hébergement et transport
Cure thermale sans hébergement non prise en charge par l'AMO	-	-	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

La prise en charge des prestations sur fond vert est soumise à un délai de stage de 3 mois à compter de l'adhésion.

(1) « AMO » signifie Assurance Maladie Obligatoire ; il s'agit, dans la plupart des cas, de votre CPAM.

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

(3) ticket modérateur (TM) ou dépassement dont la prise en charge est rendue obligatoire par l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale.

(4) ticket modérateur (TM) ou dépassement pris en charge, hors contrat responsable (l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale).

(5) actes médicaux lourds : la « part AMO » est de 100% de la Base de Remboursement moins le Ticket Modérateur Forfaitaire de 24,00 EUR.

(6) honoraires de délivrance des médicaments remboursables, facturés par les pharmaciens d'officine.

(7) prise en charge de 100% des frais restant à charge, après participation de l'AMO et dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV).

(8) le montant maximum alloué pour la monture, inclus dans les remboursements indiqués, est de 30,00 EUR.

(9) actes de chirurgie ophtalmique destinés à corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.

(10) séjours en hospitalisation complète en services MCOO, SSR et PSY, hors MAS et EHPAD.