

Statuts et Règlement Mutualiste

Les modifications de nos statuts et de notre Règlement Mutualiste sont de la compétence de l'Assemblée Générale. Après chaque vote de modification, ces textes (qui sont les référentiels dans nos rapports entre la mutuelle et ses adhérents) sont mis à jour et publiés sur le site internet de la MIPSS Auvergne.

Pour consulter la dernière version de ces documents :
<https://mipss-auvergne.fr> (rubrique Nos garanties/Documents)

Garantie « Prothèse capillaire »

En Assemblée Générale du 21/11/22, vos délégués ont adopté une modification du Règlement Mutualiste créant une participation de 250,00 EUR, en complément du remboursement de 250,00 EUR par la CPAM, pour l'achat d'une prothèse capillaire de classe 2, dont le prix limite de vente est de 700,00 EUR.

Ces articles sont prescrits à la suite d'une perte de cheveux, en raison d'une maladie ou de son traitement (chimiothérapie, ...).

Changement de contrat Obsèques

Il y a **plusieurs années**, l'assureur de notre « indemnité funéraire (l'UNMOS) avait transformé ce contrat en un « Capital Obsèques », nous contraignant à **une gestion complexe des bénéficiaires** (notion de désignation expresse pour ceux qui le souhaitaient ou bénéficiaires par défaut, pour les autres).

A la disparition de l'UNMOS, l'UNMI est devenu l'assureur de ce contrat, dont elle a modifié le nom et le contenu, avec l'instauration d'un délai de carence pour les nouveaux adhérents.

Ce contrat s'éloignant de plus en plus de la garantie historique de type indemnité funéraire voulue par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration a décidé d'initier un retour aux sources.

A compter du 01/01/23, la garantie « Indemnité Obsèques » remplace l'ancien contrat. Assurée par la CIPREV, elle permettra le versement d'une indemnité de 1 220,00 EUR (montant inchangé), à la personne ayant réglé les frais d'obsèques.

Les désignations de bénéficiaires attachées à l'ancien contrat « Garantie Décès » sont donc caduques à compter du 01/01/23.

Nos cotisations 2023

En Assemblée Générale du 23/11/21, vos délégués avaient voté pour la cotisation la moins élevée (79,90 EUR pour la catégorie 1) qui leur était proposée par le Conseil d'Administration, envisageant alors l'hypothèse que la **hausse sensible** de nos dépenses de santé en 2021 provenait, pour une part importante mais **non reproductible**, d'un effet **report** (soins n'ayant pu être effectués en 2020) et d'un effet **d'appel** lié au 100% Santé (accès à des soins jusqu'ici différés pour raison financières).

Cette hypothèse optimiste, faite il y a un an, est malheureusement **contredite par nos dépenses de santé 2022** qui se maintiennent au niveau (**élevé**) de l'exercice précédent. Citons, par exemple, les remboursements de prothèses dentaires par personne protégée qui étaient de 85,45 EUR en 2020, ont bondi à 127,73 EUR en 2021 et devraient rester au niveau élevé de 122,19 EUR en 2022 (estimation). Pour mémoire, notre cotisation 2022 était calculée sur une hypothèse de dépense de prothèses dentaires de 100,38 EUR.

Dans ce contexte d'augmentation durable des remboursements de soins, il devient inévitable d'augmenter en parallèle les ressources de la mutuelle en 2023, même si notre volonté commune est bien de **limiter** l'effort sur la cotisation.

Réunis en Assemblée Générale ce 21/11/22, vos délégués ont adopté une cotisation 2023 à **85,20 EUR** (catégorie 1) : en tant qu'adhérents comme nous tous, ils ont conscience qu'il s'agit d'une hausse sensible de celle-ci (+ 6,6% par rapport à la cotisation de 2022). Pour autant, ils souhaitent mettre en évidence que l'effort demandé aux adhérents est associé à une contribution des réserves financières de la mutuelle au budget 2023 : ce dernier intègre en effet une prévision de déficit de 32 000,00 EUR qui s'imputerait sur ces réserves. Il est important de comprendre que **ce mécanisme, permis par la bonne santé financière de notre mutuelle, vient pondérer la hausse de notre cotisation.**

Pour en savoir plus : dossier « Comptes 2020 » (M@g 24 d'octobre 2021) et dossier « Comptes 2021 » (M@g 26 d'octobre 2022).

Montant des cotisations 2023

cotisation mensuelle « complémentaire santé et prévoyance » ⁽¹⁾

<input type="checkbox"/>	catégorie 1	adhérent ou ayant droit, de + de 60 ans	75,69 EUR HT	85,20 EUR TTC
<input type="checkbox"/>	catégorie 2	adhérent ou ayant droit, jusqu'à 60 ans ou invalide	56,77 EUR HT	63,90 EUR TTC
<input type="checkbox"/>	catégorie 3	écolier, étudiant, chômeur, de moins de 28 ans	30,40 EUR HT	34,20 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	72,00 EUR HT	72,00 EUR TTC
--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------	----------------------

(1) y compris les garanties Indemnité Obsèques, Assistance Santé, Protection Juridique Santé et Deuxième Avis Médical

Information réglementaire : la résiliation à l'initiative de l'adhérent est possible à tout moment après la 1^e année de souscription.

MIPSS Auvergne : tableau des prestations du contrat individuel au 01/01/23

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%	-	
Prothèse capillaire classe 2 (prix limite de vente de 700,00 EUR)	100%	-	250,00 EUR	tous les ans
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 patient urgence (passage aux Urgences sans hospitalisation)	-	100%	-	19,61 EUR
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%	-	
Assistance Santé et Protection Juridique Santé	-	-	variable	cf. notice d'information de cette garantie
Indemnité Obsèques	-	-	1 220,00 EUR	cf. notice d'information de cette garantie
Deuxième Avis Médical	-	-	-	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.