

## 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)

## Chambre particulière : 40 jours

L'Assemblée Générale de ce 20/11/23 a approuvé une modification de notre Règlement Mutualiste concernant le supplément « Chambre particulière ».

A compter du 01/01/24, le supplément de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical, de 25,00 EUR par jour, sera remboursé durant **40 jours par année mobile**.

Pour mémoire : ce supplément n'est facturable par l'établissement qu'en cas de **demande expresse** du patient. Vérifiez qu'il n'est pas facturé si vous êtes placé spontanément en chambre à un lit.

## Catégories de bénéficiaires

Nous avons toujours fait vivre une solidarité fondée sur **l'absence de tranches d'âge**, en dehors d'exceptions (enfants, invalides) elles-mêmes mettant en œuvre des règles de solidarité.

Cependant, notre Règlement Mutualiste établit une distinction avant et après 60 ans ... qui a eu sa raison d'être : lors de la mise en place de la complémentaire obligatoire dans l'institution, nous voulions ne pas dissuader, par le tarif de cotisation, les quelques actifs que nous comptons dans nos effectifs. D'autre part, 60 ans était alors l'âge légal du départ en retraite.

Ce critère d'âge pose aujourd'hui 3 problèmes :

1. il vient contredire nos principes, rendant notre discours ambigu,
2. il ne correspond plus à l'âge de départ en retraite,
3. il est prohibé dans les contrats collectifs à adhésion obligatoire.

L'Assemblée Générale a décidé qu'à compter du 01/01/24, **l'âge ne sera plus utilisé** pour distinguer la catégorie 1 et la catégorie 2 (cf. encart « montant des cotisations 2024 » ci-dessous).

Ainsi, en catégorie 2, les termes « **en activité salariée** ou situation équivalente » remplacent « jusqu'à son 60ème anniversaire ».

## Nos cotisations 2024

Réunis en Assemblée Générale ce 20/11/23, vos délégués ont examiné avec attention les dépenses de santé de ces dernières années et les projections faites par le Conseil d'Administration pour 2023 et 2024 : force a été de constater que nos remboursements par personne protégée sont en **hausse notable** : 639,61 EUR en 2021, 688,86 EUR en 2022, 738,41 EUR en 2023 (projection). **Soit + 15,45% sur 3 ans**.

Le dispositif du « 100% Santé » est le principal responsable de cette hausse de nos dépenses de santé. Il a certes facilité l'accès aux soins en optique, dentaire et audiologie pour beaucoup d'entre nous et nous devons en être satisfaits. Mais il constitue aussi un **marché de dupes** : les pouvoirs publics, la Sécu et les professionnels de santé ont construit le dispositif, en faisant en sorte qu'il soit payé par les complémentaires santé, dont votre mutuelle ... avec les cotisations de ses adhérents !

Ces hausses de dépenses de santé ont été financées par des hausses de nos cotisations mais aussi par les réserves de la mutuelle, à hauteur de **162 000,00 EUR sur 3 ans**. Cette utilisation de nos réserves pour **soulager le porte-monnaie** des adhérents est probablement une excellente solution à court terme mais la pérennité de notre mutuelle exige que nous soyons vigilants sur l'usage de nos réserves. Autrement dit et comme l'ont souligné les délégués, nous ne pouvons pas durablement générer des déficits, sous peine de ne plus avoir dans quelques années, **ni marges** de manœuvre, **ni revenus** de placement (venant en diminution du montant de nos cotisations).

Au final, vos délégués ont, dans un contexte de hausse généralisée des cotisations des complémentaires santé, adopté une voie médiane entre la préservation des réserves de la mutuelle et le maintien d'une acceptabilité de la cotisation : ils ont décidé d'adopter une cotisation, certes en **hausse** sensible mais qui cible un **déficit** prévisionnel de 20 000,00 EUR, **soulageant**, encore en 2024, la contribution des adhérents.

Pour en savoir plus : dossier « Comptes 2021 » (M@g 26 d'octobre 2022) et dossier « Comptes 2022 » (M@g 28 d'octobre 2023).

## Montant des cotisations 2024

### cotisation mensuelle « complémentaire santé et prévoyance » <sup>(1)</sup>

<input type="checkbox"/> <b>catégorie 1</b>	adhérent ou ayant droit, cas général	<b>82,73 EUR HT</b>	<b>93,30 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 2</b>	adhérent ou ayant droit, salarié ou invalide	<b>62,07 EUR HT</b>	<b>70,00 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 3</b>	écolier, étudiant, chômeur, de moins de 28 ans	<b>33,17 EUR HT</b>	<b>37,40 EUR TTC</b>
<input type="checkbox"/> <b>catégorie 4</b>	3 <sup>e</sup> enfant et suivants, jusqu'à 20 ans	<b>gratuit</b>	<b>gratuit</b>

### cotisation annuelle « en dispense de cotisation santé » <sup>(1)</sup>

<input type="checkbox"/> <b>toutes catégories</b>	salariés, assujettis à une CSO	<b>72,00 EUR HT</b>	<b>72,00 EUR TTC</b>
---	--------------------------------	---------------------	----------------------

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

## MIPSS Auvergne : tableau des prestations du contrat individuel au 01/01/24

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 <sup>1</sup>.

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

Nature des soins ou des prestations	Part AMO <sup>1,2</sup>	Part MIPSS <sup>2</sup>		
		Dépassement ou TM obligatoire <sup>3</sup>	Dépassement ou TM facultatif <sup>4</sup>	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 <sup>5</sup>	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 <sup>6</sup>	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	60%	40%	-	
Prothèses dentaires éligibles au 100% Santé <sup>7</sup>	60%	100% santé	-	
Prothèses dentaires <b>hors</b> 100% Santé	60%	40%	175%	le dépassement inclut le TM
Orthodontie	100%	-	100%	
Optique : équipements éligibles au 100% Santé <sup>7</sup>	65%	100% santé	-	tous les 2 ans (sauf dérogations)
Optique <b>hors</b> 100% Santé : 2 verres simples <sup>8</sup>	65%	35%	95,00 EUR	le dépassement inclut le TM.
Optique <b>hors</b> 100% Santé : 1 verre simple et 1 complexe/très complexe <sup>8</sup>	65%	35%	125,00 EUR	1 remboursement tous les 2 ans (1 an si évolution de la vue ou moins de 16 ans)
Optique <b>hors</b> 100% Santé : 2 verres complexes/très complexes <sup>8</sup>	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 <sup>9</sup>	-	-	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 <sup>7</sup>	65%	100% santé	-	(710,00 EUR par oreille) tous les 4 ans
Aides auditives <b>hors</b> 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 <sup>5</sup>	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 40 jours (par année mobile)
Forfait patient urgence (passage aux Urgences sans hospitalisation)	-	100%	-	19,61 EUR
Forfait hospitalier journalier en établissement de soins (FHJ) <sup>10</sup>	-	20,00 EUR/jour	-	sans limite de durée
Forfait hospitalier journalier en établissement psychiatrique (FHJ) <sup>10</sup>	-	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.