

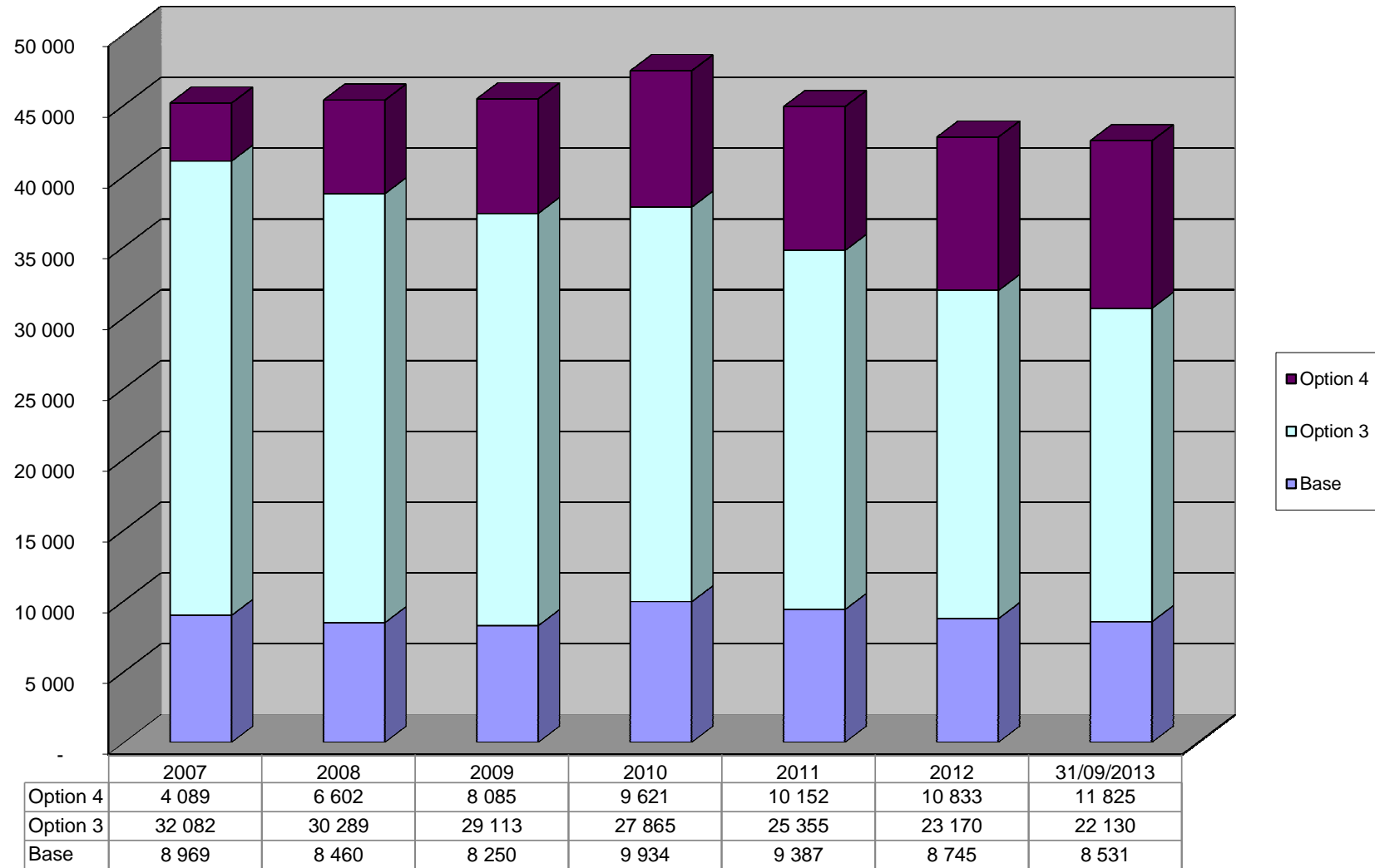
# Résultats 2005-2013

Commission mutuelle du 13 novembre 2013

# Sommaire

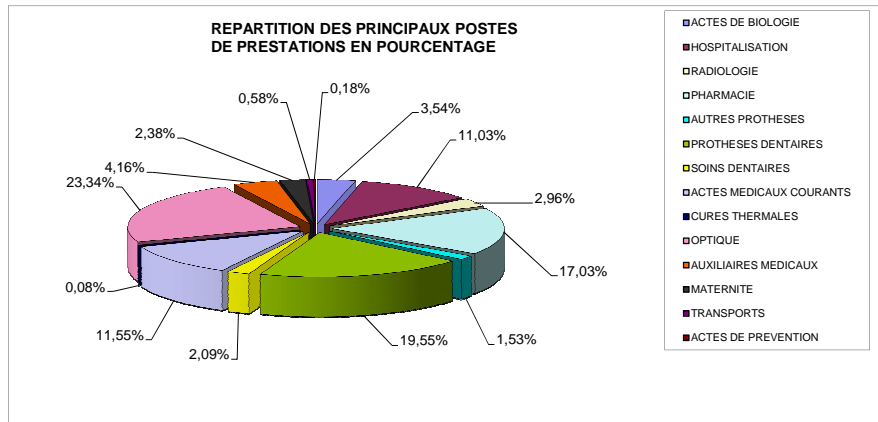
- 1 Bénéficiaires
- 2 Statistiques 2009/2013
- 3 Rappels 2013
- 4 Résultats 2005-2013
- 5 Tendances 2013
- 6 Budgets 2014

# Santé – Bénéficiaires

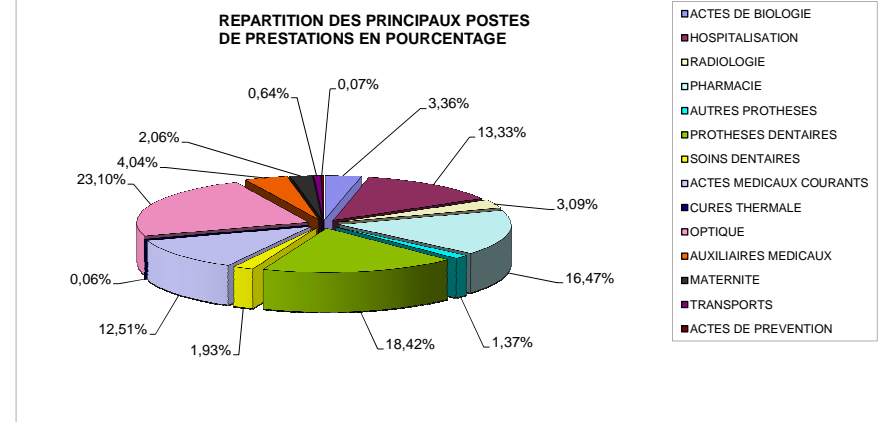


# Statistiques 2010-2013

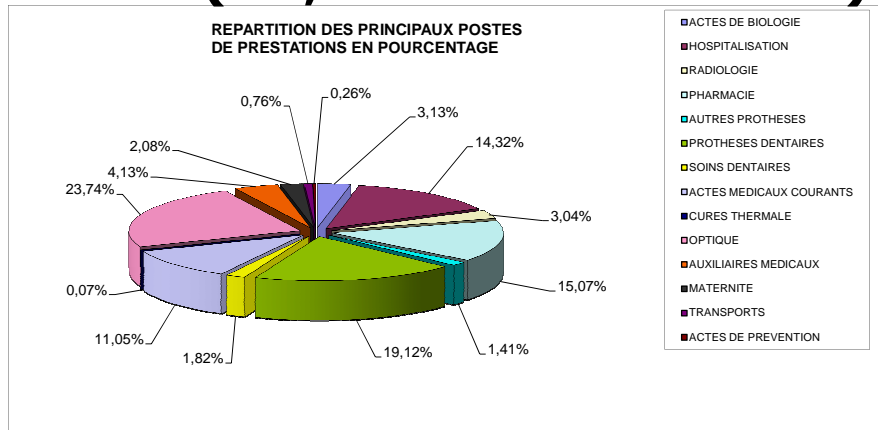
## 2010 (11,8 M€ remboursés)



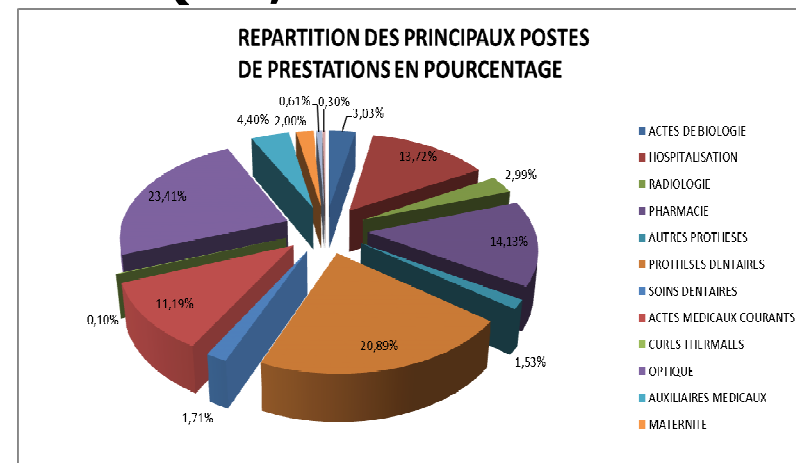
## 2011 (11,8 M€ remboursés)



## 2012 (11,9 M€ remboursés)



## 2013 (13,2 M€ remboursés) \*



# Impact taxe sur 2012/2013

	CMU	TCA	CMU + TCA	Cotisations k€	Taxes k€
1998		7,00%	7,00%		
1999		7,00%	7,00%		
2000	1,75%		1,75%		
2001	1,75%		1,75%		
2002	1,75%		1,75%		
2003	1,75%		1,75%		
2004	1,75%		1,75%		
2005	1,75%		1,75%	17 234	<b>302</b>
2006	1,75%		1,75%	18 673	<b>327</b>
2007	2,50%		2,50%	21 425	<b>536</b>
2008	2,50%		2,50%	22 150	<b>554</b>
2009	<b>5,90%</b>		5,90%	24 145	<b>1 425</b>
2010	<b>6,34%</b>		6,34%	25 060	<b>1 589</b>
1 2 3 T 2011	<b>6,27%</b>	<b>3,50%</b>	<b>9,77%</b>	19 000	1 383
4 T 2011	<b>6,27%</b>	<b>7,00%</b>	<b>13,27%</b>	6 903	976
2011 *				<b>25 903</b>	<b>2 359</b>
2012	<b>6,27%</b>	7,00%	13,27%	26 218	<b>3 073</b>
2013 (8 mois)	<b>6,27%</b>	<b>7,00%</b>	<b>13,27%</b>	<b>18 417</b>	<b>2 158</b>

\* Depuis 2011, les taxes sont calculées sur la prime HT.

# Santé : Résultats 2005-2013

CAPAVES (k€)	BASE	OPTION 3	OPTION 4	Suspendu	TOTAL
Résultat 2005-2010	- 791	- 83	314	- 570	- 1 130
Résultat 2011	- 300	- 20	20	100	- 200
Résultat 2012	2 597	209	214	291	3 312
Cotisations brutes	16 134	956	1 326	636	19 052
CMU/TCA	1 891	112	155	75	2 233
Cotisations HT	14 243	844	1 171	561	16 819
Frais de gestion	1 139	68	94	45	1 346
Cotisations nettes	13 104	776	1 077	517	15 474
Prestations	11 443	737	1 059	345	13 584
Provisions	1 144	74	106	34	1 358
Reprises Provisions	- 1 376	- 82	- 98	- 39	- 1 595
Dépenses totales	11 211	729	1 067	340	13 347
Résultat 2013	1 893	47	10	177	2 127
P/C	86 %	94 %	99 %	66 %	86 %
Résultats 2005 - 2013	3 399	154	558	- 2	4 108

8  
mois

Mis en  
réserves

# Tendances 2013

	base	option 3	option 4	Suspendu	Total	
2	Dépenses au 31/8	11 963	710	851	339	13 863
0	Dépenses finales	18 785	1 107	1 350	520	21 762
1		64%	64%	63%	65%	64%
2	Cotisations au 31/8	14 947	928	1 118	577	17 570
	Cotisations totales	22 296	1 373	1 681	868	26 218
		67%	68%	67%	66%	67%
	Résultats	2 597	209	214	291	<u>3 312</u>
		base	option 3	option 4	Suspendu	Total
	Dépenses au 31/8	11 443	737	1 059	345	13 584
2	Dépenses finales	<b>17 968</b>	<b>1 149</b>	<b>1 680</b>	<b>529</b>	<b>21 327</b>
0		64%	64%	63%	65%	64%
1	Cotisations au 31/8	16 134	956	1 326	636	19 052
3	Cotisations totales	<b>24 067</b>	<b>1 414</b>	<b>1 994</b>	<b>957</b>	<b>28 432</b>
		67%	68%	67%	66%	67%
	Résultats	<b>1 677</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>52</b>	<b>252</b>
						<u><b>1 882</b></u>

# Tarifs 2013

% PMSS	2009	oct-09	2010	2011	2012	2013
Base	2,57 %	2,64 %	2,64 %	2,79 %	2,89 %	2,89 %
Option 3	0,36 %	0,36 %	0,36 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %
Option 4	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,03 %	1,05 %	1,05 %

€ (total)	2009	oct-09	2010	2011	2012	2013
Base	73,48	75,48	76,16	82,19	87,60	89,19
Option 3	83,77	85,77	86,55	93,09	99,11	100,91
Option 4	102,07	104,07	105,01	112,54	119,42	121,59

12/11	13/12
6,57%	1,81%
6,47%	1,81%
6,12%	1,81%

€ (salarié)	2009	oct-09	2010	2011	2012	2013
Base	36,74	37,74	38,08	41,10	43,80	44,59
Option 3	47,03	48,03	48,47	52,00	55,32	56,32
Option 4	65,33	66,33	66,93	71,44	75,62	77,00

12/11	13/12
2,70	0,79
3,32	1,00
4,18	1,37



# ANI

Des négociations sociales ont abouti à la signature d'un Accord National Interprofessionnel (ANI) le 11 janvier 2013 relatif à la sécurisation de l'emploi :

**Cet ANI s'est traduit en une loi qui a été adoptée le 14 mai 2013 par le Parlement :**

Ce texte aborde de nombreux sujets et notamment de la protection sociale complémentaire dans son article 1<sup>er</sup>.

Cet article prévoit:

- la généralisation d'une couverture collective obligatoire en santé,
- la définition d'une couverture minimale en santé,
- une évolution de la portabilité des droits,
- en cas de mutualisation des risques ou de recommandation d'un organisme assureur, l'application de règles de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement.

# ANI

La loi introduit un nouvel article (L. 911-7) dans le code de la Sécurité sociale qui définit la couverture minimale qui doit être proposée au niveau de la branche d'activité ou de l'entreprise – employeur.

Elle comprend **la prise en charge (totale ou partielle)** :

- Du ticket modérateur (TM) pour les prestations prises en charge par la Sécurité sociale,
- Le forfait journalier (18€),
- Le reste à charge (au-delà du TM) pour :
  - les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale,
  - certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement (exemples possibles: petit appareillage, seringue, pansement, bas de contention, ...).

Un décret à venir fixera le niveau de prise en charge, les dispenses d'affiliation et les adaptations pour les salariés relevant du régime Alsace/Moselle.

- Les contrats souscrits dans le cadre de cette couverture devront être solidaires et responsables.
- Cette couverture sera financée au minimum à 50% par l'employeur
- Ouverture des négociations de branche = 1er juin 2013
- Date d'entrée en vigueur de la couverture minimale = 1er janvier 2016

# ANI

A compter du **1<sup>er</sup> juin 2014** pour les frais de santé et du **1<sup>er</sup> juin 2015** pour la prévoyance, les salariés:

- bénéficiant d'une couverture collective,
- dont le contrat de travail est rompu (à l'exclusion d'une faute lourde),
- ouvrant droit à prise en charge par l'assurance chômage,

bénéficieront d'un maintien à titre gratuit de la couverture collective.

Financement : mutualisation obligatoire (le cofinancement ne sera plus envisageable)

Durée maximale : la durée du dernier contrat de travail et au maximum 12 mois (au lieu de 9 mois)

Bénéficiaires: le salarié et ses ayants droit (nouvelle précision)

L'employeur devra indiquer le maintien dans le certificat de travail (nouveau).

# Évolution 2014

## Report de la période transitoire du 1/1/2014 au 1/7/2014

Catégories objectives : Bien revoir la notion de non cadres

Condition d'ancienneté: A compter du 1/7/2014, 6 mois versus 12 mois

# Budget 2014

% PMSS	2010	2011	2012	2013	2014
Base	2,64 %	2,79 %	2,89 %	2,89 %	2,89 %
Option 3	0,36 %	0,37 %	0,38 %	0,38 %	0,38 %
Option 4	1,00 %	1,03 %	1,05 %	1,05 %	1,05 %

€ (total)	2010	2011	2012	2013	2014
Base	76,16	82,19	87,60	89,19	90,43
Option 3	86,55	93,09	99,11	100,91	102,32
Option 4	105,01	112,54	119,42	121,59	123,28

14/13
1,39%
1,39%
1,39%

€ (salarié)	2010	2011	2012	2013	2014
Base	38,08	41,10	43,80	44,59	45,21
Option 3	48,47	52,00	55,32	56,32	57,10
Option 4	66,93	71,44	75,62	77,00	78,07

14/13
0,62
0,78
1,07

# Contrat de Base

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS SS	PRESTATIONS SS + CAPAVES
<b>Actes médicaux et paramédicaux</b>		
Médecins généralistes conventionnés	70% du BR.	200% du BR
«Médecins spécialistes conventionnés	70% du BR.	300% du BR.
Auxiliaires, soins infirmiers, kinésithérapie, secteur conventionné	60% du BR.	200% du BR.
<b>Pharmacie (Exclusion : pharmacie non remboursable par la SS)</b>		Tiers payant
Médicaments de confort	35% du BR.	100% du BR.
Autres médicaments	65% du BR.	100% du BR.
TIPS	65% du BR.	100% des frais réels.
<b>Appareillage Orthopédique</b>	65% du BR.	400% du BR.
<b>Appareillage Acoustique</b>	65% du BR.	400% du BR.
<b>Analyses- Laboratoires secteur conventionné</b>	60% du BR.	200% du BR.
<b>Radiologie secteur conventionné</b>	70% du BR.	200% du BR.
Hospitalisations médicales conventionnées	80% du BR.	480% du BR
Hospitalisations médicales non conventionnées	80% du TA.	90% des frais réels limités à 80% du tarif d'autorité + 400% du BR.
Hospitalisations chirurgicales conventionnées	100% du BR.	500% du BR.
Hospitalisations chirurgicales non conventionnées	100% du TA.	90% des frais réels limités à 100% du tarif d'autorité + 400% du BR.
Forfait hospitalier	Néant.	100% des frais réels.
Chambre particulière hors maternité	Néant.	Frais réels limités à 100 euros/jour.
Frais d'accompagnement enfant (lit+repas) jusqu'à 12 ans	Néant.	Frais réels limités à 80 euros/nuit.
<b>Cures Thermales prises en charge par la Sécurité Sociale</b>	65% du BR.	65% du BR + 200 euros.
<b>Transports ambulanciers</b>	65% du BR.	300% du BR.
<b>Maternité (excluant tout autre remboursement concernant la maternité)</b>	100% du BR.	100% du BR + forfait de 400 euros.
<b>Garantie Assistance</b>	Néant.	Souscrite.

# Options (Optique)

NATURE DES ACTES	SS	BASE	OPTION 3 *	OPTION 4
Montures acceptées	65% du BR.	90% des frais réels limités à 65% du BR + 150 euros/an/bénéficiaire.	300 % RSS + 150 euros/an/bénéficiaire.	400 % RSS + 150 euros/an/bénéficiaire.
Verres acceptées	65% du BR.	200 % RSS + 150 euros/an/bénéficiaire.	300 % RSS + 250 euros/an/bénéficiaire.	400 % RSS + 400 euros/an/bénéficiaire.
Lentilles non jetables acceptées (la paire)	65% du BR.	200 % RSS + 150 euros/an/bénéficiaire.	300 % RSS + 200 euros/an/bénéficiaire.	400 % RSS + 250 euros/an/bénéficiaire.
Lentilles jetables acceptées (l'ensemble)	65% du BR.	200 % RSS + 150 euros/an/bénéficiaire.	300 % RSS + 200 euros/an/bénéficiaire.	400 % RSS + 250 euros/an/bénéficiaire.
Lentilles non jetables rejetées figurant à la nomenclature (la paire)	Néant.	150 euros/an/bénéficiaire.	200 euros/an/bénéficiaire.	250 euros/an/bénéficiaire.
Lentilles jetables rejetées figurant à la nomenclature (par an)	Néant.	150 euros/an/bénéficiaire.	200 euros/an/bénéficiaire.	250 euros/an/bénéficiaire.
Chirurgie de la Myopie	Néant.	150 euros/an/bénéficiaire.	250 euros/an/bénéficiaire.	400 euros/an/bénéficiaire.

\* 1 appareillage tous les 2 ans pour les adultes, et 1 appareillage par an pour les autres sauf nouvelle prescription.

# Options (Soins dentaires)

NATURE DES ACTES	SS	Base	OPTION 3	OPTION 4
Soins conventionnés	70% du BR.	200% du BR.	300% du BR.	400% du BR.
Prothèses acceptées	70% du BR.	95% des Frais réels à concurrence de 200% du BR et 80% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 200 et 400% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 300% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 300 et 500% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 400% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 400 et 600% du BR.**
Orthodontie acceptée (jusqu'à 16 ans)	100% du BR.	95% des Frais réels à concurrence de 200% du BR et 80% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 200 et 400% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 300% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 300 et 500% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 400% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 400 et 600% du BR.**
Prothèses rejetées remboursables par la Sécurité Sociale	Néant.	95% des Frais réels à concurrence de 200% du BR et 80% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 200 et 400% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 300% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 300 et 500% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 400% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 400 et 600% du BR.**
Orthodontie rejetée remboursable par la Sécurité Sociale	Néant.	95% des Frais réels à concurrence de 200% du BR et 80% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 200 et 400% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 300% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 300 et 500% du BR.**	100% des Frais réels à concurrence de 400% du BR et 90% des frais réels au delà, pour la tranche comprise entre 400 et 600% du BR.**
Implantologie	Néant.	Néant.	300 % BCR	500 % BCR

\*\*La participation de la CAPAVES PREVOYANCE est limitée pour l'ensemble des prothèses et des prestations d'orthodontie à (75% - 100%) - 100% du PMSS/an/bénéficiaire.



# Option 4

NATURE DES ACTES	PRESTATIONS SS	PRESTATIONS SS + CAPAVES
Appareillage Acoustique	65% du BR.	300% du BR + 450 euros/an/bénéficiaire.
Pilule contraceptive	Néant	70€/an/bénéficiaire
Ostéopathe	Néant.	25€/acte, maxi 5 actes