

La Défense, le 13 janvier 2020,

NOTE D'INFORMATION N° 1/2020

Objet : Réforme « 100% Santé » et nouveau Contrat santé GSA+ en 2020

Nous nous sommes rapprochés de nos partenaires gérant le contrat Santé, ALLIANZ et CEGEDIM, pour connaître les évolutions de notre contrat. Ce fut l'occasion d'évoquer avec eux les difficultés rencontrées tout au long de l'année 2019, suite à la reprise de la gestion du contrat Santé BCAC par CEGEDIM.

Vos retours sur le questionnaire relatif aux problématiques rencontrées dans cette gestion ont mis en exergue la lenteur des remboursements des frais médicaux. La priorité des collaborateurs semble être le besoin de tiers payant, surtout pour les frais importants (lunettes, dentaires), et de garanties plus élevées sur les frais d'optique.

Au terme des négociations que nous avons initiées sur le 2ème semestre 2019, nous avons pu obtenir des tarifs attractifs pour des garanties renforcées sur la surcomplémentaire. Par cette proposition, notre interlocuteur a souhaité palier aux dysfonctionnements rencontrés durant l'année 2019 sur la lenteur des remboursements, tout en maintenant des tarifs attractifs.

Cette proposition, faite par ALLIANZ, a emporté l'adhésion des membres du CSE (qui participe aux frais de santé dans le cadre des activités sociales et culturelles) ainsi que de l'ensemble des directions.

Nous sommes heureux de vous informer qu'à partir du 1er janvier 2020, nous bénéficierons du contrat option I. Les nouveaux avantages disponibles par rapport à notre contrat précédent sont les suivants :

En outre les nouvelles garanties prennent en compte la réforme du 100% santé;(reste à charge zéro), annoncée par E. MACRON au tout début de son mandat et votée pour une application dès le 1^{er} janvier 2020.

Cette réforme impose aux professionnels de santé de vous proposer deux devis dont l'un intégrant des produits remboursés en totalité sur les prestations « optique », « audio » et « dentaire ».

1. DE MEILLEURES GARANTIES :

Vous trouverez ci-dessous les différences de garanties selon les contrats :

	Garanties	
	Contrat option E – actuel	Contrat option I
Hospitalisation		
Chambre particulière	2,2% du PMSS	3,5% du PMSS
DENTAIRE		
Prothèse dentaire prise en charge par la sécu	455% de la Base RS	490% de la Base RS
Prothèse dentaire NON prise en charge par la sécu	455% de la Base RS	490% de la Base RS
Orthodontie prise en charge par la sécu	650% de la Base RS	700% de la Base RS

	Garanties	
	Contrat option E – actuel	Contrat option I
OPTIQUE		
Monture + 2 verres simples	380 €	470 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	440 €	610 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	490 €	660 €
Monture + 2 verres complexes	500 €	750 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	550 €	800 €
Monture + 2 verres très complexes	600 €	850 €
Lentilles non prises en charge par la sécu	7,6% par bénéficiaire par an	10% par bénéficiaire par an
Divers		
Actes non remboursés par la sécu (ostéo, homéopathie ...) - par an et par bénéficiaire	100 €	150 €
Médicaments prescrits et non remboursés	50 €	100 €
Cure thermale / par jour / limité à 18 jours		1 % PMSS - limite 617€

2. ACCES AU RESEAU SANTECLAIR ET MISE EN PLACE DU TIERS PAYANT

Suite au partenariat établi entre ALLIANZ et le réseau SANTECLAIR, l'ensemble des prestataires de ce réseau s'engagent à pratiquer des prix maîtrisés.

Vous pouvez retrouver les prestataires regroupés dans ce réseau sur le site internet « santeclair ».

Nous vous communiquerons prochainement les codes d'authentification pour vous permettre de vous y connecter.

Par ce biais, vous pourrez :

- Vérifier si votre médecin généraliste ou spécialiste est rattaché au réseau
- Géolocaliser un praticien rattaché au réseau et proche de chez vous ou un centre de soins
- Trouver un opticien ou audioprothésiste pratiquant des tarifs négociés
- Être conseillé par un professionnel, y compris pour de l'automédication

Le tiers payant pourra enfin être réalisé sur les postes les plus élevés que sont le dentaire, l'optique ou les prothèses auditives. Plus d'avance à réaliser ; seul le « reste à charge » éventuel sera à régler.

3. LE TIERS PAYANT +

Pour les frais médicaux hors réseau Santé Clair

4. LA TELECONSULTATION

Vous avez droit à 5 téléconsultations gratuites par an et par bénéficiaire réalisées par des médecins 24h/24 et 7 jours /7.

Les tarifs de l'option I seront applicables à partir du 1^{er} janvier 2020.

-Cotisation pour les salariés affiliés au RPP :

Le taux 2020 est de **1,58%** du plafond de la sécurité sociale (PMSS -2020 3 428€), contre **1,46%** en 2019.

Les cotisations mensuelles 2020 étaient les suivantes :

	Part CSE	Part employeur	Part salarié
Non Cadres	18,96 €	18,96 €	16,25 €
Cadres	16,25 €	16,25 €	21,66 €
Direction		27,08 €	27,08 €

Pour votre information, le coût supplémentaire par an et par salarié en 2020 sera d'environ :

- 8 € pour un salarié des classes 1 à 4
- 11 € pour un salarié des classes 5 à 7
- 13 € pour un cadre de Direction

- Cotisation pour les non affiliés au RPP et enfants :

=> Pour les salariés non affiliés au RPP et les conjoints le taux de 2,14% du PMSS.

Le montant de la cotisation 2020 est de 73,36 €.

=> Pour les enfants le taux de 1,18% du PMSS.

Le montant de la cotisation 2020 est de 40,45 €.

Les nouveaux taux du contrat santé seront intégrés sur la fiche de paie du mois de janvier 2020 dans la rubrique « retenue mutuelle ».

De nouvelles cartes mutuelles intégrant les paramètres de tiers payant vous seront adressées dans le courant du mois de janvier.

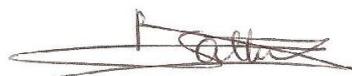
Vous trouverez en pièce jointe toutes les garanties proposées par ce nouveau contrat.

Afin de vous présenter la réforme du système de santé imposé par le ministère de la santé auprès des professionnels au 1^{er} janvier 2020, de vous présenter notre nouveau contrat et de répondre à vos interrogations,

Nous vous convions à une réunion d'information le mardi 4 février à 14h en salle Tour W1&2.

Cette note d'information ainsi que la notice du nouveau contrat santé est également disponible sur le site internet du **GSA+** dans la rubrique informations salarié.

Vous souhaitant une bonne réception,



Gaëlle BONTET
Directeur

Diffusion générale

Les garanties et les prestations

Les garanties et les prestations de votre contrat sont adaptées pour rester conformes aux conditions prévues à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (dans sa rédaction issue de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale) et son décret d'application.

Nos prestations sont complémentaires aux prestations en nature des assurances Maladie et Maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire, sauf éventuelles dispositions contraires figurant ci-après.

- Les garanties mises en vigueur sont celles citées ci-après :

Les montants figurant dans le tableau ci-dessous s'entendent sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et du Régime Professionnel de Prévoyance du personnel des sociétés d'Assurances, sauf s'il est précisé « en complément des prestations de la Sécurité sociale et du régime professionnel de prévoyance »

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés et plafonnées aux honoraires limites de facturation.

Nature des garanties	Limite de remboursements dont Sécurité sociale et RPP
Hospitalisation (y compris maternité)	
Honoraires	
Praticiens adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	1000 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Etablissements conventionnés	
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière	3,5 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	260 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Etablissements non conventionnés	
Frais de séjour	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Chambre particulière	3,5 % du P.M.S.S par jour
Transport accepté par la Sécurité sociale	260 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Frais divers	
Lit accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfant de moins de 12 ans	1 % du P.M.S.S. par jour (maximum 30 jours)
Forfait naissance	
Forfait naissance	20 % du P.M.S.S. (doublée si naissance multiple)

Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations, visites médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Consultations, visites médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités, médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	1000 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes de spécialités, médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie, médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	315 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Radiologie, médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Honoraires paramédicaux	
Auxiliaires médicaux	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoires	
Analyses et examens de laboratoire pris en charge par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Médicaments	
Médicaments (y compris vaccins pris en charge par la Sécurité sociale) remboursés par la Sécurité sociale	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale calculé : - soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, - soit sur la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les médicaments où le tarif forfaitaire de responsabilité ne peut être appliqué.
Matériel médical	
Prothèses médicales et orthopédie, appareillage (hors auditif) pris en charge par la Sécurité sociale	300 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Divers	
Cure thermale enfant prise en charge par la Sécurité sociale Séjour d'enfants dans des établissements à caractère sanitaire. Cures suivies par les enfants en soin externes	100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Cure thermale adulte prise en charge par la Sécurité sociale Séjour dans des établissements à caractère sanitaire	1 % du P.M.S.S. par jour (maximum 18 jours)
Aides auditives	
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans	
Equipements 100% Santé (*)	
Equipement de classe I	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) fixés par la réglementation.
Equipements hors 100% Santé	
Equipement de classe II	300 % de la base de remboursement dans la limite du plafond de prise en charge prévue par la réglementation

Optique

La garantie optique s'applique, à partir de la dernière facturation d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans, pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La période de 2 ans applicable aux assurés de 16ans et plus est réduite en cas d'évolution de la vue à un an pour la prise en charge d'un équipement complet.

La période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans pour les verres en cas d'évolution objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, deux équipements correspondant à chacun des deux déficits mentionnés peuvent être garantis

Equipements 100% santé (*)

Verres de classe A	100% des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)
Monture de classe A	100% des frais réels dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV)

Equipements hors 100% santé

Monture + Verres de classe B	par équipement
Pour un équipement : 2 verres simples + monture	420 € dont 100 € au maximum pour la monture
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre complexe + monture	560 € dont 100 € au maximum pour la monture
Pour un équipement : 1 verre simple + 1 verre très complexe + monture	610 € dont 100 € au maximum pour la monture
Pour un équipement : 2 verres complexes + monture	700 € dont 100 € au maximum pour la monture
Pour un équipement : 1 verre complexe + 1 verre très complexe + monture	750 € dont 100 € au maximum pour la monture
Pour un équipement : 2 verres très complexes+ monture	800 € dont 100 € au maximum pour la monture

Equipements mixtes classes A et B

	Prise en charge des verres	Prise en charge de la monture
2 Verres de classe A + monture de classe B	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci- dessus
2 Verres de classe B + monture de classe A	Dans la limite prévue à la garantie « classe B » ci-dessus	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limite de vente

Autres

Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	80 % des frais réels
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale (y compris jetables)	10 % du P.M.S.S. par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive	550 € par œil et par an
Prestations d'adaptation	100 % des frais réels dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)

Dentaire	
Soins et prothèses 100% santé (*)	
Equiperment 100% Santé	Frais réels dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF)
Soins	
Soins dentaires	210 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires	
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale	490 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitement d'orthodontie	
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	700 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Traitements dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale mais inscrites à la nomenclature de cet organisme	490 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs homéopathes et étioopathes reconnus professionnellement et habilités à effectuer de tels actes	150 € par an et par bénéficiaire pour le cumul des actes mentionnés
Médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale	50 € par an et par bénéficiaire
Actes de prévention	
Les actes de prévention (en application de l'article R871-2 II du Code de la Sécurité sociale) et listés à l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge au titre des postes dont ils relèvent et au minimum à 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.	

(*) tels que définis réglementairement dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) en dentaire et des prix limites de vente (PLV) en optique et pour les aides auditives. A compter du 1^{er} janvier 2020 en optique et dentaire (sauf prothèses amovibles) et du 1^{er} janvier 2021 en auditif et dentaire (prothèses amovibles). Les remboursements s'entendent déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire et du Régime Professionnel de Prévoyance.

Dispositions spécifiques pour les personnes ne bénéficiant pas du Régime Professionnel de Prévoyance

Le montant des prestations pour cette catégorie d'affiliés est égal au cumul du montant des prestations qu'aurait versées le Régime Professionnel si ces personnes avaient bénéficié dudit régime et celui des prestations versées au titre du contrat, sans toutefois que ce cumul excède le montant des frais réels restant à la charge de l'Assuré après intervention de la Sécurité sociale.

*

* *