

Le régime en 2015

L'année 2015 sera marquée par l'amélioration des prestations en prévoyance et en santé et la mise en place de nouveaux services (FILAPGIS, SANTESENS, services en ligne) avec un taux de cotisations inchangé.

La situation financière solide du régime de prévoyance de l'industrie pharmaceutique permet en effet de réaliser ses améliorations de prestations sans impact sur les taux de cotisations.

Par ailleurs, la mise en concurrence quinquennale pour le choix des organismes assureurs du régime a été l'occasion de mettre l'accent sur les attentes des entreprises et des assurés en matière de services et d'innovation. Cette mise en concurrence a montré que les propositions d'APGIS et d'AXA restaient les plus compétitives, d'autant plus que leurs propositions ont été améliorées par l'intégration de nouveaux services pour un niveau de frais en légère baisse (frais sur cotisation de 4,50% en prévoyance et 6,40% en santé).

En termes de résultats, l'année 2013 a été marquée par un bon résultat en prévoyance lié à la baisse de la charge des provisions arrêt de travail et au bon résultat du risque décès. Comme en 2012, le compte santé du régime des salariés est légèrement déficitaire (-1,4 M€) mais ce déficit est largement financé par les réserves du régime accumulées grâce aux bons résultats passés ainsi que les produits financiers réalisés.

Le régime santé des anciens salariés confirme le retour à l'équilibre et dégage même un résultat positif (0,9M€) qui permet de reconstituer progressivement des réserves.

Ces résultats montrent l'efficacité de la mutualisation professionnelle pour piloter les résultats sur le long terme et assurer une stabilité des taux de cotisations tout en améliorant les services et les prestations pour les assurés : un atout majeur pour faire face à l'ouverture du régime à la concurrence avec la fin de la clause de désignation au 31/12/2014.

Rappelons qu'en 10 ans, le taux de cotisation du régime de prévoyance est resté stable et le taux de cotisation du régime de santé a augmenté une seule fois de 3,5% (alors que le taux des contributions et taxes est passé de 1,75% à 13,27%, soit +11,52%). Dans le même temps, les prestations et les services du régime ont été améliorés.

Ce numéro de Contact présente les améliorations de prestations et les nouveaux services qui seront mis en œuvre au 1^{er} janvier 2015. Vous pourrez retrouver toutes ces nouveautés et simuler les nouvelles couvertures sur le site internet du régime www.prevoyancepharma.com.

Bonne lecture !

Le Comité Paritaire de gestion



SOMMAIRE

Ce qui change au 1^{er} janvier 2015

- Nouvelle règle de calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
- Nouvelle option rente de conjoint
- Amélioration de la couverture dentaire et optique
- Nouveaux services

Les couvertures en cas de rupture du contrat de travail

- Maintien temporaire en cas de chômage : la portabilité
- Régime des anciens salariés

les résultats 2013

- Régime des actifs
- Régime des anciens salariés

Bon à savoir

- Le contrat d'accès aux soins

Les brèves

- Recommandation des organismes assureurs APGIS et AXA pour la période 2015-2019
- Des cotisations stables pour 2015
- Abondement du régime des anciens salariés pour 2015

Chiffres clés au 31/12/2013

RÉGIME DES SALARIÉS :

81.000 salariés, 140^{M€} de cotisations, 283^{M€} de provisions et 77^{M€} de réserves.

RÉGIME DES ANCIENS SALARIÉS :

14.700 anciens salariés, 20^{M€} de cotisations, 11^{M€} de réserves.

Performance financière nette distribuée en 2013 : 3,83%

Ce qui change au 1^{er} janvier 2015

Nouvelle règle de calcul des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident, les salariés bénéficient d'indemnités journalières de la Sécurité sociale (IJSS) et d'un maintien de salaire de l'employeur. Mais les prestations Sécurité sociale sont plafonnées en montant, et la durée du maintien de salaire par l'entreprise est limitée dans le temps (90 jours par an maximum en cas d'arrêt maladie).

Au-delà de la période de maintien de salaire, le Régime Professionnel Conventionnel intervient pour compléter les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale.

Modification du Régime Professionnel Conventionnel au 1^{er} janvier 2015 pour compenser la baisse des IJSS intervenue en 2012**

Pour tous les arrêts prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2015, les indemnités journalières versées par le RPC seront égales à 80% de la base des prestations du RPC* sous déduction des IJSS (au lieu de 30% de la base des prestations limité à la tranche A du salaire + 80% de la tranche B et C).

Cette évolution du mode de calcul des IJ versées par le RPC permettra de compenser la baisse d'intervention de la Sécurité sociale intervenue en 2012 pour les salariés dont le salaire est supérieur à 1,8 SMIC**.

L'indemnisation du RPC n'est pas modifiée pour tous les arrêts ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2015.

De même, l'indemnisation est inchangée pour tous les arrêts liés à un accident du travail ou une maladie professionnelle qui n'avaient pas été impactés par la baisse du plafond d'indemnisation de la sécurité sociale en 2012.

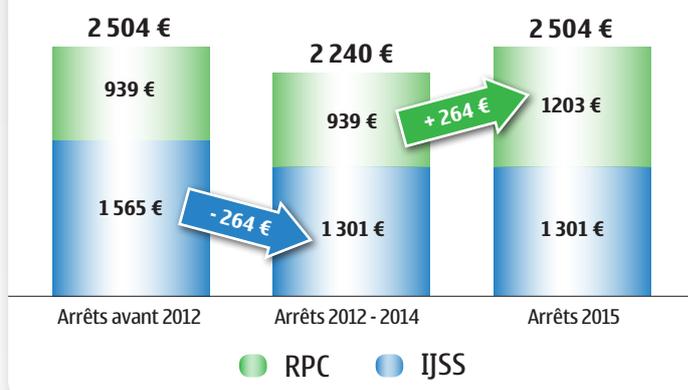
** RAPPEL :

Au 1^{er} janvier 2012, le plafond de calcul des Indemnités Journalières Sécurité sociale (IJSS) a changé pour les arrêts maladie, hors accident du travail ou maladie professionnelle. Il est passé de 1 plafond de la Sécurité Sociale (soit 3129 € euros par mois base 2014) à 1,8 SMIC (soit 2601,69 euros par mois base 2014). Le taux d'intervention de la Sécurité sociale (50% sans le cas général) et le mode de calcul du salaire de référence des IJSS (moyenne des rémunérations des 3 derniers mois) n'ont en revanche pas changé.

Le montant maximum des IJ versées par la Sécurité sociale est ainsi passé de 1.564,63€ par mois à 1.300,92€ (base 2014) soit une baisse de 17% des

Indemnisation mensuelle brute en cas d'arrêt maladie (IJSS + RPC)

Exemple pour une base de prestation mensuelle brut de 3 129 €



indemnités versées par la SS pour tous les salariés dont le salaire moyen est supérieur à 1,8 SMIC. Il n'y a pas eu de baisse pour les salaires inférieurs à 1,8 SMIC.

L'intervention du Régime Professionnel de Prévoyance étant de 30% de la base de prestation du RPC pour la tranche A + 80% pour les tranches B et C, le RPC n'a pas compensé la baisse des IJSS.

Cela s'est traduit par une baisse de l'indemnisation de tous les salariés en incapacité de travail dont le salaire moyen est supérieur à 1,8 SMIC pour les arrêts de travail intervenus depuis le 1^{er} janvier 2012.

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS ET DÉFINITIONS UTILES POUR LA LECTURE DE CONTACT :

IJSS : Indemnités Journalières Sécurité Sociale.

RPC : Régime Professionnel Conventionnel (régime obligatoire pour tous les salariés de l'industrie pharmaceutique.

RS : Régime supplémentaire Conventionnel (régime facultatif pouvant être souscrit par l'entreprise pour compléter le RPC).

PMSS = plafond mensuel de la sécurité sociale = 3.129€ par mois en 2014.

TA = tranche A = partie du salaire inférieure à 1 plafond sécurité sociale.

TB = tranche B = partie du salaire comprise entre 1 et 4 plafond sécurité sociale.

TC = tranche C = partie du salaire comprise entre 4 et 8 plafond sécurité sociale.

Salaire de référence SS = moyenne des 3 derniers mois de salaire précédent l'arrêt.

Base des prestations du RPC pour les arrêts de travail = moyenne des 12 derniers mois de salaire précédent l'arrêt limité à la TC ; pour les garanties décès, le salaire de référence tient compte de l'historique des périodes de travail à temps plein et à temps partiel précédent le décès.

BR = Base de remboursement Sécurité sociale (pour les prestations santé).

La nouvelle option rente de conjoint

En cas de décès du salarié, le Régime Professionnel Conventionnel prévoit le versement d'un capital décès.

Jusqu'à présent, les salariés avaient le choix entre deux options : un capital fonction de la situation de famille (option 1) ou un capital indépendant de la situation de famille complété d'une rente éducation pour chaque enfant à charge (option 2).

A compter du 1^{er} janvier 2015, une nouvelle option « rente de conjoint » est créée. Cette option permet au conjoint (marié ou PACSE) de bénéficier d'une rente jusqu'à l'âge légal de la retraite.

IMPORTANT : Le choix de l'option décès doit être fait par le salarié au moment de son affiliation. Le changement d'option par le salarié est ensuite possible à tout moment. En revanche le choix ne peut pas être modifié par les bénéficiaires. L'option choisie vaut pour le RPC et le RS (si le salarié bénéficie du RS). En l'absence de choix d'option, l'option 1 s'applique par défaut.

C'est l'occasion pour chaque salarié de refaire le point sur ses garanties décès et de choisir l'option la mieux adaptée à sa situation de famille. Il est également important de vérifier que la clause de désignation bénéficiaire est toujours adaptée. En cas d'oubli de l'option choisie et/ou de la désignation bénéficiaire faite, le mieux est de refaire un choix d'option et de remplir une nouvelle désignation bénéficiaire. Les nouveaux choix annuleront et remplaceront automatiquement les anciens.

PENSEZ-Y ! Votre clause de désignation de bénéficiaire est-elle toujours adaptée ?

- Si vous n'avez pas effectué de désignation de bénéficiaire particulière, les bénéficiaires par défaut du capital décès sont dans l'ordre :
- votre conjoint ;
- à défaut votre partenaire de PACS ;
- à défaut par parts égales entre eux, vos enfants ;
- à défaut par parts égales entre eux, votre père et votre mère, ou le survivant d'entre eux ;
- à défaut vos héritiers.

Les salariés relevant du RPC ont désormais le choix entre trois options décès :

Option 1 :

Capital décès seul avec un montant fonction de la situation de famille ;

Option 2 :

Capital décès uniforme + rente éducation pour chaque enfant à charge ;

Option 3 - NOUVEAU :

Capital décès uniforme + rente de conjoint temporaire.

COUVERTURES DECES RPC		Montant des prestations du RPC en % de la base des prestations décès			Exemple: pour une base de prestations de 40.000 euros		
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 Nouvelle	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 Nouvelle
RPC : garanties décès							
CAPITAL DECES	Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	170%	170%	170%	68 000	68 000	68 000
	Marié, Pacsé sans personne à charge	220%			88 000		
	Assuré avec une personne à charge	310%			124 000		
	Majoration par personne à charge supplémentaire	90%			36 000		
RENTE EDUCATION	Jusqu'au 11 ^{ème} anniversaire	-	12%	-	-	4 800	-
	du 11 ^{ème} ou 18 ^{ème} anniversaire	-	16%	-	-	6 400	-
	du 18 ^{ème} au 27 ^{ème} anniversaire*	-	19%	-	-	7 600	-
RENTE DE CONJOINT TEMPORAIRE	Rente temporaire versée au conjoint	-	-	12%	-	-	4 800

* sans limite d'âge pour les enfants reconnus handicapés avant leur 27^{ème} anniversaire Le montant des rentes éducation et de la rente de conjoint indiqué ci-dessus est annuel

COUVERTURES DECES RPC+RS		Montant des prestations du RPC + RS en % de la base des prestations décès			Exemple: pour une base de prestations de 40.000 euros - prestations RPC+RS		
		OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 Nouvelle	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3 Nouvelle
RPC + RS : décès non accidentel**							
CAPITAL DECES	Célibataire, veuf, divorcé sans personne à charge	300%	300%	300%	120 000	120 000	120 000
	Marié, Pacsé sans personne à charge	375%			150 000		
	Assuré avec une personne à charge	490%			196 000		
	Majoration par personne à charge supplémentaire	115%			46 000		
RENTE EDUCATION	Jusqu'au 11 ^{ème} anniversaire	-	16%	-	-	6 400	-
	du 11 ^{ème} ou 18 ^{ème} anniversaire	-	20%	-	-	8 000	-
	du 18 ^{ème} au 27 ^{ème} anniversaire*	-	23%	-	-	9 200	-
RENTE DE CONJOINT TEMPORAIRE	Rente temporaire versée au conjoint	-	-	14,5%	-	-	5 800

* sans limite d'âge pour les enfants reconnus handicapés avant leur 27^{ème} anniversaire
** en cas de décès accidentel les montants sont majorés Le montant des rentes éducation et de la rente de conjoint indiqué ci-dessus est annuel

Bon à savoir : le concubin n'est pas bénéficiaire par défaut du votre capital décès, contrairement au conjoint ou au partenaire de PACS. Si vous souhaitez que votre concubin soit bénéficiaire du capital décès, vous devez effectuer une désignation de bénéficiaire spécifique.

PENSEZ A ACTUALISER VOTRE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE

NOUVEAU : A compter du 1^{er} janvier 2015, un nouveau service de choix de l'option décès et de désignation bénéficiaire est disponible en ligne via le site internet du régime de prévoyance : www.prevoyancepharma.com

L'amélioration de la couverture dentaire

A compter du 1^{er} janvier 2015, les prothèses dentaires avec devis seront mieux remboursées.

Le taux de remboursement du RPC passe de 280% à 300% (en % de la BR*). Avec le RS, le remboursement sera porté à 400% de la BR (au lieu de 380%).

Le taux de remboursement des prothèses n'ayant pas fait

l'objet d'un devis préalable reste inchangé (230% de la BR). Ainsi, une couronne simple n'ayant pas fait l'objet d'un devis préalable sera toujours remboursée 322,50 € en tenant compte du RPC + SS (430€ avec le RS). En revanche, le remboursement d'une couronne ayant fait l'objet d'un devis passe à 397,75€ RPC+SS (505,25 euros avec le RS).



	Remboursement maximum SS + RPC		Remboursement maximum SS + RPC + RS	
	Garantie 2014	Garantie 2015	Garantie 2014	Garantie 2015
Couronne sans devis	322,50 €	322,50 €	430,00 €	430,00 €
Couronne avec devis	376,25 €	397,75 €	483,75 €	505,25 €

* BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale.

L'évolution des remboursements optique

Remboursement des verres selon le type de verre et le niveau de correction

Jusqu'à présent, le remboursement des verres était fonction de la base de remboursement de la sécurité sociale et dépendait de l'existence ou non d'un devis préalable.

A compter du 1^{er} janvier 2015, la différence de remboursement selon l'existence ou non d'un devis préalable est supprimée pour les verres (pas pour les prothèses dentaires et l'orthodontie) et le niveau des remboursements évolue.

Le nouveau barème de remboursement des verres permet de mieux tenir compte de la différence de frais réels selon le type de verre et la correction.

Le remboursement est limité à une paire de lunette (2 verres + une monture) tous les deux ans sauf prescription médicale avec une évolution de la correction pour les adultes, ou changement de morphologie pour les enfants de moins de 16 ans.

REMBOURSEMENT PAR VERRE SELON LE TYPE DE VERRE (dans la limite des frais réels)

	REMBOURSEMENT RPC					REMBOURSEMENT RPC + RS					
	Votre besoin de correction					Votre besoin de correction					
Vous êtes hypermétrope	de 0 à +2	de +2 à +4	de +4 à +6	de +6,25 à +8	au delà de +8	de 0 à +2	de +2 à +4	de +4 à +6	de +6,25 à +8	au delà de +8	
Vous êtes myope	de -2 à 0	de -4 à -2	de -6 à -4	de -8 à -6,25	au delà de -8	de -2 à 0	de -4 à -2	de -6 à -4	de -8 à -6,25	au delà de -8	
Vous avez des verres unifocaux	Vous n'êtes pas astigmatique	62 €	73 €	86 €	102 €	128 €	87 €	102 €	120 €	143 €	179 €
	Vous êtes astigmatique	68 €	80 €	95 €	113 €	141 €	95 €	112 €	133 €	158 €	198 €
Vous avez des verres multi-focaux	Vous n'êtes pas astigmatique	145 €	167 €	185 €	215 €	270 €	203 €	234 €	259 €	301 €	378 €
	Vous êtes astigmatique	165 €	190 €	210 €	245 €	306 €	231 €	266 €	294 €	343 €	428 €



EXEMPLES = aide à la lecture de la grille de remboursement optique

-Si vous êtes myope, sans astigmatisme et que vous avez des verres unifocaux avec une faible correction (sphère comprise entre -2 et 0) le RPC vous remboursera 62 € par verre dans la limite des frais réels après remboursement SS (87 € avec le RS).

-Si vous êtes hypermétrope, sans astigmatisme et que vous avez des verres multifocaux ou progressifs avec une forte correction (sphère au-delà de +8) le RPC vous remboursera 270 € par verre dans la limite des frais réels après remboursement SS (378 € avec le RS).

Amélioration du remboursement des montures et des lentilles

Le remboursement de la monture est amélioré :

- A compter du 1^{er} janvier 2015, le RPC remboursera 100€ par monture pour les adultes (au lieu de 80€) et 60€ pour les enfants (au lieu de 50€) ;

- Avec le RS, le remboursement d'une monture adulte passera à 120€ (au lieu de 100€) et celui des montures enfants à 75€ (au lieu de 65€).

Le remboursement des montures reste limité à une monture tous les deux ans.

Le forfait lentilles augmente de 20€. Il passe à 120€ par an et par bénéficiaire au 1^{er} janvier 2015 pour le RPC (220€ avec le RS).

Ce forfait couvre toutes les lentilles, qu'elles soient ou non remboursées par la sécurité sociale y compris les lentilles jetables.

Nouveau : remboursement de la chirurgie des yeux

A compter du 1^{er} janvier 2015, le RPC remboursera 250€ par œil pour toute intervention de chirurgie réfractive ou assimilée.

A NOTER : à compter du 1^{er} janvier 2015, le remboursement des verres sera le même que vous ayez ou non fait un devis préalable. Le devis préalable reste toutefois recommandé pour vous permettre de savoir si le prix des verres qui vous est proposé est conforme au prix moyen du marché. Il ne modifie pas le remboursement du RPC mais vous permet éventuellement de réduire votre reste à charge.

Les nouveaux services

En complément de l'ensemble des services existants qui sont maintenus, les assurés du Régime Professionnel Conventionnel, bénéficieront de trois nouveaux services au 1^{er} janvier 2015.

FILAPGIS : un service d'accompagnement vie quotidienne

FILAPGIS apporte une écoute, des informations et des conseils sur différentes thématiques de la vie quotidienne. Il accompagne les assurés et les aide à faire face aux aléas de la vie professionnelle ou personnelle.

Le service est accessible à tous les assurés, actifs et retraités, par téléphone (ou par email). Le conseiller FILAPGIS :

- Ecoute l'appelant pour comprendre la situation et le contexte ;
- Fournit des informations et/ou une orientation vers des aides légales ou extra-légales ;
- Recherche des solutions en co-construction avec l'appelant ;
- Accompagne l'appelant si nécessaire pour la mise en œuvre des solutions proposées ;
- Apporte un soutien au quotidien dans les situations difficiles.

Le champ d'intervention de FILAPGIS est plus large que les seuls problèmes de santé. Il couvre notamment :

LES SUJETS LIÉS À LA FAMILLE :

- Arrivée d'un enfant : mode de garde, aides ...
- Ruptures familiales (séparation, divorce, décès)
- Aides aux aidants familiaux
- aides à la famille

LES ALÉAS LIÉS À LA VIE PROFESSIONNELLE :

- mobilité,
- retour au travail après un arrêt maladie,
- transition vie active / retraite ...

LA SANTÉ :

- parcours de soins (choix et déclaration du médecin traitant, changement de médecin traitant, exceptions au parcours de soins ...),

- actions de dépistages aux différents âges de la vie ;
- fragilité liée à la survenance d'un accident, d'une maladie ou d'un handicap
- troubles musculo-squelettiques
- troubles du sommeil et de la vigilance

LE LOGEMENT :

- aides
- relations locataires/bailleur
- questions liées à l'adaptation de l'habitat
- questions liées aux travaux de rénovation énergétique.

LE BUDGET :

- problème de surendettement ;
- aides financières
- gestion du budget.

L'accès au service filapgis peut être effectué : par téléphone au **09 69 39 75 52** sur une ligne dédiée, soit grâce à une adresse internet spécifique : <http://filapgis.apgis.com> ou sur l'espace assuré du site internet **APGIS**.

SANTESENS : la prévention et le suivi des risques cardio-vasculaires

Les risques cardio-vasculaires représentent la 1^{ère} cause de handicap et la 2^{ème} cause de mortalité (hors accident) chez les actifs. Or les facteurs de risques cardio-vasculaires sont insuffisamment dépistés, qu'il s'agisse de l'hypertension, de l'excès de cholestérol ou du diabète.

Pourtant une détection précoce des facteurs de risques et une prise en charge adaptée permettent de limiter les conséquences des maladies cardio-vasculaires.

Le service SANTESENS permet une autoévaluation du risque cardiovasculaire et favorise le suivi adapté lorsqu'un risque est diagnostiqué. Ce service est

accessible uniquement aux salariés.

Le diagnostic repose sur un questionnaire en ligne. Rapide et facile à remplir, il englobe toutes les composantes santé de la personne et permet d'établir un bilan cardiovasculaire complet et précis, accessible directement en ligne qui sert de base à la mise en place d'un suivi adapté en cas de besoin.

Ce diagnostic ne remplace pas le rôle du médecin traitant. Il le complète. Il sert notamment à identifier des facteurs de risques alors que l'assuré ne ressent aucun symptôme particulier. C'est un outil de prévention.

Le service SANTESENS en pratique :

- Vous complétez un questionnaire de santé confidentiel en ligne ;
- Vous recevez un bilan personnalisé confidentiel (dans votre espace SANTESENS);
- Lorsque des facteurs de risques sont identifiés :
 - vous êtes invité à consulter votre médecin traitant ;
 - vous pouvez suivre votre santé cardiovasculaire et agir pour son amélioration en modifiant vos comportements et en mettant à jour les informations vous concernant sur le site internet SANTESENS.

Le choix d'option décès et la désignation de bénéficiaire en ligne

En 2015, vous pouvez effectuer votre choix d'option et votre désignation de bénéficiaire en cas de décès soit sur un bulletin papier, téléchargeable sur le site www.prevoyancepharma.com, soit en ligne.

Le nouveau service en ligne vous permet d'effectuer simplement et rapidement vos choix.

Le nouveau service en pratique :

• Choix d'option en cas de décès :

- Vous vous connectez sur le site internet dédié via le site prevoyancepharma.com rubrique couverture prevoyance/couverture en cas de décès,
- vous avez accès au formulaire de choix d'option en ligne,
- vous effectuez votre choix d'option,
- vous validez votre choix et signez numériquement le formulaire,

- le formulaire est envoyé à nos services de gestion,
- vous recevez un accusé de réception avec la copie de votre choix.

• Désignation de bénéficiaire en cas de décès :

- vous agissez de même pour vos choix de bénéficiaire.

Retrouvez les nouveaux services sur le site internet du régime
www.prevoyancepharma.com

Quelles couvertures après la rupture du contrat de travail ?

Deux dispositifs permettent un maintien des couvertures après rupture du contrat de travail :

- Le dispositif dit de portabilité qui permet le maintien temporaire de l'ensemble des couvertures prévoyance et santé pour les salariés qui bénéficient des allocations chômage après la rupture de leur contrat de travail (et sauf licenciement pour faute lourde) ; ce maintien est gratuit pour l'ensemble des couvertures à compter du 1^{er} janvier 2015
- Le régime frais de santé des anciens salariés qui permet le maintien viager de la couverture santé pour les anciens salariés retraités, invalides ou chômeur suite à la rupture du contrat de travail, sous réserve que l'ancien salarié en fasse la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de son contrat de travail ou la fin de la portabilité et paie la cotisation du régime frais de santé des anciens salariés.

Le maintien temporaire des couvertures pour les chômeurs : la portabilité

Qui bénéficie de la portabilité ?

Bénéficiaire de la portabilité :

- le salarié licencié, sauf faute lourde*, effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi
- le salarié démissionnaire, en cas de démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, dès lors que le salarié est effectivement inscrit comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi et justifie d'une indemnisation même différée de l'assurance chômage ;
- le salarié dont le contrat de travail a été rompu d'un commun accord par suite de son adhésion à une convention de sécurisation professionnelle, ou tout autre rupture ouvrant droit à l'assurance chômage en application des dispositions légales réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'application du présent accord,
- le salarié qui licencié, en arrêt de travail pour maladie à la date de la rupture de son contrat de travail, justifie avant la fin de la période de portabilité, d'une période de chômage avec inscription comme demandeur d'emploi au Pôle Emploi.
- Le salarié dont la rupture conventionnelle a été homologuée
- Le salarié au terme de son CDD.

* En cas de faute lourde, l'assuré peut adhérer au régime des anciens salariés. En cas de requalification de la faute lourde par une décision de justice définitive, l'assuré

pourra obtenir le remboursement des cotisations afférentes à la durée de la portabilité qu'il a versées pour sa couverture remboursement des frais de soins de santé.

Quelles sont les garanties maintenues ?

Les garanties maintenues sont **les garanties de prévoyance et de santé : couverture décès, arrêt de travail et remboursement des frais de santé.**

La base des prestations est calculée d'après le salaire versé les douze derniers mois précédant la notification de la rupture du contrat de travail, hors toutes indemnités liées à la rupture. Dans tous les cas, les prestations prévues en cas d'arrêt de travail ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Quelle est la durée du maintien ?

Les couvertures sont maintenues pendant la période de chômage et pour une durée au plus égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de 12 mois.**

Précisions : Deux contrats de travail sont considérés comme consécutifs lorsque la durée entre ces derniers n'excède pas 31 jours. La durée entre les deux contrats

est toutefois décomptée du droit à maintien au titre de la portabilité.

Quel est le coût pour les bénéficiaires du maintien ?

Pour toute rupture postérieure au 31/12/2014, le maintien est gratuit pour l'ancien salarié.

Pour les ruptures intervenues entre le 1^{er} juin et le 31/12/2014, le maintien était gratuit en santé et payant en prévoyance. Avant le 1^{er} juin 2014, le maintien était payant.

Les ayants droit bénéficient-ils du maintien ?

Les ayants droit qui étaient couverts par le régime obligatoire frais de santé à la date de rupture du contrat de travail bénéficient également du maintien gratuit.

De même, les ayants droit qui avaient adhéré au régime facultatif frais de santé bénéficient du maintien gratuit.

La durée et les conditions du maintien sont celles applicables aux salariés

Quelles sont les conditions du maintien ?

L'ancien salarié doit fournir à l'aggs l'attestation de paiement des allocations chômage pendant toute la période du maintien. En l'absence de preuve d'inscription à l'assurance chômage, aucune prestation n'est due.

Le régime frais de santé des anciens salariés

Qui peut adhérer au régime frais de santé des anciens salariés ?

Peuvent adhérer au régime frais de santé des anciens salariés tous les anciens salariés bénéficiaires d'un revenu de remplacement (allocation chômage, rente d'incapacité ou d'invalidité, pension de retraite) sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou la fin de la portabilité.

Quelles sont les garanties du régime frais de santé des anciens salariés ?

Les garanties frais de santé sont les mêmes que les

celles des actifs.

L'ancien salarié peut choisir d'adhérer au RPC seul ou au RPC +RS

Quelle est la durée de l'adhésion ?

La durée est viagère sous réserve du paiement des cotisations

Quel est le coût pour l'ancien salarié ?

La cotisation du régime des anciens salariés dépend du revenu de remplacement; le barème des cotisations est disponible sur le site internet du régime (www.prevoyancepharma.com).

Les anciens salariés Retraités ou les Retraités d'entreprises qui cotisent au fonds collectif santé bénéficient d'une réduction de leur cotisation (abondement annuel de 100€ pour 2014-2015).

Les ayants droit sont-ils également couverts ?

Les ayants droit d'un ancien salarié qui adhèrent au régime frais de santé des anciens salariés peuvent être couverts sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.

Quelles couvertures pour les ayants droit en cas de décès de l'assuré ?

En cas de décès d'un salarié en activité, les ayants droit peuvent adhérer au régime des anciens salariés pendant 1 an sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le décès.

Régime des actifs : de bon résultats en prévoyance.

L'année 2013 est marquée par le retour à un résultat fortement positif en prévoyance grâce à la baisse des provisions arrêts de travail pour les arrêts anciens et les bons résultats décès.

En santé, les résultats 2013 conduisent à un ratio prestations/cotisations net par survenance de l'ordre de 102% en 2013 contre 103,4% en 2012. Le résultat comptable est légèrement déficitaire (-1,36 M€ en 2013) financé par la réserve frais de santé. Les bons résultats passés et les très bonnes performances financières ont en effet

permis de constituer des réserves qui permettent de piloter les résultats sur de long terme, de lisser les fluctuations de la sinistralité.

Les réserves du régime des actifs augmentent en 2013 grâce aux bons résultats prévoyance et aux produits financiers. **Au 31/12/2013 les fonds et réserves du régime des actifs s'élèvent à 26,3 M€ en prévoyance et 32,5 M€ en santé auxquels s'ajoutent 18,7 M€ pour le fonds collectif santé.**

Montant en Millions d'euros (M€)	COMPTE DE RESULTAT 2013 DU REGIME DES SALARIES				
	PREVOYANCE			Santé	Total
	Décès	Incapacité invalidité	Total prévoyance		
CRÉDIT					
Cotisations nettes de taxes	21,96	38,49	60,45	65,61	126,06
Provisions pour prestations à régler 01/01	10,31	7,96	18,27	6,65	24,92
Provisions mathématiques 01/01	27,11	225,05	252,15	-	252,15
Intérêts sur provisions	1,31	8,60	9,91	-	9,91
DÉBIT					
Prestations	- 12,29	- 31,05	- 43,34	- 61,68	- 105,01
Provisions pour prestations à régler 31/12	- 3,89	- 7,89	- 21,78	- 7,05	- 28,83
Provisions mathématiques 31/12	- 28,67	- 225,73	- 254,40	-	- 254,40
Frais d'assurance, de gestion et de service	- 1,04	- 2,70	- 3,74	- 4,90	- 8,64
Dotation aux fonds de revalorisation	- 0,13	- 3,54	- 3,67	-	- 3,67
SOLDE	4,66	9,19	13,85	- 1,36	12,48

Régime santé des anciens salariés : les résultats 2013 confirment le retour à l'équilibre technique.

Le résultat 2013 (0,93 M€) permet d'alimenter la réserve générale des anciens salariés qui atteint 2,25M€ fin 2013.

Par ailleurs la réserve de couverture destinée à financer une partie des cotisations santé des anciens salariés progresse du fait de la montée en charge du nouveau dispositif mis en place en 2007 et atteint 8,7 M€ fin 2013.

Montant en Millions d'euros (M€)	
COMPTE DE RESULTATS 2013 DU REGIME SANTE DES ANCIENS SALARIES	
CRÉDIT	
Cotisations payées nettes de taxes	17,68
Cotisations prélevées sur la réserve de couverture	0,28
Provisions pour prestations à régler 01/01	1,65
DÉBIT	
Prestations	15,62
Provisions pour prestations à régler 31/12	1,73
Frais d'assurance, de gestion et de service	1,32
TOTAL	0,93

Des frais de gestion très compétitifs en santé comme en prévoyance.

Au total, les frais de gestion, de promotion, de communication et de suivi technique du régime s'élèvent en 2013 à :

- 7,45% des cotisations HT du régime maladie en légère baisse par rapport à 2012 (7,49% en 2012);
- 4,76% des cotisations et 3% des prestations périodiques pour le régime décès – incapacité – invalidité, stable par rapport à 2012.

De très bonnes performances financières en 2013 : 3,82% net.

Les provisions et réserves du régime ont été rémunérées à un taux de 3,82% (98% du taux de l'actif général prévoyance d'AXA) Sur 10 ans, le taux moyen de rémunération des provisions et réserves est de 4,43%.

Les fonds et réserves au 31/12/2013 :

Montant en Millions d'euros (M€)	Montant au 31/12/2013
Réserves prévoyance des actifs	20,44
Fonds de revalorisation prévoyance	5,87
Réserves santé des actifs	32,50
Fonds collectif santé	18,70
Réserves santé des anciens salariés	2,25
Réserves de couverture des anciens salariés	8,70

BON A SAVOIR

Le contrat d'accès aux soins

La base de remboursement de la sécurité sociale (base également retenue pour calculer les remboursements du RPC) est différente selon que votre praticien est conventionné ou non et selon son secteur d'intervention :

- **Médecins secteur 1** : les médecins secteur 1 sont des médecins conventionnés qui appliquent le tarif de convention de la Sécurité sociale ; il ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires ;

- **Médecins secteur 2** : les médecins secteur 2 sont des médecins conventionnés qui pratiquent des dépassements d'honoraires; leurs consultations sont remboursées par la sécurité sociale et le régime de prévoyance sur une base inférieure à celle des médecins secteur 1.

- **Médecins non conventionnés** : les médecins non conventionnés pratiquent les tarifs de leur choix ; leurs consultations sont remboursées par la sécurité sociale et le régime de prévoyance sur la base du tarif d'autorité très inférieur à la base de remboursement des médecins conventionnés.

- **NOUVEAU - Médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins** : les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins sont des médecins secteur 2 qui se sont engagés à limiter le niveau de leurs dépassements d'honoraires moyen sur l'année. Leurs consultations sont remboursées sur une base identique à celle des médecins secteur 1.



BREVES

Recommandation des organismes assureurs APGIS et AXA pour la période 2015-2019

Suite à une procédure d'appel à la concurrence réalisée au 2^{ème} trimestre 2014, les partenaires sociaux de la branche ont choisi de recommander aux entreprises relevant de la CCN de l'industrie pharmaceutique d'adhérer :

- A l'APGIS pour la couverture du régime frais de santé ;
- A AXA pour la couverture des risques prévoyance (décès, arrêt de travail);

Cette recommandation prend effet le 1er janvier 2015 pour une période maximum de 5 ans.

L'adhésion des entreprises qui adhéraient au RPC ou RPC+RS au 31/12/2014 est automatiquement reconduite au 01/01/2015 sans formalité de la part des entreprises. De même, les anciens salariés qui bénéficiaient des couvertures du RPC ou RPC+RS au 31/12/2014 restent couverts sans formalité sous réserve de payer les cotisations.

Spécialiste (dans le cas le plus courant)	Frais réels	Base de remboursement SS	Dépassements d'honoraires	Remboursement SS + RPC	Remboursement SS + RPC + RS
Spécialiste secteur 1	28 €	28,00 €	0,00 €	27,00 €	27,00 €
Spécialiste secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins	50 €	28,00 €	22,00 €	38,50 €	49,00 €
Spécialiste secteur 2 n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	50 €	23,00 €	27,00 €	33,50 €	45,00 €
Spécialiste non conventionné	50 €	1,22 €	48,78 €	1,83 €	2,44 €

Hypothèse : assuré assujéti à la participation forfaitaire de 1 euro.

Evolutions envisagées par les pouvoirs publics

La nouvelle définition du contrat responsable qui devrait entrer en vigueur courant 2015 prévoit une obligation pour les régimes complémentaires santé « responsables » de plafonner le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 2 fois la base de remboursement SS. De plus, il devra exister une différence de remboursement d'au moins 20% de la base de remboursement SS entre les médecins secteur 1 ou qui ont adhéré au contrat d'accès aux soins et les médecins secteur 2 qui n'ont pas adhéré au contrat d'accès aux soins. Cette mesure qui concernerait l'ensemble des honoraires en ambulatoire comme en hospitalisation conduira à une baisse des remboursements lorsque vous consultez un praticien qui n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

Comment savoir si un médecin est secteur 1 ou secteur 2 et s'il a adhéré au contrat d'accès aux soins ?

Pour savoir si un médecin est conventionné ou non, savoir s'il pratique des dépassements d'honoraires et s'il a adhéré au contrat d'accès aux soins vous pouvez :

- le demander au professionnel concerné ;
- vous renseigner directement en consultant le site <http://ameli-direct.ameli.fr/>; ce site vous permet d'effectuer des recherches par nom, par profession ou par acte selon votre choix en précisant la zone géographique dans laquelle vous vous trouvez. Il indique le nom des professionnels de santé de la profession recherchée dans la zone géographique qui vous intéresse ainsi que le tarif pratiqué par le professionnel pour les différents actes, à comparer à la base de remboursement de la sécurité sociale. Vous pouvez ainsi savoir si le professionnel pratique des dépassements, le niveau des dépassements, et savoir s'il a adhéré ou non au contrat d'accès aux soins.

Des taux de cotisations stables pour 2015

La situation financière du régime permet de maintenir les taux de cotisations inchangés au 1er janvier 2015 en santé comme en prévoyance pour les actifs et pour le régime frais de santé des anciens salariés. Le montant des cotisations payées évoluera en fonction de l'évolution du plafond de la sécurité sociale et de la rémunération, pour la part des cotisations assise sur le salaire pour le salarié.

L'abondement du régime des anciens salariés

Pour 2015, les adhérents du régime des anciens salariés qui bénéficient de la réserve de couverture bénéficient d'une réduction de leur cotisation santé de 100 € pour l'année. Ce montant est déjà déduit du montant des cotisations appelées.

Contact

Lettre d'information du Régime de prévoyance de l'Industrie pharmaceutique

Directeur de la publication :
Pascal Le Guyader

Rédaction : Comité Paritaire de Gestion ;
CAPS Actuariat, SPAC Actuaire

Création-Réalisation : ALASKA

Tirage : 52 000 exemplaires
N° 18 - Décembre 2014
N° ISSN : 1258 - 4843

Retrouvez les informations concernant le régime Professionnel Conventionnel sur le site internet du régime
www.prevoyancepharma.com