

BREVES

Amélioration du niveau de remboursement des frais de radiologie

Depuis le 1^{er} avril 2008, les frais de radiologie sont mieux remboursés par le Régime Professionnel Conventionnel.

Le niveau de remboursement est passé de 30% de la Base de Remboursement (en plus de la Sécurité sociale) à 150% de la Base de Remboursement (y compris remboursement Sécurité sociale). Cette augmentation du niveau de couverture du RPC permet désormais de prendre en charge la plupart des dépassements pratiqués sur le poste radiologie (code de regroupement CCAM : ADI).

Remboursement des lunettes

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le Régime Professionnel Conventionnel limite la prise en charge des frais liés aux lunettes (verres et monture) à une paire par an et par bénéficiaire.

Par dérogation, une deuxième paire peut éventuellement être remboursée sur prescription médicale lorsque les prescriptions concernent des verres de correction différente (par exemple lorsque l'assuré utilise deux paires de lunettes, une paire pour la vision de près et une paire pour vision de loin au lieu de prendre des verres progressifs).

Pour bénéficier de cette dérogation, l'assuré doit obligatoirement passer par la procédure du devis préalable. Cette mesure est applicable depuis le 1^{er} mai 2008 et sous condition de prise en charge de la Sécurité Sociale.

Calcul des cotisations du régime santé des anciens salariés

Depuis le 1^{er} janvier 2008, la cotisation du régime frais de santé des anciens salariés est fonction du revenu de remplacement.

Pour avoir une estimation de la cotisation à payer au moment du départ en retraite, le salarié doit fournir la notification d'attribution des rentes des régimes de retraite Sécurité sociale, ARRCO, AGIRC ou autre caisse complémentaire, ou à défaut, l'évaluation de retraite globale datant de moins d'un an (ou le document d'estimation indicative globale envoyé par les régimes obligatoires de retraite), ou à défaut, le revenu annuel net de la dernière année d'activité.

Dans tous les cas, le retraité doit envoyer, **dès qu'il en a connaissance**, son 1^{er} avis d'imposition avec une année pleine de prestation retraite afin de confirmer la tranche de revenu permettant le calcul de la cotisation du régime frais de santé des anciens salariés.

La cotisation ainsi déterminée bénéficie de l'abondement annuel fixé par le Comité Paritaire de gestion (60 € pour 2008).

Date de mise en œuvre des prestations du nouveau régime

Les prestations du Régime Professionnel Conventionnel ont évolué au 1^{er} janvier 2008 mais les nouvelles prestations ne s'appliquent qu'aux nouveaux "sinistres". Comment savoir quel est le régime applicable ?

Le nouveau régime issu de l'accord collectif signé le 22 juin 2007 a pris effet le 01/07/2007. Toutefois, la date de mise en œuvre des prestations et des cotisations a été repoussée au 01/01/2008.

Pour savoir quel est l'accord applicable, les règles suivantes sont à suivre pour chaque type de prestations.

Remboursement de frais de santé : c'est la date de soins utilisée par le régime obligatoire qui sert de référence

Des soins de santé remboursés par le régime obligatoire avec une date de soins antérieure au 01/01/2008 sont remboursés par le Régime selon l'ancien accord.

Des soins de santé remboursés par le régime obligatoire avec une date de soins postérieure au 31/12/2007 sont remboursés par le Régime selon le nouvel accord.

Pour les prestations non remboursées par le régime obligatoire mais remboursées par le RPC ou le RS (exemple : lentilles), c'est la date de la facture qui sert de référence.

Arrêts de travail : c'est la date de l'arrêt de travail qui sert de référence

Pour les arrêts de travail, la date du premier jour



d'arrêt de travail est à prendre en compte quelle que soit la date de début d'indemnisation par le régime.

Ainsi, tout arrêt de travail ayant commencé avant le 01/01/2008 restera indemnisé selon l'ancien accord, pour l'incapacité et pour l'invalidité.

En revanche, tout arrêt de travail ayant commencé après le 31/12/2007 sera indemnisé selon le nouvel accord.

Décès d'un salarié en activité : c'est la date du décès qui sert de référence

Tout décès d'un salarié en activité intervenu avant le 01/01/2008 est indemnisé selon l'ancien accord, pour le capital décès et pour les rentes éducation.

Tout décès d'un salarié en activité intervenant après le 31/12/2007 est indemnisé selon l'accord du 22 juin 2007.

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 Actuaires

Création-Réalisation : ALASKA

Tirage : 82 000 exemplaires

N° 13 septembre 2008

N° ISSN : 1258 - 4843

Retrouvez les informations concernant le nouvel accord de prévoyance et le Régime Professionnel Conventionnel sur le site internet du régime www.prevoyancepharma.com

Septembre 2008 - N°13

Contact



Lettre d'information du Régime de Prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique

2008 Le nouveau régime

édito

L'année 2008 marque la mise en œuvre du nouveau régime de prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique, fruit des accords collectifs du 22 juin 2007 étendus par arrêté du 18 juillet 2008.

Depuis le 1^{er} janvier 2008 les prestations santé sont améliorées, notamment pour les verres de lunettes et les prothèses dentaires lorsque l'assuré utilise la procédure du devis préalable. La couverture prévoyance a également évolué avec une protection renforcée de la famille en cas de décès du salarié et des aménagements concernant l'arrêt de travail.

L'ancien régime demeure toutefois applicable pour les "anciens sinistres". A ce titre, le présent numéro de Contact rappelle les définitions et les dates d'application à retenir dans les différents cas.

Ces évolutions de couvertures ont entraîné la mise en œuvre de nouvelles procédures de gestion : aménagement de l'appel de cotisation pour tenir compte de la cotisation forfaitaire dédiée au fonds collectif santé, nouvelles procédures de déclaration des décès et des arrêts de travail, procédure du devis préalable en optique et dentaire, nouvelles modalités de calcul de la cotisation santé des anciens salariés ...

Beaucoup de changements qui ont dû être mis en œuvre par les gestionnaires du régime, et auxquels les entreprises et les assurés ont dû s'adapter. Sans compter les modifications intervenues au niveau du régime général de Sécurité sociale ! Contact revient sur certaines de ces évolutions pour clarifier les procédures à respecter, notamment en cas de renouvellement des lunettes et pour bénéficier des prestations majorées en optique et dentaire.

Les améliorations de prestations ont été possibles sans augmentation des cotisations grâce à la solidarité financière du régime qui couvre aujourd'hui plus de 155 000 personnes, assurés et leurs familles.

La situation financière du régime au 31/12/2007 dont une synthèse est présentée en première partie de ce numéro de Contact montre que la saine gestion et le pilotage régulier du régime par le Comité paritaire de gestion ont permis de financer les provisions réglementaires et de constituer des réserves complémentaires.

Ces réserves permettent de faire face aux aléas de sinistralité et de limiter les variations de cotisations. Permettront-elles de financer la nouvelle taxe annoncée par le Gouvernement et probablement mise à la charge des régimes de complémentaire santé dès 2009 ? Il reviendra aux partenaires sociaux de la branche d'en décider lorsque les modalités d'application de la nouvelle taxe seront précisées. Le prochain numéro de Contact ne manquera pas de faire le point sur le sujet.

En attendant, ce numéro de Contact répond aux questions les plus fréquentes concernant la mise en œuvre du nouveau régime et présente les nouveautés introduites au premier semestre 2008.

Bonne lecture

Le Comité Paritaire de Gestion

* Les différents changements sont décrits en détail dans Contact N°12 de novembre 2007 et dans les nouvelles notices d'information du régime établies par l'apgis et AXA France vie, les organismes assureurs.

S O M M A I R E

De bons résultats 2007

- Croissance des effectifs de 3%
- Stabilité des cotisations des actifs
- Maintien d'une faible sinistralité décès
- Légère reprise des arrêts de travail
- Maîtrise des prestations santé
- Retour à l'équilibre technique du régime des anciens salariés
- Nouvelle structure de cotisation pour les anciens salariés
- Frais de gestion compétitifs
- 220 M€ de provisions, fonds et réserves

Le devis préalable

- L'objectif : un remboursement amélioré
- Les questions pratiques

L'optique

- Le remboursement des lunettes
- Le prix moyen des verres

Le dentaire

- Le remboursement des prothèses
- Les prix constatés par région

Regard

- SANOFI PASTEUR

Date de mise en œuvre des prestations du nouveau régime

- Prestations santé : tenir compte de la date de soins utilisée par le Régime Obligatoire
- Prestations incapacité-invalidité : tenir compte de la date d'arrêt de travail
- Prestations décès des salariés en activité : tenir compte de la date du décès

Brèves

- Amélioration du remboursement de la radiologie
- Précision pour le calcul de la cotisation du régime des anciens salariés

De bons résultats 2007

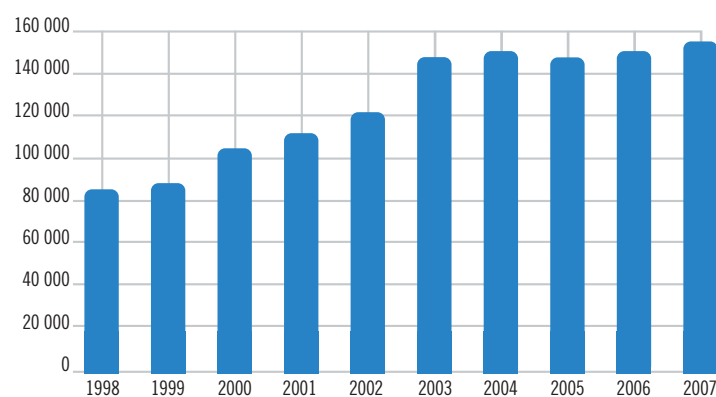


Une croissance des effectifs assurés de 3% qui renforce la mutualisation professionnelle.

Après une très forte augmentation des effectifs au début des années 2000 et une légère baisse en 2005, l'exercice 2007 confirme le retour à la croissance des effectifs du régime des actifs observée en 2006.

Au total, plus de 77 000 adhérents participent aujourd'hui à la mutualisation professionnelle dont 85% d'actifs et 15% d'anciens salariés. Avec leur famille, cela représente plus de 155 000 personnes protégées.

En 10 ans, les effectifs couverts par le Régime Professionnel Conventionnel ont doublé.



La stabilité des cotisations prévoyance et santé des actifs.

Les bons résultats 2007 du régime Maladie-Chirurgie-Maternité ont permis de maintenir inchangé le taux de cotisation 2008 malgré l'amélioration des prestations.

Une cotisation nouvelle de 0,15% du Plafond de la Sécurité sociale a été mise en place pour alimenter le fonds collectif santé créé par l'Accord Collectif de prévoyance du 22 juin 2007. En parallèle, le taux de cotisation appelé pour le régime Décès-Incapacité-Invalidité a légèrement baissé (1,45% TA TB TC au lieu de 1,54% TA TB) et a été étendu à la tranche C pour couvrir l'extension des prestations à cette tranche de rémunération.

Toutes garanties confondues, le niveau des taux de cotisations du régime des actifs est resté globalement stable.

Le maintien d'une faible sinistralité décès.

Concernant le risque décès, le ratio sinistres / cotisations s'est légèrement dégradé en 2007. Le taux de mortalité du régime reste toutefois très inférieur à la moyenne nationale et le résultat du risque décès contribue une fois de plus de façon favorable au résultat technique du régime.

FIN 2007, LE MONTANT DE L'ACTIF CANTONNÉ DU RÉGIME S'ÉLÈVE À PLUS DE 220 M€

Une légère reprise des arrêts de travail.

Le résultat 2007 du risque arrêt de travail est tout juste équilibré en raison d'une légère reprise du nombre et surtout de la durée moyenne des arrêts constatés.

Les bons résultats constatés en 2005 et 2006 et le montant des réserves prévoyance ont toutefois permis au comité paritaire de gestion de reconduire en 2007 le taux de revalorisation des prestations appliqué en 2006 (1,70%).

La maîtrise des prestations santé.

Les très bons résultats du régime maladie des actifs sont principalement dus à la maîtrise des prestations depuis 2006 et à l'évolution des cotisations.

Le montant des prestations du régime maladie des actifs a augmenté moins vite que le volume des cotisations qui a suivi la hausse des effectifs et des bases de cotisations (Plafond annuel de la Sécurité sociale et masse salariale). En outre, les provisions constituées dans les comptes 2006 pour couvrir les prestations à payer ont été largement suffisantes ce qui a contribué à améliorer le résultat 2007.

Le retour à l'équilibre technique du régime maladie des anciens salariés.

Les augmentations de cotisations en 2006 et 2007 et le ralentissement de la hausse des prestations ont permis de rétablir l'équilibre technique du régime maladie des anciens salariés.

Pour la seconde fois depuis plusieurs années, il n'a pas été nécessaire d'utiliser la réserve de couverture pour équilibrer le compte de résultats du régime des anciens salariés.

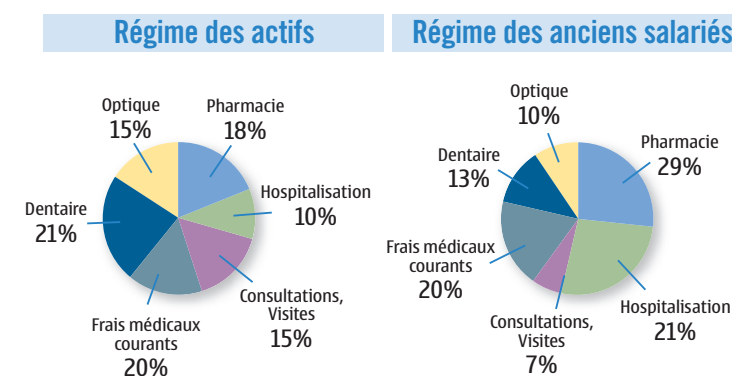
L'évolution de la structure des cotisations des anciens salariés

Pour 2008, le nouvel Accord Collectif sur le régime frais de santé des anciens salariés a introduit à un coût moyen inchangé un nouveau barème de cotisation en fonction du revenu de remplacement pour l'ensemble des anciens salariés de la branche. En conséquence, la plupart des anciens salariés ont vu leur cotisation évoluer, soit à la hausse, soit à la baisse, mais tous bénéficient en 2008 de l'abondement mis en œuvre dans le nouvel accord qui réduit la cotisation de 60€ par an par adhérent pour 2008.

Une structure de consommation santé différente entre actifs et anciens salariés.

Bien que le niveau des prestations soit rigoureusement le même, la structure de la consommation santé des actifs est très différente de celle des anciens salariés.

Ventilation des remboursements du Régime Professionnel Conventionnel



Des frais de gestion compétitifs.

Les frais de gestion sont restés très compétitifs même en tenant compte des frais liés aux nouveaux services mis à la disposition des assurés par l'agpis, gestionnaire du régime (serveur vocal, site internet, adresse e-mail, développement de l'utilisation du service d'étude des devis IDECLAIR).

Au total, les frais de gestion, de promotion, de communication et de suivi technique du régime s'élèvent à 7,05% des cotisations du régime maladie (7,08% en 2006) et à 4,82% des cotisations et 3% des prestations périodiques pour le régime décès – incapacité – invalidité (4,87% des cotisations et 3% des prestations périodiques en 2006).

220 M€ de provisions, fonds et réserves.

Toutes les provisions réglementaires nécessaires au financement des sinistres en cours sont constituées. De plus, des provisions supplémentaires ont été constituées pour la revalorisation future des prestations périodiques. Au total fin 2007, le montant des provisions techniques du régime dépasse 160 M€ (hors fonds collectif santé et réserve de couverture des anciens salariés).

Les bons résultats 2007 ont de plus permis d'alimenter les réserves qui ont progressé de plus de 20% en 2007.

En prévoyance, 23,3 M€ de réserves représentent six mois de cotisations et environ 17% des provisions. Compte-tenu de la volatilité des risques prévoyance, notamment du risque décès, le montant des réserves représente une marge

de sécurité confortable mais adaptée aux risques assurés et qui permettra de faire face aux fluctuations de sinistralité.

En santé, la réserve générale des actifs atteint 21,5 M€ fin 2007 après prélèvement de 4,3 M€ pour alimenter le fonds collectif santé. Les provisions et réserves au titre du régime frais de santé des anciens salariés s'élèvent à 7,8 M€ dont 5,8 M€ dans la réserve de couverture et 2 M€ de réserve générale.

En Millions d'euros	2007
Provisions techniques	161,40
Provisions risque décès	25,70
Provisions risque arrêt de travail	127,00
Provisions risque maladie - actifs	6,90
Provisions risque maladie - anciens salariés	1,80
Reserves Prévoyance	25,60
Réserves et provision pour égalisation	23,30
Fonds de revalorisation	2,30
Reserves maladie	33,70
Réserves et provision pour égalisation	23,50
Réserves de couverture des retraités	5,80
Provision des retraités cadres	0,10
Fonds collectif santé	4,30
Ensemble	220,70

De bons résultats financiers

En 2007 comme en 2006, le taux de rendement distribué dans les comptes a été de 4,8%.

Ce taux très supérieur au taux minimum nécessaire pour financer les intérêts techniques escomptés dans le calcul des provisions a permis de dégager des excédents financiers qui s'ajoutent aux résultats techniques constatés.

Synthèse de l'évolution des taux de rendement :

Exercice	Taux de rendement financier
2003	6.00%
2004	5.20%
2005	4.80%
2006	4.80%
2007	4.80%
Taux moyen 5 exercices	5.12%

Le devis préalable : rencontre avec les gestionnaires de l'APGIS

Pourquoi est-il souhaitable de passer par un devis préalable pour le dentaire et l'optique ?

Depuis le 1^{er} janvier dernier, le Régime Professionnel Conventionnel prévoit un plafond de remboursement différent selon qu'il y ait ou non devis préalable.

L'intérêt pour le salarié est donc évident : il pourra bénéficier d'un meilleur remboursement de son régime complémentaire ; associé à des prix facturés mieux contrôlés, le montant qui reste à sa charge est significativement minoré. Ceci est particulièrement appréciable car il s'agit d'actes souvent onéreux.

Par ailleurs, le passage par un devis permet d'éviter des contestations sur les factures établies a posteriori et des mauvaises surprises sur le montant à payer une fois l'acte réalisé.

De plus, dans le cadre de la procédure mise en œuvre par l'APGIS, il pourra également bénéficier d'une prise en charge avec tiers-payant.

Mais quelle est la réaction du praticien devant cette demande ?

Il y a lieu tout d'abord de rappeler que le praticien a un devoir de conseil et que la remise d'un devis pour les actes concernés est obligatoire. Il y a même pour l'opticien une obligation de proposer un devis avec une **offre de base** c'est-à-dire l'offre la moins chère qu'il peut proposer en respectant la prescription.

Ceci étant, le devis permet également une meilleure clarté de la facturation, ce qui est dans l'intérêt de toutes les parties.

Par ailleurs, la pratique du tiers-payant est appréciée, même si certains dentistes sont plus réticents que les opticiens.

Et pour les gestionnaires ?

La pratique des devis implique des contacts permanents entre les gestionnaires et les praticiens, ce qui instaure un dialogue, des échanges constructifs et des relations de confiance.

Le gestionnaire n'est plus un organisme payeur « aveugle » et dès lors il peut améliorer la qualité des conseils qu'il apporte aux assurés.

Les conseillers de l'APGIS ont d'ailleurs de plus en plus souvent, à la demande des assurés, un rôle « d'intermédiaire » et de dialogue avec le praticien.

A propos de conseils, quelles sont les interrogations les plus fréquentes ?

La principale source d'interrogation concerne les actes dentaires en raison de la diversité et de la complexité des actes existants avec une nomenclature qui n'a pas évolué au regard des nouvelles technologies. Qu'est-ce qui est remboursable par la Sécurité sociale ? Par le régime ? Pour l'optique – en dehors de la complexité des différents types de verres et



degrés de correction – les questions portent souvent sur l'intérêt des options et traitements spéciaux proposés qui surenchérisent le coût. Le devis détaillé permet de répondre à ces questions : l'assuré a une information exacte sur son « reste à charge » et peut ainsi demander, le cas échéant, un autre devis.

Et sur le prix des actes et des équipements ?

Pour le dentaire, il n'est pas toujours possible de répondre à cette question car la réalisation de l'acte fait appel dans certains cas à des éléments que seul le praticien peut maîtriser ; néanmoins, nous pouvons déceler à partir des devis les cas de coûts « hors normes » et en informer le patient ou bien contacter le praticien en cas de doute sur la cotation de l'acte. Ceci conduit dans de nombreux cas à la baisse du devis initial. Par ailleurs, le suivi des devis nous permet d'établir des grilles tarifaires par région pour les principales pathologies observées.

Pour l'optique, il s'agit en l'occurrence de l'achat d'un équipement et nous disposons d'un référentiel¹ pour tous les types de verres. L'expérience nous montre que l'opticien dispose d'une variation importante des prix pratiqués pour un même équipement.

Après quelques mois de mise en œuvre de cette procédure de devis, quel est le constat ?

Plus de 70% des actes optique et dentaire s'effectuent désormais avec devis préalable. L'APGIS a ainsi analysé depuis le début de l'année environ 50 000 devis. Après une phase de mise en œuvre, nous sommes de plus en plus réactifs : conseils éclairés, réponse rapide par différents moyens (téléphone, fax, internet, ...). La première tendance 2008 laisse ressortir une meilleure maîtrise des prix pratiqués et une diminution du nombre de dossiers avec des coûts « hors norme ». Et un meilleur dialogue avec les assurés s'instaure progressivement.

Le point sur le remboursement des lunettes



Le régime Professionnel Conventionnel ne prend en charge que les lunettes remboursées par la Sécurité sociale, dans la limite prévue (voir page 8 du présent Contact).

Mais quelles sont les modalités précises de prise en charge des lunettes par la Sécurité sociale ?

Les lunettes (verres et monture) sont prises en charge (depuis le 15 avril 2007) :

- Sans limitation annuelle d'attribution pour les patients ayant moins de 6 ans et pour les patients ayant plus de 18 ans ; la prise en charge demeure dans tous les cas conditionnée à la justification médico-technique de la prestation ;
- Dans la limite d'une attribution maximale par an pour les patients entre 6 et 18 ans.
- Pour les patients ayant moins de 18 ans, seuls les verres organiques sont pris en charge.

Les verres teintés sont pris en charge dans les indications médicales suivantes :

- Affections oculaires (conjonctivites intenses, kératites, iritis, cataractes centrales ou congénitales, rétinopathies),
- Myopies fortes lorsqu'elles s'accompagnent de photophobie,
- A titre exceptionnel, certaines photophobies lorsqu'elles n'entrent pas dans le cadre des affections désignées ci-dessus.

Il est donc clairement établi que le remboursement des lunettes est subordonné à une prescription médicale dans l'intérêt de la santé publique, selon les termes de la cour de justice des communautés européennes.

Renouvellement des lunettes...

Depuis le 15 avril 2007, l'Assurance Maladie rembourse les lunettes renouvelées par un opticien pour les assurés âgés de plus de 16 ans et

présentant une ordonnance de moins de 3 ans. Les assurés pourront ainsi renouveler leurs lunettes et leurs verres correcteurs sans retourner consulter leur ophtalmologiste, dès lors que ce dernier ne sera pas opposé, pour des raisons médicales, à ce principe.

Prévue dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, cette mesure a pour objectif de faciliter l'accès aux soins des patients en réduisant les délais d'attente chez les ophtalmologistes qui peuvent atteindre plusieurs mois dans certaines régions. Elle va aussi permettre à ces praticiens de consacrer une part plus importante de leur temps à des actes plus complexes que l'examen de la presbytie et la prescription de lunettes.

Comment faire¹ ?

• La correction de mes verres reste identique :

L'assuré doit se munir d'une prescription médicale datant de moins de trois ans (à compter du 15 avril 2007) pour renouveler son équipement.

• La correction de mes verres a besoin d'être modifiée :

Un opticien peut modifier le degré de correction des verres pour les prescriptions établies à compter du 15 avril 2007 sauf cas d'opposition. Dès lors, il est tenu d'en informer le prescripteur initial.

• Le cas particulier de la presbytie :

Si l'opticien découvre une presbytie jusqu'alors méconnue, il ne pourra pas corriger les verres. Dans ce cas, le patient aura besoin d'une prescription de son ophtalmologue concernant précisément la presbytie.

Attention aux traitements facturés

Les traitements proposés ne sont pas toujours indispensables et sont quelquefois déjà réalisés sur le verre selon la marque et le type de correction. L'analyse du devis par l'APGIS peut permettre une sur-facturation non justifiée forcément.

¹ Attention, le remboursement de l'équipement se fait toujours dans la limite prévue par votre contrat.

ADULTE (18 ans et plus)	Base Sécurité Sociale	Prix moyen adultes (18 ans et plus)
Myopie		
2203240 (0-6)	2,29 €	Verre unifocal : de 90 à 100 €
2282793 (6-10)	4,12 €	Verre unifocal : de 150 à 175 €
Astigmatie (cylindre <4)		
2259966 (0-6) / Cylindre 1,5	3,66 €	Verre unifocal : de 100 à 110 €
2284527 (>6) / Cylindre 1,5	6,86 €	Verre unifocal : de 160 à 180 €
Presbytie		
2290396 (0-4) / Addition +1	7,32 €	Verre progressif : de 210 à 230 €
2245384 (>4) / Addition +1	10,82 €	Verre progressif : de 250 à 280 €
ENFANTS (moins de 18 ans)	Base Sécurité Sociale	Prix moyen enfants (moins de 18 ans)
Myopie		
2261874 (0-6)	12,04 €	Verre unifocal : de 60 à 75 €
Astigmatie (cylindre <4)		
2200393 (0-6) / Cylindre 1,5	14,94 €	Verre unifocal : de 140 à 160 €

Quels sont les actes remboursables pour le dentaire



La principale source d'interrogation concernant les actes dentaires résulte de la diversité et la complexité des actes existants au regard d'une nomenclature qui a peu évolué avec les nouvelles technologies.

En conséquence, les gestionnaires sont le plus souvent confrontés à des questions de cotation. Voici quelques précisions utiles :

Prothèses dentaires :

• Couronne sur implant remboursable ou non ?

• Les couronnes sur implant sont remboursables par la Sécurité sociale dans la plupart des cas sur la base d'un SPR 30 (Soins Prothétiques Réparateurs) sous réserve de l'établissement d'une feuille de soins transmise à la CPAM, ce que ne fait pas toujours le praticien. Il y a lieu de veiller à ce point car le régime complémentaire ne peut intervenir qu'en complément d'un remboursement Sécurité sociale.

• Les prothèses remboursables ou non ? Que couvre le régime ?

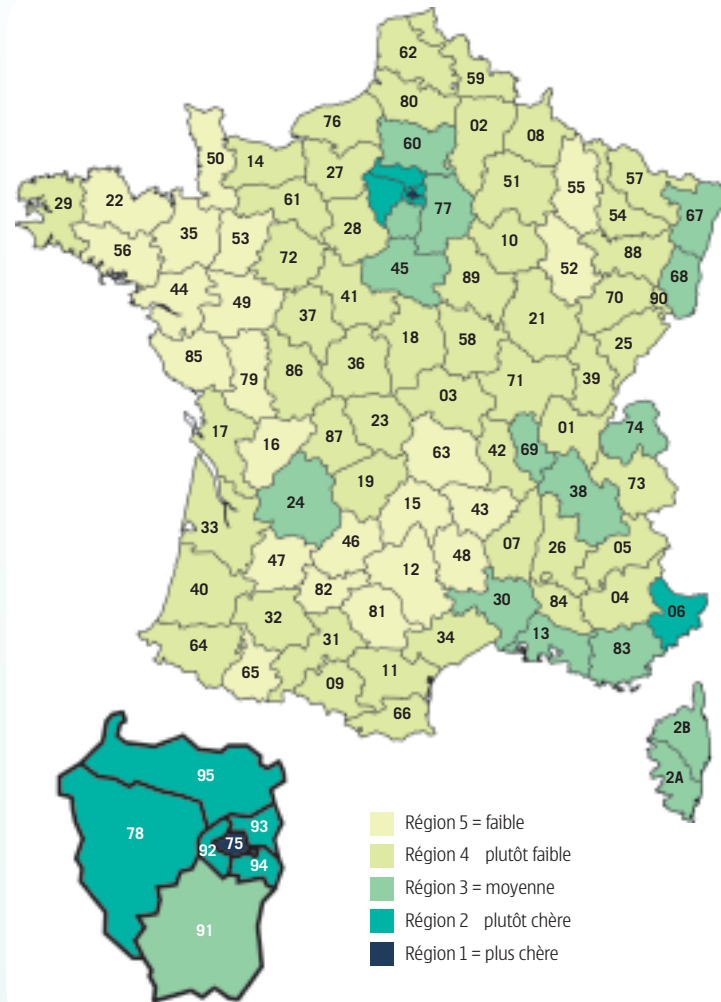
Le régime prévoit la prise en charge des prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale et des prothèses refusées mais figurant dans la nomenclature.

Ne sont pas couvertes les prothèses dites Hors nomenclature (HN) telles que :

- Les prothèses céramo-céramiques ⁽¹⁾
- Les prothèses provisoires,
- Les prothèses esthétiques, ...

En revanche, les prothèses dans la nomenclature qui auraient fait l'objet d'un refus d'ordre médical de la part de la CPAM sont prises en charge :

- Prothèse sur dent vivante,
- Prothèse sur dent n'ayant pas d'antagonisme en opposition.



⁽¹⁾ Sont exclues du champ de cotation les couronnes ne faisant pas intervenir une technique de coulée métallique donc toute couronne céramo-céramique quelle que soit la technique utilisée. Il en est de même pour les couronnes sur dent temporaire, préfabriquées, provisoires ou partielles.

Et quels sont les prix observés par l'APGIS ?

Le tableau ci-dessous indique les **prix moyens constatés** sur les dossiers analysés par l'APGIS pour les actes les plus importants et par région tarifaire. Ces prix moyens sont indicatifs : seul un devis complet peut permettre à l'APGIS de comparer le prix avec son référentiel. Selon les gestionnaires, le prix est élevé dans environ un tiers des cas.

ACTES	Région 1	Région 2	Région 3	Région 4	Région 5
Couronne	700 €	580 €	540 €	500 €	450 €
Inlay-core	350 €	290 €	270 €	220 €	190 €
Inlay-core à clavette	380 €	320 €	300 €	250 €	220 €
Inter bridge 1 dent	510 €	490 €	470 €	460 €	410 €
Traitement orthodontique ¹	950 €	820 €	700 €	640 €	620 €

¹ Amovible sur denture définitive.

REGARD : SANOFI PASTEUR

Sanofi Pasteur, premier producteur mondial de vaccins, est la division vaccins du Groupe Sanofi-Aventis. Au 1^{er} janvier 2008, l'entreprise a intégré les dispositifs de prévoyance et de frais de santé du Groupe pour l'ensemble de ses collaborateurs en France. Nous avons rencontré Monsieur Eric MEUNIER (Vice Président Ressources Humaines, Sanofi Pasteur).



Quelle est votre activité ?

Sanofi Pasteur a pour mission de protéger et d'améliorer la santé humaine dans le monde, en proposant des vaccins innovants, répondant aux plus hauts standards de qualité, pour la prévention et le traitement des maladies, et en jouant un rôle actif auprès des acteurs de santé publique, pour promouvoir la vaccination. Sanofi Pasteur dispose de la plus large gamme de vaccins qui permet de protéger contre 20 maladies infectieuses

Sanofi Pasteur a été la première société à produire un vaccin contre la grippe pandémique H5N1, dès 2004. En 2007, Sanofi Pasteur a obtenu le premier enregistrement d'un vaccin humain contre la grippe aviaire autorisé aux Etats-Unis par la FDA (Food and Drug Administration).

Quels seront les vaccins de demain ?

Nous avons 25 vaccins en cours de développement et 3 soumis à enregistrement. Ils concernent des maladies pour lesquelles il n'existe pas encore de vaccin comme la dengue ou le virus du Nil occidental, des vaccins contre le paludisme ou la tuberculose ou encore des vaccins de nouvelle génération contre l'encéphalite japonaise ou la grippe par voie-intradermique, par exemple. Sanofi Pasteur participe également bien sûr à l'effort mondial pour la mise au point d'un vaccin contre le VIH.

Autre axe innovant : les vaccins thérapeutiques contre le cancer colorectal et le mélanome sont en cours de développement. Ces vaccins visent à stimuler le système immunitaire contre les cellules cancéreuses en complément de la chirurgie et de la chimiothérapie. Ce sont plus de 1600 personnes dédiées à la recherche et développement (R&D) en France, au Canada et aux Etats-Unis. Le développement d'un nouveau vaccin prend entre 14 et 25 ans.

Quelle est votre activité en France ?

Le siège mondial de Sanofi Pasteur est situé à Lyon. Nous avons également deux sites majeurs : le site de production et de R & D de Marcy l'Etoile, situé en périphérie de Lyon, emploie plus de 3000 personnes et est le plus grand site industriel au monde consacré aux vaccins. Créé en 1917 par Marcel Mérieux, il produit aujourd'hui la moitié de la production annuelle

de vaccins de Sanofi Pasteur dans le monde.

Le site de production et distribution de Val de Reuil, à proximité de Rouen, emploie près de 1500 personnes. Ce site historique créé par l'Institut Pasteur Production en 1973 est le premier producteur mondial de vaccin contre la grippe. Le centre de distribution de Val de Reuil achemine les vaccins fabriqués en France (Val de Reuil et Marcy l'Etoile) dans 150 pays.

Les autres sites de R&D et de production sont répartis dans le monde : Canada, Etats-Unis, Argentine, Thaïlande et Chine.

Quelles sont les évolutions récentes qui ont marqué Sanofi Pasteur ?

Fort d'un héritage de plus d'un siècle, l'entreprise a fait partie du groupe Rhône Poulenc puis Aventis et, en 2004, Sanofi-Aventis. Avec 1 milliard d'euros investis durant les 5 dernières années, Sanofi Pasteur renforce continuellement ses capacités de recherche, développement et de production, notamment en France, aux Etats-Unis ou en Chine.

Au niveau social, comment s'est traduite la création du Groupe Sanofi-Aventis ?

Dès la constitution du nouveau groupe, une instance de négociation a été mise en place et, par voie d'accord collectif également, ont été définis les thèmes et le calendrier des négociations à tenir : institutions représentatives du personnel, emploi, droit syndical, épargne salariale, statut du personnel, et, pour le premier trimestre 2006, régimes de prévoyance, couverture complémentaire des frais de santé et retraites complémentaires.

Et donc, plus particulièrement au niveau de la prévoyance ?

Le principe a été posé d'harmoniser les dispositifs prévoyance santé de Sanofi Pasteur avec ceux de l'ensemble du Groupe, au sein du nouveau régime du Sanofi-Aventis frais de santé et prévoyance : régime collectif sur complémentaire qui complète celui de l'industrie pharmaceutique.

Sanofi Pasteur qui, en raison de son histoire (Mutuelle Mérieux), n'était pas adhérent au RPC contrairement

aux autres entités du groupe, en fait partie depuis le 1^{er} janvier 2008.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, Sanofi Pasteur relève des régimes communs à tous les salariés du Groupe Sanofi-Aventis en France :

Le régime du Groupe Sanofi-Aventis est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2007. Plus de 18 mois de négociations ont été menées en parallèle des négociations au niveau de la branche pour assurer la nécessaire cohérence des régimes.

Les principaux axes force de ce régime sont les suivants :

- un régime commun à toutes les catégories de personnel et à tous les métiers présents en France,
- pas de compensation entre les frais de santé et la prévoyance,
- des comptes distincts : actifs et retraités mais un pilotage des régimes par une commission paritaire technique unique.

Pour les frais de santé : Une cotisation familiale pour une couverture bénéficiant aux salariés inscrits et ayants droit dont le conjoint, concubin, pacsé même non à charge et une adhésion individuelle facultative proposée aux retraités et à leur conjoint avec une cotisation à leur charge et au tarif d'équilibre. Il est prévu des plafonds par acte limitant les dépenses excessives

Ce régime est conforme aux dispositions de la loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (médecin traitant, parcours de soin, 1€ forfaitaire).

Pour la prévoyance : des prestations d'incapacité et d'invalidité en complément des prestations en espèces de la sécurité sociale pour assurer un revenu de remplacement de l'ordre de 90%.

Le versement de capitaux décès avec des majorations liées à la situation de famille, le versement de rentes temporaires aux enfants du salarié et enfants à charge fiscale du foyer pour un montant et une durée déterminés ■