

édito

Le régime de prévoyance en 2009 et 2010

L'année 2009 a été marquée par :

La mise en place du tiers payant généralisé pour tous :

Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'ensemble des salariés et anciens salariés qui adhère au Régime Professionnel Conventionnel bénéficie du tiers payant généralisé. Le tiers payant permet d'éviter l'avance de frais par les assurés lors de l'achat de prestations et soins de santé (voir page X).

La mise en œuvre de la portabilité des droits, un nouveau dispositif concernant le maintien des couvertures pour les anciens salariés :

Depuis le 1^{er} juillet 2009, les différents dispositifs concernant le maintien des couvertures pour les anciens salariés ont été complétés d'un droit nouveau : la portabilité des droits¹. Ce nouveau dispositif concerne tous les salariés dont la rupture ou la fin du contrat de travail donne droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage ; il prévoit la possibilité pour les intéressés de conserver, sous certaines conditions et pour une certaine durée, le bénéfice des couvertures complémentaires santé et prévoyance dont ils bénéficiaient dans l'entreprise. Le principe de la portabilité des droits et son articulation avec les autres dispositifs de maintien des couvertures pour les anciens salariés sont présentés en page XX.

La reconduction des organismes assureurs APGIS – AXA pour une nouvelle période de 5 ans :

A l'issue de la procédure d'appel d'offres réalisé en 2009, les partenaires sociaux de la branche ont reconduit pour une durée de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2010, les organismes assureurs APGIS et AXA. Les résultats de l'appel d'offres ont notamment permis de faire évoluer les modalités de gestion financière afin d'optimiser les conditions de rémunération financière et de bénéficier d'une garantie de taux égale à 98% du taux de l'actif général AXA pour l'ensemble des provisions et réserves du régime.

Les bons résultats du régime des actifs mais le déficit structurel du régime santé des anciens salariés.

Malgré une conjoncture économique difficile et l'évolution des dépenses d'assurance maladie, les comptes de résultats du régime des actifs sont bons en prévoyance comme en santé. En revanche, les résultats du régime frais de santé des anciens salariés restent déficitaires. Au premier semestre 2010, les partenaires sociaux de la branche ont étudiés les solutions possibles pour rééquilibrer le régime sans modifier les prestations qui restent aligner sur les prestations du régime des actifs.

L'évolution du barème des cotisations du régime des anciens salariés pour 2011.

L'accord collectif du 8 juillet 2010 sur le régime frais de santé des anciens salariés instaure un nouveau barème de cotisations à compter du 1^{er} janvier 2011. Le principe des cotisations fonction du revenu de remplacement est maintenu. Le barème existant qui comporte xx tranches de tarifs différentes est remplacé par un barème à 6 tranches seulement.

Ce numéro 14 de Contact présente la situation financière du régime et revient sur les principales évolutions intervenues en 2009 et 2010. Il insiste en particulier sur les différents dispositifs de maintien des couvertures pour les anciens salariés et notamment le régime des anciens salariés.

Bonne lecture

Le Comité Paritaire de Gestion

SOMMAIRE

Les résultats 2009

- De bons résultats pour le régime des actifs en prévoyance comme en santé
- Le déficit structurel du régime frais de santé des anciens salariés
- Des résultats financiers satisfaisants

Le tiers payant

- Qu'est ce que le tiers payant ?
- Comment en bénéficier ?

L'aide complémentaire santé

- Qui peut en bénéficier ?
- Comment ?

Le maintien des couvertures pour les anciens salariés :

- Le maintien gratuit
- La portabilité des droits

Le régime des anciens salariés

- Des prestations identiques à celles du régime des actifs
- Des cotisations indépendantes de l'âge
- Un délai d'adhésion limité à neuf mois après le terme du contrat de travail

¹ Dispositif mis en œuvre en application des dispositions de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008 étendu par arrêté du 23 juillet 2008 et son avenant n°3 du 18 mai 2009 (étendu par arrêté du 7 octobre 2009 – JO du 15 octobre 2009).

Les résultats 2009

Avec plus de 125 M€ de cotisations, 192 M€ de provisions techniques et 80 M€ de fonds et réserves, le Régime Professionnel Conventionnel de l'Industrie Pharmaceutique qui couvre plus de 150 000 personnes protégées affiche toujours une situation financière solide.

De bons résultats pour le régime des actifs en prévoyance comme en santé.

Les résultats 2009 du régime des actifs sont marqués par une très bonne année en prévoyance (résultats de + 15,36 M€ en décès, incapacité et invalidité) notamment grâce au maintien d'une très faible sinistralité décès et d'une amélioration du risque arrêt de travail sur les survenances anciennes.



Le résultat santé du régime des actifs est également positif (+4,49 M€). Ces bons résultats ont permis de maintenir inchangé les taux de cotisations du régime des actifs depuis 2007, malgré l'augmentation du taux de contribution CMU qui est passé de 2,5% à 5,9% en 2009 et la mise en place d'une nouvelle contribution en 2010 pour financer les vaccins de la grippe H1N1.

La bonne situation financière du régime, notamment en prévoyance, a permis de financer la constitution des provisions au-delà des minima réglementaires. L'âge limite de provisionnement des assurés en invalidité 1^{ère} catégorie travaillant à temps partiel a ainsi été porté de 60 à 65 ans dans les comptes 2009 pour tenir compte du fait que ces derniers ne sont plus mis automatiquement à la retraite à 60 ans.

Montant en Millions d'euros	Compte de résultat du régime des actifs			
	DECES	INCAPACITES INVALIDITE	SANTE	TOTAL
CREDIT				
Cotisations	17,49	32,05	59,16	108,71
Provisions pour prestations à régler 01/01	8,75	5,97	8,88	23,60
Provisions mathématiques 01/01	18,88	137,72		156,60
Intérêts sur provisions	0,84	6,10		6,94
Engagement de revalorisation	0,11	3,11		3,22
Financement des invalidités 1 ^{ère} catégorie jusqu'à 65 ans	0,81	7,47		8,28
DEBIT				
Prestations	-10,86	-23,76	-48,63	-83,25
Provisions pour prestations à régler 31/12	-8,04	-6,10	-7,00	-21,14
Provisions mathématiques 31/12	-20,41	-149,30		-169,70
Frais de service	-0,84	-2,19	-4,43	-7,45
CMU			-3,49	-3,49
Dotation aux fonds de revalorisation	-0,14	-2,31		-2,46
SOLDE CREDITEUR	6,60	8,76	4,49	19,85

Le fonds collectif santé continue lui aussi à progresser. Il permet de préfinancer en période d'activité une partie de la cotisation santé des anciens salariés qui adhèrent au régime des anciens salariés.

REGIME DES ACTIFS	
Montant en Millions d'euros	Fonds Collectifs Santé
Montant au 1^{er} janvier 2009	6,38
Cotisations (nettes de frais)	2,25
Intérêts sur cotisations	0,05
Intérêts sur provisions	0,26
Dotation à la réserve de couverture	0,53
Frais sur encours	0,01
Montant au 31 décembre 2009	8,39

De bons résultats pour le régime des actifs en prévoyance

Les bons résultats du régime des actifs permettent d'alimenter les réserves du régime des actifs. Ces réserves atteignent plus de 72 M€ fin 2009 (y compris fonds collectif santé). Elles assurent une certaine stabilité des cotisations malgré les évolutions de la sinistralité en prévoyance et en santé.

PROVISIONS FONDS ET RESERVES RÉGIME DES ACTIFS		
Montant en Millions d'euros	2008	2009
PRÉVOYANCE	26,00	32,70
Réserves et provision pour égalisation	25,40	32,50
Fonds de revalorisation	0,60	0,20
FRAIS DE SOINS	32,38	39,88
Réserve générale	25,98	31,48
Fonds collectif santé	6,40	8,40
TOTAL	58,38	72,58



Le déficit structurel du régime santé des anciens salariés

Le régime maladie des anciens salariés reste déficitaire en 2009 (-1,1 M€). Les augmentations de cotisations n'ont pas été suffisantes pour compenser l'évolution des prestations et des taxes.

REGIME DES ANCIENS SALARIES	
Montant en Millions d'euros	
CREDIT	ANCIENS SALARIES
Cotisations payées	13,75
Cotisations prélevées	0,26
Provisions pour prestations à régler 01/01	1,35
Inrérêt	
DEBIT	
Prestations	-13,24
Provisions pour prestations à régler 31/12	-1,40
Frais de service	-1,04
CMU	-0,81
SOLDE DEBITEUR	-1,13



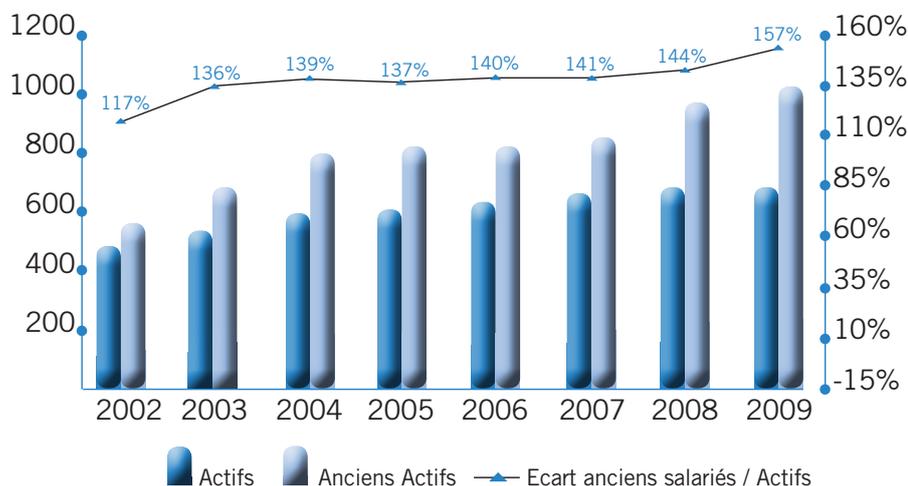
En 2009, le déficit total de 1,1 M€ a pu être financé par la réserve générale du régime des anciens salariés. Mais le montant de cette réserve (0,6 M€ fin 2009) n'est pas suffisant pour financer un déficit chronique du régime des anciens salariés. Une évolution de la structure des cotisations a donc été décidée pour 2011 afin de favoriser le retour à l'équilibre du régime des anciens salariés (page XX). La réserve de couverture destinée à financer une partie des cotisations santé des anciens salariés progresse légèrement.

RESERVES DU REGIME DES ANCIENS SALARIES		
Montant en Millions d'euros	2008	2009
FRAIS DE SOINS		
Réserve générale	1,7	0,6
Réserve de couverture des retraités	6,1	6,7
TOTAL	7,8	7,3

Les résultats 2009

Les résultats 2009 conduisent à un ratio prestations / cotisations nettes de l'ordre de 110% en légère dégradation par rapport à 2008. Ce ratio de 110% signifie que pour 100€ de cotisations le régime doit payer 110€ de prestations. Comparé aux prestations des actifs, le montant moyen des prestations versées aux anciens salariés continue de croître plus vite que les prestations moyennes des actifs. Depuis 2002, l'écart entre le montant moyen des prestations versées aux anciens salariés et le montant moyen des prestations versées aux actifs s'est nettement accru. L'écart est passé de 17% en 2002 à 57% en 2009.

EVOLUTION COMPARÉE DES PRESTATIONS MOYENNES DU RÉGIME DES ACTIFS ET DES ANCIENS SALARIÉS



Des résultats financiers satisfaisants

En 2009, les résultats financiers ont été très satisfaisants malgré la poursuite de la crise économique qui a suivi la chute des marchés financiers mi 2008. Les provisions et réserves du régime ont été rémunérées à un taux de 4,43%, nettement supérieur au minimum pris en compte pour le calcul des provisions ce qui permet de dégager des excédents financiers qui complètent les résultats techniques.

SYNTHESE DE L'EVOLUTION DES TAUX DE RENDEMENT DISTRIBUÉS DANS LES COMPTES

Exercice	Taux de rendement financier
2003	6,00%
2004	5,20%
2005	4,80%
2006	4,80%
2007	4,80%
2008	4,30%
2009	4,43%
TAUX MOYEN DES 7 DERNIERS EXERCICES	4,90%

Le tiers payant

Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'ensemble des salariés et anciens salariés (à l'exception des licenciés) qui adhèrent au Régime Professionnel Conventionnel bénéficie du tiers payant généralisé.



Qu'est-ce que le tiers payant ?

Le tiers payant permet d'éviter l'avance de frais par les assurés lors de l'achat de prestations et soins de santé, qu'il s'agisse de soins de ville ou de soins dispensés en établissement de santé. Sur présentation par l'assuré de l'attestation d'ouverture des droits au régime de base de la Sécurité sociale et au régime complémentaire, les professionnels de santé adressent le montant de leurs prestations directement à de la Sécurité sociale et aux organismes complémentaires concernés.

Attention :

Le tiers payant s'applique uniquement aux prestations faisant l'objet d'un remboursement pas la Sécurité sociale. Il est limité au niveau d'intervention de la Sécurité sociale et du régime complémentaire. Les prestations non remboursées par la sécurité sociales et le montant des prestations qui dépassent le montant pris en charge par le régime complémentaire ne bénéficient pas du tiers payant ; ils doivent être payés directement par l'assuré.

Comment fonctionne le tiers payant Sécurité sociale ?

Le tiers payant de la Sécurité sociale s'effectue sur présentation de la carte vitale à jour.

Comment fonctionne le tiers payant du régime complémentaire ?

Le tiers payant du régime professionnel conventionnel de l'industrie pharmaceutique s'effectue sur présentation de l'attestation à jour délivrée par le gestionnaire du régime.

L'aggis utilise l'attestation SP santé. SP santé est une norme généralisée sur tout le territoire français utilisable auprès de tous les professionnels de santé. Cette norme a été créée pour faciliter la collecte et le traitement des flux de tiers payant. Le CETIP en est l'opérateur technique.

Comment obtenir l'attestation de tiers payant ?

Il suffit d'envoyer à l'aggis l'attestation Sécurité sociale à jour. A réception de ce document, l'APGIS vous envoie l'attestation de droits au régime complémentaire sur laquelle figurent les membres de votre famille bénéficiant du régime. L'attestation est renouvelée chaque année. En cas de départ de l'entreprise, vous êtes tenu de restituer l'attestation à votre service du personnel. (Nota : les maintiens gratuits ou ANI ne bénéficient pas du Tiers payant). Dans le cas contraire, vous serez tenu de payer directement à l'aggis les remboursements de frais indus qui auront été faits par le régime aux professionnels de santé après la fin de vos droits.

A noter :

Si votre enfant, ayant droit du régime, est étudiant et possède son propre numéro d'affiliation Sécurité social, il aura son attestation personnelle. Elle sera éditée sur présentation de son attestation Sécurité sociale à jour.

Comment utiliser l'attestation de tiers payant auprès des professionnels de santé ?

Auprès des pharmaciens

En règle générale, le pharmacien inscrit vos droits au tiers payant dans son fichier pour l'année en cours ; chaque année, vous devez présenter au pharmacien votre nouvelle attestation pour faire valider la reconduction de vos droits.

A noter :

Le tiers payant n'est en principe plus applicable si vous refusez que votre pharmacien substitue un médicament générique au médicament de marque indiqué sur votre ordonnance. Dans ce cas, vous devrez avancer les frais et vous faire rembourser par l'aggis et votre caisse d'assurance maladie. Au final le remboursement sera le même mais vous aurez du faire l'avance de frais. Vous ne pouvez pas bénéficier du tiers payant si vous n'avez pas respecté le parcours de soins.

Auprès des radiologues et des laboratoires d'analyses

Vous devez vous assurer au préalable que votre radiologie ou votre laboratoire d'analyse accepte de vous faire bénéficier du tiers payant. En effet, tous les professionnels de santé n'acceptent pas le tiers payant SP santé. De plus, contrairement au pharmacien vous devrez présenter votre attestation pour chaque intervention.

En cas d'hospitalisation

Si vous devez être hospitalisé(e) en établissement conventionné, l'aggis établit une prise en charge dans la limite des prestations prévues par le régime. Pour obtenir, cette prise en charge vous devez indiquer, sur simple appel téléphonique :

- Vos nom, prénom, n° sécurité sociale
- Les nom, prénom de la personne hospitalisée (salarié, conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfant à charge)
- Les coordonnées exactes du centre hospitalier et le service concerné
- La date d'entrée dans le centre hospitalier.

Bien souvent, le centre hospitalier se charge lui-même de la demande de prise en charge, vous n'avez alors aucun démarche à effectuer.

Un numéro de téléphone et une adresse mail spécifique sont à disposition pour communiquer à l'aggis les éléments nécessaires (voir recto de l'attestation SP Santé).

La prise en charge garantit le paiement direct des dépenses engagées, y compris le forfait journalier hospitalier et les frais de chambres particulières, dans la limite des niveaux de couverture du régime.

Les frais éventuels qui dépassent l'intervention du régime et les frais personnels (téléphone, télévision etc.) ne sont pas remboursés et reste à votre charge.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'aggis

L'aide complémentaire Santé



Complémentaire santé : Qui peut en bénéficier ? comment ?

L'aide complémentaire santé (ACS), initialement dénommée crédit d'impôt, consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 % (voir tableau).

Le montant annuel de l'aide complémentaire santé est plafonné au montant de la cotisation due pour le régime de complémentaire santé souscrit. Il varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer couvertes par le ou les contrats (âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de l'année).

Le montant annuel de l'aide complémentaire santé est de :

- 100 € pour les personnes âgées de - 25 ans,
- 200 € pour les personnes âgées de 25 à 49 ans,
- 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans,
- 500 € pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Important :

Les anciens salariés qui adhèrent au régime des anciens salariés peuvent bénéficier de l'aide complémentaire santé sous réserve de vérifier les conditions de revenus rappelées ci-après. En revanche les salariés n'ont pas droit à l'aide complémentaire santé car ils sont couverts par un contrat collectif obligatoire qui bénéficie déjà d'avantages fiscaux et sociaux. Il en est de même pour la CMU complémentaire.

Comment faire en pratique ?

Pour bénéficier de l'aide complémentaire santé il est nécessaire d'en faire la demande auprès votre caisse d'assurance maladie ou à l'un de ses points d'accueil. La caisse seule est compétente pour établir vos droits.

Si vous avez droit à l'aide, la caisse vous délivrera une ou plusieurs attestations selon votre situation familiale. Sur présentation du justificatif remis par la caisse, l'APGIS appliquera la réduction de cotisation sur la cotisation due au titre du régime des anciens salariés. Dans tous les cas, l'aide est attribuée pour une année. La demande doit donc être renouvelée chaque année si les conditions pour en bénéficier sont toujours réunies.

Plafonds applicable pour l'octroi de la CMU complémentaire et de l'aide complémentaire santé

Au 1^{er} juillet 2010, le barème est le suivant :

METROPOLE					DOM				
Nombre de personnes	Plafond annuel CMU-C	Soit par mois	Plafond annuel ACS	Soit par mois	Nombre de personnes	Plafond annuel CMU-C	Soit par mois	Plafond annuel ACS	Soit par mois
1	7 611	634	9 134	761	1	8 471	706	10 166	847
2	11 417	951	13 700	1 142	2	12 707	1 059	15 249	1 271
3	13 700	1 142	16 441	1 370	3	15 249	1 271	18 298	1 525
4	15 984	1 332	19 181	1 598	4	17 790	1 483	21 348	1 779
5	19 028	1 586	22 834	1 903	5	21 179	1 765	25 414	2 118
par personne en +	+3 044,54	+253,71	+3 653,45	+304,45	par personne en +	+3 398,58	+282,38	+4 066,30	+339,95

* Sous réserve du décret de revalorisation à paraître

Les personnes ayant à leur disposition un logement à titre gratuit (propriétaire, personne logée gracieusement) ou bénéficiant d'une aide au logement se voient appliquer un forfait logement qui est ajouté à leurs ressources. Ce forfait ressource varie de 12% à 16,5% du RSA (revenu de solidarité active) soit de 55,21 € à 136,65€ en 2010 selon la composition familiale et selon que l'assuré bénéficie ou non de l'aide au logement.

RAPPEL : Qu'est ce que la CMU complémentaire ?

Les personnes dont le niveau de revenu est inférieur au seuil de la CMU complémentaire peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire qui permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. La CMU complémentaire prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultation et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la Sécurité sociale. Les dossiers de demande de CMU complémentaire sont instruits par les caisses d'assurance maladie.



¹Amovible sur denture définitive.

Le maintien des couvertures pour les anciens salariés : renseignez-vous ?

Trois dispositifs sont aujourd'hui à distinguer en faveur des anciens salariés :

- Le maintien gratuit des couvertures décès et santé¹ ;
- Le maintien des couvertures prévoyance (décès, incapacité, invalidité) et santé au titre de la portabilité des droits ;
- L'adhésion au régime des anciens salariés.

Contact revient sur chacun de ces dispositifs pour préciser les conditions et les modalités de mise en œuvre.

Le maintien gratuit des couvertures décès et santé :

Le maintien gratuit des couvertures décès et santé est un dispositif ancien propre au régime de prévoyance de l'Industrie pharmaceutique. Il prévoit que les salariés qui ont cotisé pendant au moins six mois au régime, d'une façon continue ou discontinue dans une ou plusieurs entreprises, bénéficient, sous certaines conditions et pendant un maximum de neuf mois, du maintien gratuit des couvertures décès et frais de santé après rupture du contrat de travail suite à licenciement, démission considérée comme « légitime » au regard de la convention d'assurance chômage, adhésion à une convention de reclassement personnalisé ou à un congé de reclassement.

le maintien gratuit des couvertures décès et santé est passé de 6 mois à 9 mois au 1^{er} janvier 2010

¹ Article 9 de l'accord du 22 juin 2007 sur le régime de prévoyance des salariés de l'industrie pharmaceutique.

² Mis en œuvre en application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2008.

³ Accord du 22 juin 2007 sur le régime frais de santé des anciens salariés.

La portabilité des droits :

La portabilité des droits est un dispositif nouveau qui consiste à prévoir, en cas de rupture du contrat de travail donnant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, la possibilité pour les intéressés de conserver le bénéfice des couvertures complémentaires santé et prévoyance dont ils bénéficiaient en tant qu'actifs, pour une durée égale à la durée de leur dernier contrat de travail (appréciée en mois entier) avec une durée maximale de 9 mois. Le régime de prévoyance de l'industrie pharmaceutique a opté pour la mise en œuvre de la portabilité des droits selon le principe du

cofinancement c'est-à-dire avec maintien des cotisations employeur et ancien salarié dans les mêmes conditions que celles applicables aux salariés. Pour bénéficier de la portabilité, l'ancien salarié doit fournir la justification de sa prise en charge par l'assurance chômage, payer sa part de cotisations et informer son employeur en cas de cessation du versement des allocations ou de reprise d'emploi.

Le régime des anciens salariés

Le régime des anciens salariés est présenté en page 8



Articulation entre le maintien gratuit et le droit à portabilité

	Maintien gratuit au titre du régime de branche : maintien décès et frais de santé (article 9 de l'accord du 22 juin 2007)	Maintien des couvertures santé et prévoyance au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008
Salarié ayant cotisé moins de 6 mois au régime de l'Industrie Pharmaceutique	Aucun droit	Si le salarié bénéficie de l'indemnisation chômage, maintien des droits ouverts au titre du décès, de l'incapacité, de l'invalidité et de la santé en fonction de l'ancienneté chez le dernier employeur et dans la limite de 9 mois
Arrivée à échéance du terme des CDD		
Départ dans le cadre d'une rupture conventionnelle		
Licenciement d'un salarié ayant cotisé plus de 6 mois au régime de l'Industrie Pharmaceutique	Maintien gratuit de la santé et du décès pendant un maximum de 9 mois	Si le salarié bénéficie de l'indemnisation chômage, maintien des droits ouverts au titre de l'incapacité et de l'invalidité en fonction de l'ancienneté chez le dernier employeur et dans la limite de 9 mois
Démission légitime ouvrant droit à l'assurance chômage d'un salarié ayant cotisé plus de 6 mois au régime de l'Industrie Pharmaceutique		
Licenciement pour faute lourde	Aucun droit	Aucun droit



Questions les plus fréquentes concernant la portabilité des droits

1 • La portabilité est un droit. L'ancien salarié peut-il y renoncer ?

Lorsqu'un salarié quitte l'entreprise et qu'il vérifie les conditions pour bénéficier de la portabilité, l'entreprise a l'obligation de lui proposer le maintien des couvertures prévoyance et santé. Le salarié peut toutefois renoncer à son droit mais le renoncement doit être express. En l'absence de réponse de l'ancien salarié, les droits doivent être maintenus sous réserve du paiement par l'ancien salarié de sa part de cotisation.

2 • Est-il possible d'imposer au salarié le préfinancement de l'intégralité de la part salariale des cotisations au titre de la portabilité au moment du départ de l'entreprise ?

Trois cas sont à distinguer :

Cas 1 :

Le salarié a refusé le bénéfice de la portabilité : dans ce cas, aucune cotisation n'est prélevée ;

Cas 2 :

Le salarié a fait part de son souhait de bénéficier de la portabilité : dans ce cas, il est possible d'imposer un préfinancement de l'intégralité des cotisations liées à la portabilité ;

Cas 3 :

Le salarié n'a pas apporté de réponse à son employeur : en l'absence de refus express, ce cas rejoint le cas 2 et il est possible d'imposer un préfinancement de l'intégralité des cotisations liées à la portabilité.

Mise en œuvre pratique : Dans le cas où le salarié n'a pas renoncé explicitement à la portabilité, il est possible d'imposer le prélèvement sur le solde de tout compte de l'intégralité de la part salariale des cotisations dans la limite de neuf mois.

La portabilité est un droit pour l'ancien salarié, pas une obligation

3 • Quelle est l'assiette des cotisations pendant la période de portabilité ? Quels sont les taux de cotisation ?

L'assiette et les taux de cotisation sont les mêmes que pour les salariés pour chacun des risques concernés. Les cotisations arrêt de travail sont calculées, comme les cotisations décès et santé, sur le salaire total même si les prestations sont limitées en fonction des allocations chômage.

A noter : pour les anciens salariés qui bénéficient du maintien gratuit en santé et en décès, seule la cotisation du risque arrêt de travail (incapacité-invalidité) est à payer.

4 • Que se passe-t-il si les taux de cotisations évoluent après le départ du salarié ?

En cas d'évolution des cotisations, ces évolutions s'appliquent aux salariés ainsi qu'aux anciens salariés bénéficiant de la portabilité. Si la cotisation a été préfinancée au départ de l'entreprise il est nécessaire d'effectuer une régularisation des cotisations

5 • La portabilité s'applique-t-elle au fonds collectif santé ?

Non. La cotisation du fonds collectif n'est pas maintenue pour les salariés bénéficiant de la portabilité car ce n'est pas une cotisation de prévoyance, ni de santé.

6 • Le conjoint d'un salarié bénéficiant de la portabilité est-il également couvert ?

Différents cas de figure sont à distinguer :

- si le conjoint était couvert par le régime des actifs à titre obligatoire, il bénéficie de la portabilité si l'ancien salarié ne renonce pas à la portabilité et continue à payer sa cotisation ;
- si le conjoint avait adhéré à titre facultatif, il bénéficie de la portabilité, sous réserve que l'ancien salarié ne renonce pas à la portabilité et que l'ancien salarié et son conjoint continuent à payer leur cotisation.

7 • La portabilité doit-elle être proposée aux intérimaires ?

Non. Les intérimaires ne sont pas couverts par le Régime Professionnel Conventionnel

8 • Que se passe-t-il en cas de reprise d'activité puis de nouvelle période de chômage ?

La reprise d'activité interrompt le droit à portabilité. Pour la nouvelle période de chômage, l'ancien salarié bénéficie, s'il y a lieu, de la portabilité au titre des régimes existants dans l'entreprise dans laquelle il avait repris une activité.

Exception : Le cumul d'une activité rémunérée et d'une allocation chômage ne met pas fin au maintien de garantie, à condition que cette activité ne dépasse pas 110 heures par mois.

Pour bénéficier de la portabilité le salarié doit payer sa part de cotisation au régime de prévoyance et de santé

9 • Que se passe-t-il après l'expiration des droits au titre de la portabilité ?

Après la fin de la période de maintien de droit au titre de la portabilité, l'ancien salarié peut demander à adhérer au régime santé des anciens salariés s'il vérifie les conditions d'adhésion et s'il en fait la demande dans le délai prévu. Pour les autres garanties (décès, arrêt de travail) et pour la santé si l'ancien salarié ne peut pas adhérer au régime des anciens salariés, il doit rechercher une couverture en dehors du régime de prévoyance s'il le souhaite.

Le régime des anciens salariés : pensez-y !



Le régime des anciens salariés permet aux anciens salariés et, en cas de décès, à leurs ayants droit, de continuer à bénéficier des mêmes prestations de remboursement de frais de santé que celles dont ils bénéficiaient quand le salarié était en activité (prestations du RPC ou du RPC+RS).

Les personnes concernées sont notamment les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement. Pour en bénéficier, les personnes concernées doivent en faire la demande dans les neuf mois qui suivent le terme de leur contrat de travail. L'adhésion au régime des anciens salariés est possible sans examen ni sélection médicale et sans condition de durée sous réserve de payer les cotisations correspondantes.

Sont aussi concernés les ayants droit d'un assuré décédé sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les neuf mois suivant le décès. Ils sont alors garantis pendant une durée de douze mois à compter du décès et au-delà de cette période s'ils conservent le numéro d'immatriculation de l'assuré décédé, et sous réserve de payer les cotisations correspondantes.

Des prestations identiques à celles du régime des actifs

L'accord sur le régime frais de santé des anciens salariés prévoit explicitement que les prestations du régime des anciens salariés sont identiques à celles du régime des actifs. En adhérant au régime des anciens salariés, l'ancien salarié bénéficie d'un maintien de ses couvertures santé (RPC ou RPC + RS⁵) ce qui n'est pas le cas s'il adhère à un régime de complémentaire santé individuel.

Des cotisations indépendantes de l'âge

Contrairement à la plupart des régimes de complémentaire santé individuels qui prévoient des cotisations par âge ou par tranche d'âge, avec souvent une assez forte évolution après 65 ans, **les cotisations du régime frais de santé des anciens salariés de l'industrie pharmaceutiques sont indépendantes de l'âge.**

Le barème mis en place en juillet 2007 pour instaurer une solidarité professionnelle liée au revenu a été revu en juillet 2010 (accord du 8 juillet) pour permettre une meilleure répartition des adhérents entre les différentes tranches de cotisations et pour assurer l'équilibre technique du régime. Un nouveau barème avec 6 tranches de cotisations fonction du revenu (au lieu de 17 tranches) sera mis en place à compter du 1^{er} janvier 2011.

Ce système permet de mettre en œuvre à la fois une solidarité professionnelle liée au revenu et une solidarité inter-génération au sein du régime des anciens salariés. Ainsi, tout adhérent au régime des anciens salariés bénéficie, à un moment ou à un autre, de la solidarité professionnelle.

Un délai d'adhésion limité à neuf mois après le terme du contrat de travail

Pour adhérer au régime des anciens salariés de la branche, il est nécessaire d'en faire la demande dans les neuf mois qui suivent le terme du contrat de travail.

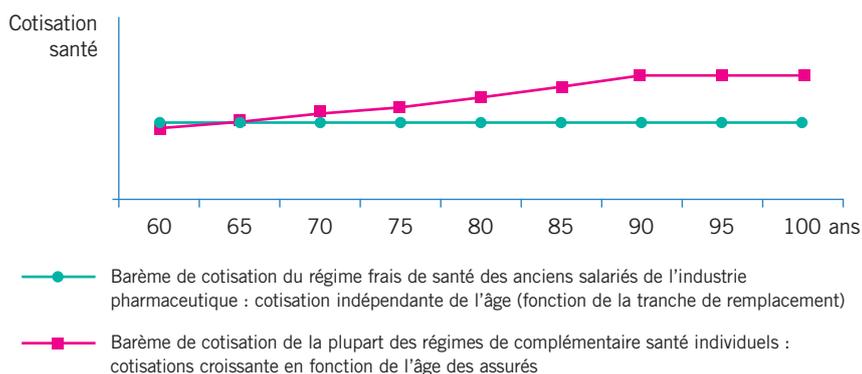
Passé ce délai, il n'est plus possible d'adhérer pour bénéficier de la solidarité professionnelle : alors n'attendez pas !

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

⁴ RPC : Régime Professionnel Conventionnel = régime minimum obligatoire pour tous les salariés de l'Industrie Pharmaceutique ; RS : Régime Supplémentaire = régime auquel les entreprises qui le souhaitent peuvent adhérer pour compléter les couvertures du RPC ; lorsque l'entreprise adhère au RS, tous ses salariés en bénéficient.

⁵ RPC : Régime Professionnel Conventionnel = régime minimum obligatoire pour tous les salariés de l'Industrie Pharmaceutique ; RS : Régime Supplémentaire = régime auquel les entreprises qui le souhaitent peuvent adhérer pour compléter les couvertures du RPC ; lorsque l'entreprise adhère au RS, tous ses salariés en bénéficient.

Structure des cotisations des régimes de complémentaire santé pour les anciens salariés



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° 14 septembre 2010 N° ISSN : 1258 - 4843