

L'EVOLUTION DE L'ACCORD CONVENTIONNEL LE NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE

REUNION D'INFORMATION DU 13 OCTOBRE 2015



INTERCONTINENTAL PARIS LE GRAND 2 rue Scribe 75009 PARIS



Sommaire

- 1 Introduction
- 2 Rappels juridiques
- 2.1 Importance de l'acte de mise en place d'un régime collectif obligatoire
- 2.2 Calendrier de mise en œuvre des nouvelles règles du contrat responsable
- 3 Le nouvel accord de prévoyance du 09 juillet 2015
- 3.1 Les évolutions en santé
- 3.2 Les évolutions en prévoyance
- 3.3 Les évolutions liées à la recommandation
- 4 Les services et l'information aux salariés
- 4.1 L'information aux salariés concernant le contrat responsable
- 4.2 Les services santé
- 4.3 Les services prévoyance
- 5 Annexes





1. INTRODUCTION

Président du Comité paritaire de gestion : Pascal Le GUYADER, Directeur des Affaires Générales Industrielles et Sociales du LEEM

2. RAPPELS JURIDIQUES

Valérie GUIGNERY, Directeur Juridique et Souscription, apgis

Les avantages fiscaux et sociaux des contrats collectifs obligatoires

Les contrats collectifs obligatoires bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux (différents selon la nature du contrat souscrit: frais de santé ou prévoyance) :

- **Exonération de cotisations de Sécurité sociale du financement employeur** dans la limite d'un plafond (CSS., art. L.242-1 et D.242-1); Forfait social de 0 pour les entreprises de moins de 10 salariés / 8% pour les entreprises de plus de 10 (santé et prévoyance)
- Déductibilités fiscales
 - Santé: Déductibilité fiscale du financement patronal de l'IS (CGI., art. 39) et déductibilité de la contribution salariale des revenus soumis à l'IR dans la limite d'un plafond (CGI., art. 83);
 - Prévoyance : Déductibilité fiscale du financement patronal de l'IS (CGI., art. 39) et déductibilité des contributions salariale et patronale des revenus soumis à l'IR dans la limite d'un plafond (CGI., art. 83);
- Taxe sur les conventions d'assurance
 - Santé: contrats responsables : taux minoré de taxe sur les conventions d'assurance au taux de 7 % (au lieu de 14 % (CGI., art. 991 et s.) au1/1/2016: TSA à 13,27 % (sinon 20,27 %) : fusion TSA et TSCA (si fait générateur d'imposition au 1er janvier 2016).
 - Prévoyance: Exonérée de taxe (si au moins 80% de la cotisation est affectée à un risque autre que la santé).





Les conditions pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales

- Formaliser la mise en place des garanties par un acte de droit du travail (« acte de mise en place »): une convention ou un accord collectif, un projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel ou encore une décision unilatérale constatée dans un écrit remis à chaque salarié concerné;
 - ✓ Mise en place d'une adhésion au RPC : l'acte de mise en place est le nouvel Accord collectif de branche du 9/7/2015,
 - ✓ Mise en place d'une adhésion au RS : l'acte de mise en place doit être l'un de ceux visés ci-dessus.
- Respecter leur caractère collectif et obligatoire (décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 complété par le décret du 8 juillet 2014 et précisé par la circulaire N°DSS/SD5B/2013/344 du 25 septembre 2013 - Lettre circulaire Acoss du 12/8/2015);





Les conditions pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales

- En santé:
 - Souscrire un contrat d'assurance conforme à la réglementation des «contrats solidaires et responsables» (respect du cahier des charges régi par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale modifié par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et interprété par la circulaire de la DSS du 30 janvier 2015);
 - Souscrire un contrat d'assurance conforme au panier de soins minimum (article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale complété par le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014) à compter du 1/1/2016.







- Applicable « pour les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter du 1/4/2015 » :
 - ✓ La circulaire assimile les contrats collectifs facultatifs aux contrats individuels
 - ✓ La circulaire tient compte de la date de parution du décret « contrats responsables » intervenue le 19/11/2014
- Et par dérogation, les contrats collectifs obligatoires mis en œuvre par un acte de mise en place qui a été conclu ou modifié avant la date de publication de la loi (date reportée au 19/11/2014 par la circulaire), bénéficient d'un délai supplémentaire :
 - ✓ L'acte de mise en place a été signé ou modifié avant le 19/11/2014 : les nouvelles conditions des contrats responsables ne s'appliqueront qu'à la prochaine modification de cet acte ou, au plus tard, au 1/1/2018.
 - ✓ L'acte de mise en place a été signé ou modifié après le 19/11/2014 :
 - Soit le contrat d'assurance intègre cette modification avant le 1/4/2015 : mise en conformité avec les nouvelles règles des « contrats responsables » à la date du prochain renouvellement de son contrat, soit au 1/1/2016.
 - Soit le contrat d'assurance intègre cette modification après le 1/4/2015, il doit répondre aux conditions du nouveau cahier des charges dès cette date de modification.

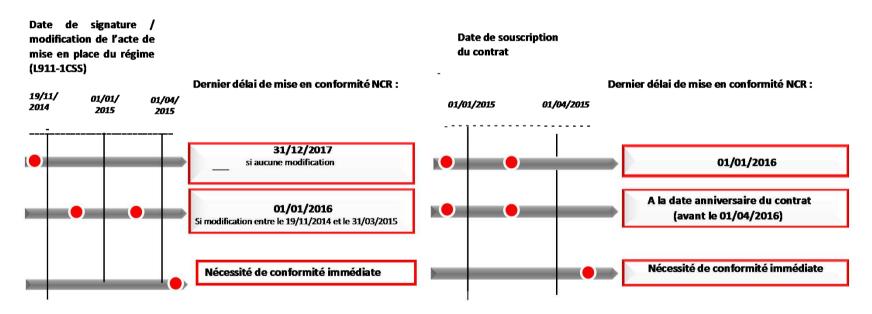






Contrats collectifs obligatoires

Contrats individuels et facultatifs









La notion de modification de l'acte

La circulaire indique que « toutes les modifications de ces actes relatives à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé sont visées ».

- Il y a modification de l'acte de mise en place quand (liste non exhaustive) :
 - ✓ il y a une modification des garanties,
 - ✓ il y a un ajustement en lien avec la réglementation (exemple : adaptation aux nouvelles règles relatives à la portabilité des droits en matière de frais de santé ou celles relatives aux catégories objectives, mise en conformité au panier de soins) ou la suppression de la condition d'ancienneté...,
 - ✓ une disposition expresse vient modifier l'acte.
- Il n'y a pas modification de l'acte quand (liste non exhaustive) :
 - ✓ une clause d'indexation des taux de cotisations contenue dans l'acte est mise en œuvre,
 - ✓ il y a modification d'une convention collective ou d'un accord collectif qui concernent également d'autres champs que la santé (prévoyance, salaire ou classifications par exemple) dès lors que cette modification n'impacte pas la couverture complémentaire santé.





- La rédaction de la circulaire doit imposer la plus grande prudence.
- Le calendrier peut dépendre du contexte spécifique de chaque acte de mise en place ou de chaque contrat et du risque encouru par l'entreprise: (risque URSSAF ou risque prud'homal, risque fiscal (remise en cause déductibilité fiscale et sociale ou uniquement taxe majorée).
- Rappelons néanmoins que la circulaire prévoit que :
 - « Les organismes chargés de contrôler ... sont invités à prendre en compte, pour les contrôles opérés au titre des années 2015 à 2017, les contraintes juridiques et techniques auxquelles le souscripteur ou adhérent et l'organisme de protection sociale complémentaire pourraient avoir été confrontés ainsi que les diligences effectuées pour mettre en conformité leurs garanties avec les dispositions prévues aux articles L. 871-1 et L. 871-2 du même code ».





3. LE NOUVEL ACCORD **DU 09 JUILLET 2015**

3.1 – L'évolution des couvertures Santé au 01/01/2016

Pascal MARON, actuaire conseil du régime, SPAC actuaires

Préambule : le Contrat d'Accès aux Soins

 Des rapports entre les professionnels libéraux et l'assurance maladie régis par des conventions

> Convention médicale Médecins



Avenant n° 8 du 25 Octobre 2012

Création du Contrat d'Accès aux Soins (CAS)
Prise d'effet : 1er décembre 2013

Convention dentaire Chirurgiens dentistes

Autres conventions
Auxiliaires médicaux
Laboratoires d'analyses
Pharmaciens

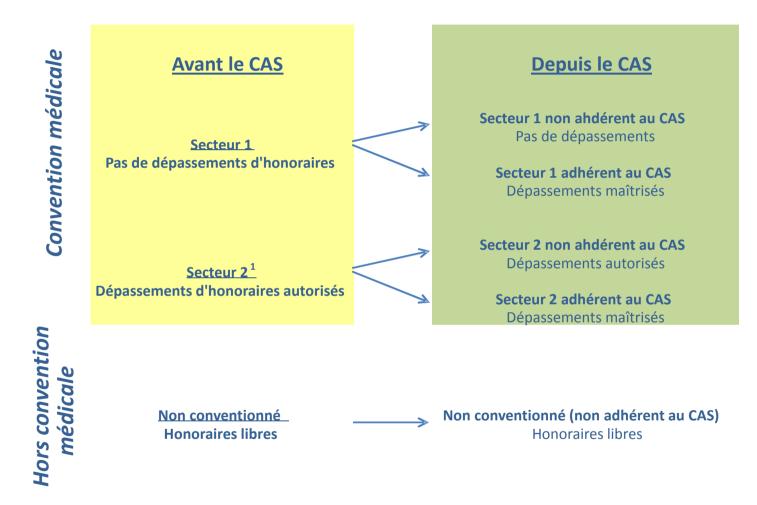
...







Préambule : le Contrat d'Accès aux Soins



¹Egalement secteur 1 avec dépassements permanents autorisés (moins de 200 médecins)







Préambule : le Contrat d'Accès aux Soins

Des engagement des médecins

- Gel des dépassements d'honoraires sur 3 ans
 - Avec un dépassement limité à 100% du TC
- Engagements sur tarifs opposables, notamment pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide à l'acquisition d'un Complémentaire Santé (ACS)

Des avantages pour les médecins ou patients

- Des cotisations sociales prises en charge par l'assurance-maladie pour les actes à tarif opposable
- De nouveaux forfaits
 - Dont Forfait Médecin Traitant de 5 € financé à hauteur de 150 M€ par les OC
- De meilleurs remboursements Sécurité sociale : remboursements sur la base du secteur 1 ;
 à titre d'exemple :
 - 28 € au lieu de 23 € pour une consultation de spécialste dans le cadre du parcours de soins
 - 404 € au lieu de 303 € pour les honoraires chirurgicaux dans le cadre d'une césarienne

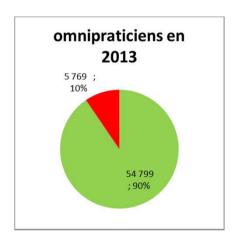


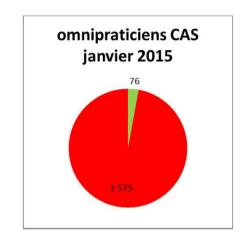


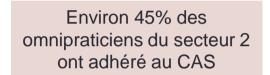


L'adhésion des médecins au CAS

Répartition et adhésion au CAS des médecins des secteurs 1 et 2

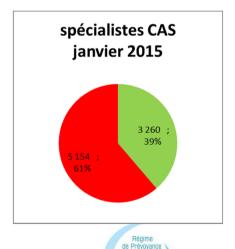










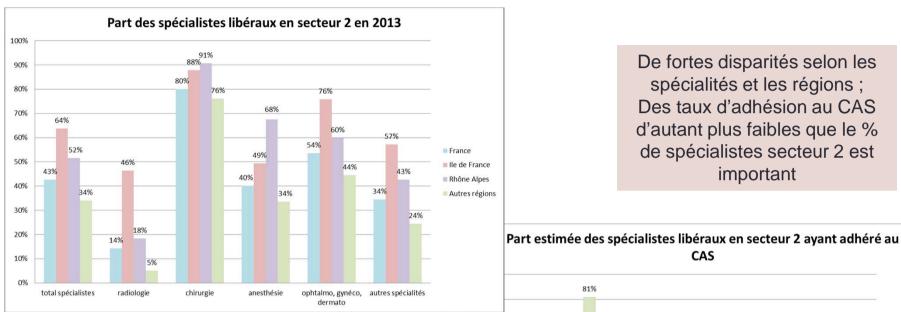


Près de 40% des adhérents CAS sont du secteur 1 ; Seuls 22% des secteur 2 ont adhéré au CAS



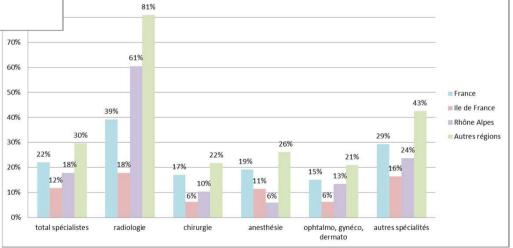


L'adhésion des médecins au CAS



De fortes disparités selon les spécialités et les régions ; Des taux d'adhésion au CAS d'autant plus faibles que le % de spécialistes secteur 2 est important

Faible adhésion des chirurgiens, anesthésistes et de certaines spécialités telles que les ophtalmologues, gynécologues, dermatologues



CAS







Evolutions en santé

Une mise en conformité avec

- Le nouveau cahier des charges des contrats responsables (voir annexe)
- La Loi sur la sécurisation de l'emploi (régime minimal)

Des minima à respecter

 Ticket Modérateur sauf exceptions, Forfait journalier hospitalier, Prothèses dentaires et orthodontie

Des maxima à respecter

- Par équipement optique avec limitation du nombre de remboursements
- Remboursement des dépassements d'honoraires des médecins hors CAS limité à 100% de la base Ss + distinction CAS / hors CAS





Contrat responsable / Régime minimal : application pour le RPC

Une mise en conformité portant sur

- Des évolutions sur les actes et honoraires des médecins
- Des ajustements en optique

Une nouvelle grille de garanties

- Conformité aux obligations du nouveau cahier des charges du contrat responsable / régime minimal
- Une rédaction plus uniforme des garanties
 - Les garanties étaient rédigées en complément ou sous déduction de la Sécurité sociale
 - Une nouvelle rédaction par référence au Ticket Modérateur et aux dépassements d'honoraires
- Alignement des garanties en non conventionné sur les garanties hors Contrat d'Accès aux Soins



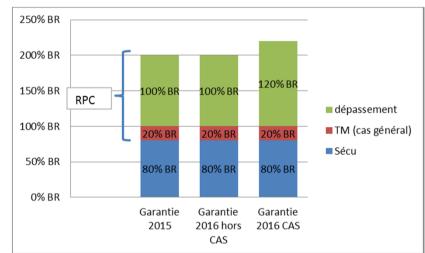


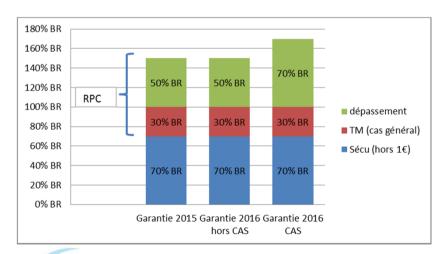
Exemples d'évolutions de garanties pour les honoraires

- Honoraires médicaux en hospitalisation
 - Garantie 2015 : 200% BR RSS
 - Garantie 2016 :
 - TM + 120% BR dans le CAS :
 - TM + 100% BR hors CAS

Une évolution privilégiant une amélioration de garanties pour les médecins adhérant au CAS

- Consultation de spécialiste
 - Garantie 2015: 80% BR
 - Garantie 2016 :
 - TM + 70% BR dans le CAS;
 - TM + 50% BR hors CAS







BR : Base de Remboursement de la Sécu

TM: Ticket Modérateur

RSS: Remboursement de la Sécu





Evolution de la grille de prestation du RPC

En rouge, garanties ayant évolué dans leur montant ou expression

Garanties en complément de la Sécurité sociale

Nature des Actes	RPC 2015	RPC	2016
Hospitalisation Médicale et Chirurgicale (y compris la maternité)		dans le CAS	hors CAS
Frais de Séjour – Honoraires Médicaux			
Conventionné <i>ou non</i>	200% BR - RSS	TM + 120% BR	TM + 100% BR
Non Conventionné	150% BR - RSS	TM + 70% BR	TM + 50% BR
Honoraires Chirurgicaux	280% BR	TM + 280% BR	TM + 100% BR
Chambre Particulière	40 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité	40 € par jour limité mate	
Lit Accompagnant (enfant moins de 12 ans)	23 € par jour	23 € p	ar jour
Forfait Journalier	100% des Frais réels	100% des	Frais réels
Transport du malade	35% BR	TM	
Cure Thermale acceptée par la SS (soins médicaux)	TM	TM	
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)			
Conventionné et Non Conventionné	280% BR	TM + 250% BR	TM + 100% BR
Consultations et Visites - généralistes et spécialistes			
Conventionné et Non Conventionné	80% BR	TM + 70% BR	TM + 50% BR
Déplacements / Majorations	30% BR	TM	TM
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	TM	TM	
Radiologie			
Conventionné <i>ou non</i>	150% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR
Non Conventionné	170% BR	TM + 140% BR	TM + 100% BR
Analyses / Prélèvements	40% BR	Т	M

RSS: Remboursement de Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement Sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur





Evolution de la grille de prestations du RPC

En rouge, garanties ayant évolué dans leur montant ou expression

Garanties en complément de la Sécurité sociale

Garanties en complement de la Securite sociale				
Nature des Actes	RPC 2015	RPC 2016		
Auxiliaires Médicaux				
Conventionné <i>ou non</i>	40% BR	TM		
Non Conventionné	180% BR	TM + 140% BR		
Appareillages				
 Prothèses Auditives 	1000 € par appareillage remboursé SS	1000 € par appareillage remboursé SS		
 Appareillages – Prothèses Médicales autres que Dentaires et Auditives 	185% BR	185% BR		
Dentaire				
 Soins Dentaires / Chirurgie Dentaire 				
Conventionné <i>ou non</i>	30% BR	TM		
Non Conventionné	170% BR	TM + 140% BR TM + 100% BR		
Prothèses Dentaires	<i>Avec devis préalable</i> : 300% BR <i>Sans devis</i> : 230% BR	<i>Avec devis préalable</i> : 300% BR <i>Sans devis</i> : 230% BR		
Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	Avec devis préalable : 280% BR Sans devis : 230% BR	<i>Avec devis préalable</i> : 280% BR <i>Sans devis</i> : 230% BR		
Optique	Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans et par bénéficiaire sauf changement de correction ou de morphologie pour les - de 16 ans	Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans ou tous les ans si changement de correction ou pour les mineurs		
Monture Adulte / Enfant plus de 18 ans Enfant moins de 18 ans	100 € par monture 60 € par monture	100 € par monture 60 € par monture		
Verres Adulte / Enfant plus de 18 ans Enfant moins de 18 ans	Grille Optique	Grille Optique		
 Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables) 	120 € par an et par bénéficiaire	120 € par an et par bénéficiaire		
Chirurgie des yeux	250 € par œil	250 € par œil		

RSS: Remboursement de Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement Sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur

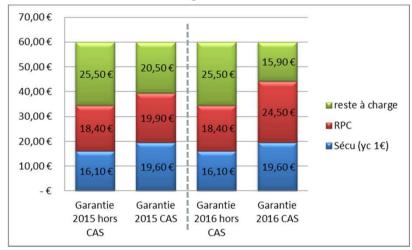






Quelques exemples pour les honoraires des médecins

- Exemple pour une consultation de spécialiste
 - Cas d'une consultation de dermatologue de 60 € dans le cadre du parcours de soins



• Exemple pour des honoraires chirurgicaux de 1 500 € dans la cadre d'une césarienne par laparotomie

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

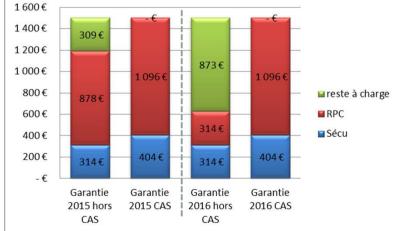
1600 €

1600 €

1600 €

1600 €

1600 €







RPC: les évolutions en optique

Des ajustements pour se conformer au contrat responsable

- Prise en compte de la définition de la limitation du contrat responsable : « limitation à 1 équipement tous les 2 ans, ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de changement de correction »
- Application des minima par équipement en cas d'achat d'un équipement partiel







RPC: les évolutions en optique

Des ajustements pour se conformer au contrat responsable

RPC en comple	ément Ss	Sphère				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8
	égal à 0	62 €	73 €	86 €	102 €	128 €
unifocaux	0 < dioptries≤ 4	68 €	80 €	95 €	113 €	141 €
	dioptries > 4	70 €	80 €	95 €	113 €	141 €
Multifocaux ou	égal à 0	145 €	167 €	185 €	215 €	270 €
progressifs	0 < dioptries	165 €	190 €	210 €	245 €	306 €

Distinction des garanties en cas d'astigmatisme important (+ de 4 dioptries) et amélioration de 2€ par verre dans un cas







Et pour le Régime Supplémentaire (RS)

- Des aménagements identiques à ceux du RPC
- Des conséquences minimes sur les garanties supplémentaires du RS
 - Baisse du remboursement en radiologie hors CAS
 - Les radiologues avec dépassements hors CAS représentent environ 9% des radiologues)
 - Baisse limitée pour 3 types de verres peu fréquents (moins de 1% des verres)







Evolution de la grille de prestation du RPC + RS

En rouge, garanties ayant évolué dans leur montant ou expression

Garanties en complément de la Sécurité sociale

Nature des Actes	RPC + RS 2015	RPC + RS 2016		dont RS responsable
Hospitalisation Médicale et Chirurgicale (y compris la maternité) • Frais de Séjour – Honoraires Médicaux		dans le CAS	hors CAS	
Conventionné <i>ou non</i>	200% BR - RSS	TM + 120% BR	TM + 100% BR	
Non-Conventionné	150% BR - RSS	TM + 70% BR	TM + 50% BR	_
Honoraires Chirurgicaux	280% BR	TM + 280% BR	TM + 100% BR	
Chambre Particulière	46 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité	46 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité		6 € par jour limité à 5 jours en cas de maternité
• Lit Accompagnant (enfant moins de 12 ans)	23 € par jour	23 € p	ar jour	
Forfait Journalier	100% des Frais réels	100% des	Frais réels	
Transport du malade	35% BR	Т	M	
Cure Thermale acceptée par la SS (soins médicaux)	TM	TM		
Actes techniques et de chirurgie (hospitalisation et ambulatoire)				
Conventionné et Non Conventionné	280% BR	TM + 250% BR	TM + 100% BR	
Consultations et Visites - généralistes et				
spécialistes				
Conventionné et Non Conventionné	130% BR	TM + 120% BR	TM + 100% BR	50% BR
Déplacements / Majorations	30% BR	TM	TM	
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	TM	ТМ		
Radiologie				
Conventionné <i>ou non</i>	180% BR	TM + 150% BR	TM + 100% BR	30% BR dans le CAS
Non-Conventionné	200% BR	TM + 170% BR	TM + 100% BR	_
Analyses / Prélèvements	70% BR	TM + 30% BR		30% BR

RSS : Remboursement de Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement Sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur







Evolution de la grille de prestation du RPC + RS

En rouge, garanties ayant évolué dans leur montant ou expression

Garanties en complément de la Sécurité sociale

Nature des Actes	RPC + RS 2015	RPC + RS 2016	dont RS responsable
Auxiliaires Médicaux			
Conventionné <i>ou non</i>	70% BR	TM + 30% BR	30% BR
Non Conventionné	210% BR	TM + 170% BR	_
Appareillages			
Prothèses Auditives	1200 € par appareillage remboursé SS	1200 € par appareillage remboursé SS	200 € par appareillage remboursé SS
 Appareillages – Prothèses Médicales autres que Dentaires et Auditives 	185% BR	185% BR	
Dentaire			
 Soins Dentaires / Chirurgie Dentaire 			
Conventionné <i>ou non</i>	60% BR	TM + 30% BR	30% BR
Non Conventionné	170% BR	$\frac{\text{TM} + 140\% \text{ BR}}{\text{TM} + 100\% \text{ BR}}$	-
Prothèses Dentaires	Avec devis préalable : 400% BR Sans devis : 330% BR Sans devis : 330% BR		100% BR
Orthodontie (dans la limite de 6 semestres)	Avec devis préalable : 380% BR Sans devis : 330% BR	Avec devis préalable : 380% BR Sans devis : 330% BR	100% BR
Optique	Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans et par bénéficiaire sauf changement de correction ou de morphologie pour les - de 16 ans	Limité à une paire de lunettes tous les 2 ans ou tous les ans si changement de correction ou pour les mineurs	
Monture Adulte / Enfant plus de 18 ans	120 € par monture	120 € par monture	20 € par monture
Enfant moins de 18 ans	75 € par monture	75 € par monture	15 € par monture
Verres Adulte / Enfant plus de 18 ans Enfant moins de 18 ans	Grille Optique	Grille Optique	
 Lentilles acceptées et refusées par la Sécurité sociale (y compris jetables) 	220 € par an et par bénéficiaire	220 € par an et par bénéficiaire	100 € par an et par bénéficiaire
Chirurgie des yeux	250 € par œil	250 € par œil	

RSS : Remboursement de Sécurité Sociale

BR : Base de remboursement Sécurité sociale; TM : Ticket Modérateur







RS: les évolutions en optique

- Nouvelle grille intégrant
 - Une distinction des garanties en cas de fort astigmatisme (cylindre de + de 4 dioptries)
 - Une limitation du remboursement de 3 types de verres afin de respecter le maximum par équipement du contrat responsable. Ces verres représentent environ 1% des verres

RPC + RS en	complément Ss	Sphère				
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8
	égal à 0	87 €	102 €	120 €	143 €	179 €
unifocaux	0 < dioptries≤ 4	95 €	112 €	133 €	158 €	198 €
	dioptries > 4	97 €	112 €	133 €	158 €	198 €
Multifocaux ou	égal à 0	203 €	234 €	259 €	301 €	365 €
progressifs	0 < dioptries	231 €	266 €	294 €	315 €	365 €







3. LE NOUVEL ACCORD DU 09 JUILLET 2015

3.2 – Les principales évolutions des couvertures prévoyance au 01/01/2016

Noëlle BOGUREAU, actuaire conseil du régime, CAPS actuariat

Principales évolutions prévoyance au 1er janvier 2016

- Evolution de la durée de versement de la rente de conjoint
- Meilleure articulation entre l'accord et la CCN pour la détermination de la franchise en arrêt de travail
- Evolution de la prise en charge des mi-temps thérapeutiques







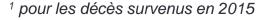
Durée de versement de la rente de conjoint

Disposition en vigueur¹ : rente de conjoint versée jusqu'à la réversion des régimes de retraite complémentaire

La rente de conjoint (option 3) est versée au conjoint ou partenaire de PACS à compter du décès de l'assuré jusqu'à la date à laquelle le bénéficiaire remplit les conditions pour recevoir les pensions de réversion des régimes complémentaires ARRCO pour la part de rente calculée sur la TA et AGIRC pour la part de rente calculée sur la TB. Si le droit à pension de réversion n'est pas ouvert pour le bénéficiaire, la rente s'interrompt à la date à laquelle, il aurait pu les recevoir, s'il en avait bénéficié.

Ce qui change à compter du 1^{er} janvier 2016² : rente de conjoint versée jusqu'à l'âge légal de la retraite*

* La rente prend fin à la date à laquelle le bénéficiaire perçoit une pension de retraite au titre d'un régime obligatoire d'assurance vieillesse et au plus tard lorsqu'il atteint l'âge légal de la retraite visé à l'article L161-17-2 du code de la Sécurité sociale.



² pour les décès à partir de 2016





Durée de versement de la rente de conjoint

Exemple: M. Dupont, cadre marié sans enfant, a choisi l'option 3 en décès; son salaire annuel est de 45.000 €; sa conjointe est âgée de 49 ans, elle n'a pas d'enfant à charge;

Dispositif en vigueur en 2015

⇒ en cas de décès de M. Dupont, sa veuve percevra de la part du régime de prévoyance une rente annuelle de 5.400 € jusqu'à 55 ans et 835,20 € entre 55 ans et 60 ans

Evolution 2016

⇒ en cas de décès de M. Dupont, sa veuve percevra de la part du régime de prévoyance une rente annuelle de 5.400 € jusqu'à 62 ans dans le cas général; si la veuve bénéficie d'une retraite de base avant l'âge légal (exemple : retraite pour carrière longue) la rente de conjoint prendra fin à la date à laquelle commence la retraite de base.







Franchise en arrêt de travail

- Disposition en vigueur¹: écart d'interprétation possible entre l'accord et la CCN
 - L'accord indique que le régime de prévoyance intervient en relais de l'intervention prévue à l'article 27-3° des clauses générales de la CCN de l'Industrie Pharmaceutique et **précise le calcul de la franchise**
- Ce qui change à compter du 1^{er} janvier 2016²: aucun écart d'interprétation possible entre l'accord et la CCN
 - L'accord renvoie directement à la l'article 27-3 des clauses générales de la CCN pour les salariés de plus d'un an d'ancienneté et définit la franchise pour les salariés de moins d'un an d'ancienneté

RAPPEL : franchise différente selon l'origine de l'arrêt (arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle / arrêt maladie)

² pour les arrêts de travail survenus à compter du 01/01/2016







¹ pour les arrêts de travail survenus avant le 31/12/2015

Franchise en arrêt de travail

Ancienneté du salarié	Franchise AT/ MT	Franchise arrêts hors AT/MP
Moins d'un an	Franchise de 0 jour	Franchise de 3 jours
d'ancienneté	(intervention au 1er jour si	(intervention du RPC au
	arrêt >= 3 J)	4ème jour inclus)
Plus d'un an	Franchise de 90 jours	Franchise de 90 jours
d'ancienneté	continus pour chaque arrêt	discontinus par année civile





Mi-temps thérapeutique

- Disposition en vigueur¹: 2 cas de figure selon que le mi-temps thérapeutique intervient avant ou après la fin du maintien de salaire employeur
 - Cas 1 : le salarié en arrêt de travail pour maladie passe en mi-temps thérapeutique avant la fin du maintien de salaire par l'employeur : pas d'intervention du régime de prévoyance
 - Cas 2 : le salarié en arrêt de travail pour maladie passe en mi-temps thérapeutique après la fin du maintien de salaire par l'employeur : maintien de l'intervention du régime de prévoyance (avec application s'il y a lieu la limitation au net d'activité)
- Evolution au 1^{er} janvier 2016² : Intervention du régime de prévoyance en complément des IJSS dans tous les cas lorsque le salarié passe en mi-temps thérapeutique

² pour les arrêts de travail survenus à compter du 01/01/2016







¹ pour les arrêts de travail survenus avant le 31/12/2015

Mi-temps thérapeutique

- Exemple: un salarié en arrêt de travail pour maladie passe en mi-temps thérapeutique après 60 jours d'arrêt de travail
 - <u>avant le passage en mi-temps thérapeutique</u> : le salarié bénéficie des IJSS et du maintien de salaire de l'employeur
 - après le passage en mi-temps thérapeutique :
 - Dispositif en vigueur en 2015 : le salarié bénéficie du salaire sur le mitemps travaillé et des IJSS liées au mi-temps thérapeutique
 - Evolution 2016 : le salarié bénéficie du salaire sur le mi-temps travaillé, des IJSS liées au mi-temps thérapeutique et de l'intervention du régime de prévoyance en complément des IJSS dans la limite du net d'activité







3. LE NOUVEL ACCORD DU 09 JUILLET 2015

3.3 – Evolutions liées à la recommandation : modalités d'adhésion – fonds sur le haut degré de solidarité - recours aux services de courtiers/ conseils

Noëlle BOGUREAU, actuaire conseil du régime, CAPS actuariat

Ce qui change avec le nouvel accord

Rappel de la situation issue de l'accord de juin 2007

- Toutes les entreprises relevant du périmètre de la CCN doivent adhérer au RPC prévoyance <u>ET</u> maladie
- Pas de fonds sur le haut degré de solidarité mais un fonds collectif santé

Evolutions liées à l'accord de juillet 2015

- Les entreprises peuvent adhérer au RPC prévoyance <u>ET/OU</u> maladie
- Mise en place d'un fonds sur le haut degré de solidarité dédié aux entreprises qui adhèrent au régime de branche; ce fonds finance notamment le fonds collectif santé qui est l'une des actions retenues par la commission paritaire

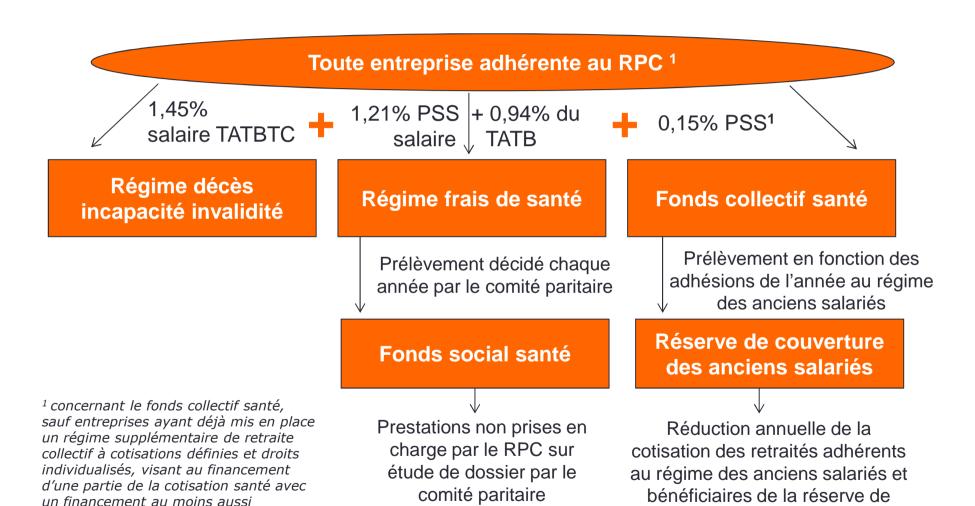






couverture (= l'abondement)

Rappel: accord juin 2007





favorable

Situation issue de l'accord de juillet 2015

Entreprise adhérente au RPC prévoyance

1,45% salaire TATBTC

Régime décès incapacité invalidité

Entreprise adhérente au RPC santé et prévoyance

0,15[%] PSS ¹ (appelée à 0,09% en 2016)

Fonds sur le haut degré de solidarité

Entreprise adhérente au RPC santé

1,21% PSS + 0,94% salaire TATB

Régime frais de santé

85% des cotisations de l'année au fonds sur le haut degré de solidarité

Financement des autres actions de solidarité

Fonds social santé

+

Autres actions de prévention ou solidarité

Financement de prestations non prises en charge par le RPC sur étude de dossier par le comité paritaire



Fonds collectif santé

Prélèvement en fonction des adhésions de l'année au régime des anciens salariés

Réserve de couverture des anciens salariés

Réduction annuelle de la cotisation des retraités adhérents au régime des anciens salariés et bénéficiaires de la réserve de couverture (= l'abondement)



¹ concernant le fonds

sur le haut degré de

déjà mis en place un

avec un financement

solidarité , sauf

entreprises ayant

système similaire

au moins aussi

favorable



Cotisation sur le haut degré de solidarité

- Traitement social et fiscal de la cotisation sur le haut degré de solidarité*
 - Assimilé à une cotisation prévoyance
 - Forfait social de 8% sur la contribution employeur
 - CSG-CRDS à charge des salariés sur la contribution employeur
 - Exonération fiscale pour le salarié







^{*} Sous réserve des précisions qui pourraient être apportées par l'administration sociale / fiscale concernant les cotisations sur le haut degré de solidarité

Courtiers / conseils

- Les entreprises ont la possibilité de faire appel aux services d'un conseil (courtiers, consultants ...)
 - Les frais de gestion du Régime de branche ne prévoient pas de commission d'intermédiation.
 - Frais prévoyance: 4,5% des cotisations + 3% des prestations périodiques
 - Frais santé : 6,40% des cotisations + 3,30 € par salarié
 - La rémunération du conseil doit être payée directement par l'entreprise (honoraires de conseil) ou être prise en compte dans les taux de cotisation de l'entreprise (commission d'intermédiation qui se rajoute aux cotisations du RPC + Complémentaire). L'entreprise doit faire une acte de mise en place (DUE, accord ou référendum) indiquant notamment les taux de cotisations à appliquer.







4. SERVICES ET INFORMATION

4.1 – L'information aux salariés sur le contrat responsable

José CHEMLA, Directeur du Développement, apgis

- Les contrats collectifs obligatoires devront proposer des garanties conformes à celles du contrat responsable.
- Le contrat responsable vise à inciter l'assuré a respecter le parcours de soin. Le contrat prévoit ainsi un niveau minimal et maximal de remboursement sur un ensemble de prestations santé.



Encadrer les dépenses de santé notamment les dépassements d'honoraires et les frais d'optique







Rappel du dispositif du contrat d'accès aux soins (CAS)

Objectif

- Il est destiné à favoriser l'accès aux soins avec un meilleur remboursement.
- Les médecins sous CAS doivent respecter un certains nombres d'engagements.

Avantages

Pour les médecins

- Revalorisation des tarifs de remboursements
- Prise en charge d'une partie des cotisations sociale par l'assurance maladie

Pour les patients

- Meilleur remboursement par la SS
- Meilleur remboursement par la complémentaire (contrat responsable)







EN PRATIQUE

Dépassement d'honoraires et soins médicaux

Dans la limite des garanties de votre contrat

- Médecin adhérant au CAS (contrat d'accès aux soins) :
 Pas de limitation de prise en charge (dans la limite des garanties de votre contrat).
 - Médecin non adhérant au CAS (hors CAS):
 Limitation du dépassement d'honoraire à 125% (100% en 2017) de la base de remboursement (base de remboursement de la sécurité sociale fixé pour chaque acte médical).

Ecart de 20% minimum entre les médecins adhérents et les non adhérents

- Comment savoir si mon médecin adhère ?

 ameli Le site internet de la sécurité sociale « www.ameli.fr » :

 Accueil > Professionnels de santé > Résultats de la Recherche > Fiche détaillée du Professionnel de santé
- Comment connaitre le montant de la prise en charge de l'apgis en cas d'hospitalisation ou d'équipement optique ? Votre espace assuré sur notre site internet « http://www.apgis.com ».







Optique

- Encadrement de l'équipement : 1 équipement tous les 2 ans (à la date d'acquisition)
 - ✓ Si nouvelle correction (renouvellement justifié par une prescription médicale ou par l'opticien) : limite ramenée à un an;
 - Remboursement possible en deux temps au sein de la période (par exemple montures puis verres) dans la limite du plafond applicable.

Sauf mineur et cas d'évolution de la vue (1 équipement par an).

Encadrement des garanties

Dans la limite des garanties de votre contrat

- ✓ Le texte prévoit un plafond de remboursement pour l'ensemble de l'équipement (diffèrent selon le type de correction exprimé fonction de la sphère, de la dioptrie et du cylindre);
 - ✓ Monture : 150€ maximum.

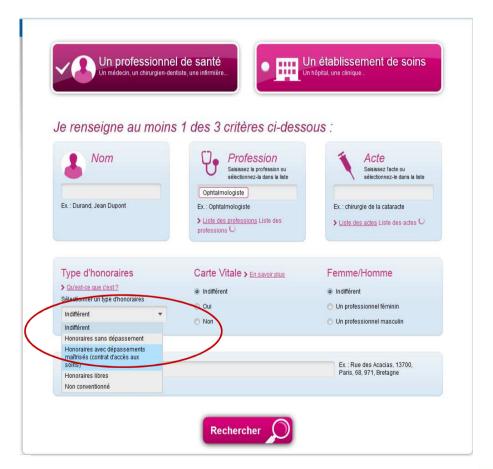


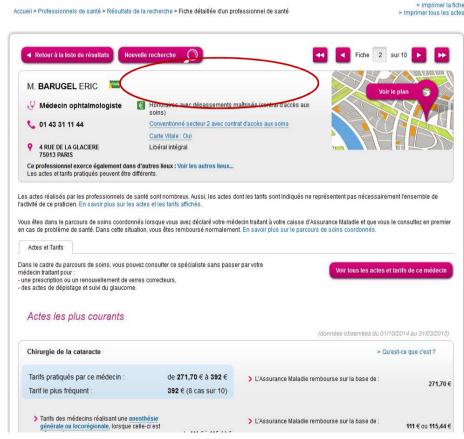




ameli le site internet de la Sécurité sociale

« www.ameli.fr »











4. SERVICES ET INFORMATION

4.2 – Services santé

José CHEMLA, Directeur du Développement, apgis

Le nouveau service en 2015

- FIL'APGIS
 - ✓ Un service d'accompagnement dans la vie quotidienne

Les services actuels

- Apgismobile via le téléphone portable
- Le service de tiers-payant IDECLAIR
 - la maitrise des dépenses de santé en optique et dentaire
- par téléphone (SRT)





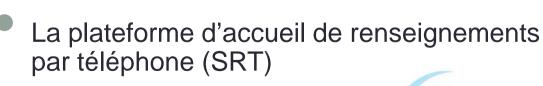












Les services additionnels au choix des entreprises

- Le **réseau de soins de santé** SANTECLAIR
 - Maitrise des dépenses de santé les plus coûteuses et réduction du reste à charge des assurés
- Une offre « Assistance Santé » et une offre « Assistance Handicap et Dépendance »
- Garanties complémentaires (pour améliorer les garanties du RPC ou RPC+RS)











Contacts



APGIS

Frais médicaux
FIL'APGIS
Réseau de soins SANTECLAIR
Offre Assistance Santé
Etudes complémentaires

Isabelle AKIAN

i.akian@apgis.com

tel: 01 49 57 17 00

José CHEMLA j.chemla@apgis.com

tel: 01 49 57 16 96







4. SERVICES ET INFORMATIONS

4.3 – Services Prévoyance

Anne Laure DE COURCEL, Eric LAURENT, Direction commerciale, AXA solutions collectives

Nouveaux produits et services de prévoyance en 2015

Pour tous les salariés



Pour compléter la protection des salariés

prévoyance sur-mesure



Nouveau

l'accompagnement personnalisé en cas d'arrêt

Régime conventionnel en prévoyance (RPC)

formules cadres, décès accidentel AVC ou missions professionnelles

des démarches simplifiées



l'action sociale : **AXA** entraide







bienveillance cancer

dépendance









Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité professionnelle

Un nouveau service proposé par votre régime de prévoyance fin 2015





Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les problèmes dorsolombaires*

« TMS : 85%

des maladies professionnelles plus d'1/3

des arrêts de travail»

Source : Assurance Maladie (2011), INSEE (2013)



TMS: + 13%

d'augmentation par an (en nombre de cas)

Source: Prévia (2015)

AXA propose un programme d'accompagnement individualisé pour aider les salariés atteints de TMS et de problèmes dorsolombaires à reprendre une activité professionnelle.

* Se caractérisent par des douleurs articulaires des poignets, des coudes, des épaules et du dos (Exemples fréquents : les tendinites, le syndrome du canal carpien, la lombalgie ou la sciatique. Les causes identifiées sont : Efforts brusques et/ou intenses, Port de charges lourdes, mouvements répétitifs, postures inadaptées, environnement psychologique et social, traumatismes physiques, vibrations ...







Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité professionnelle

- Un service proposé à tous les laboratoires adhérents au régime de prévoyance de l'Industrie Pharmaceutique (assurés par AXA en prévoyance)
- Pour leurs salariés en arrêt de travail depuis plus de 90 jours
- En raison de troubles musculo-squelettiques (TMS) ou de problèmes dorsolombaires







Les avantages pour vous :

3 leviers principaux



Image Sociale positive

Sensibilisation au
bien-être de vos salariés
et aide en cas de
difficultés



Démarche de Prévention

Extrapolation de la démarche aux salariés évoluant sur des postes similaires



Impact Financier

Diminution des coûts directs et des coûts de réorganisation

Aucune facturation ne sera faite à l'Employeur au titre de ces services.







Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité

Un service éprouvé

Un service proposé par AXA avec prévia



- √ depuis 2007,
- ✓ plus 488 salariés suivis (au 31/08/2015),
- ✓ taux de reprise d'activité des salariés supérieur à 75%.
- Prévia : un expert de la Santé au Travail
 - ✓ structure médicalisée neutre et autonome
 - ✓ équipes de Professionnels de Santé et d'Experts
 - √ déploiement du service sur tout le territoire.







Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité Une démarche participative



Avec l'accord du salarié, un protocole tripartite Salarié, Entreprise, PREVIA est signé, qui engage PREVIA à mettre en œuvre la démarche sur une période de 12 mois.

La démarche est volontaire, participative, individualisée et structurée.

Au travers de l'organisation de chaque étape, le secret médical le plus strict est garanti au salarié vis-à-vis de tous les intervenants.

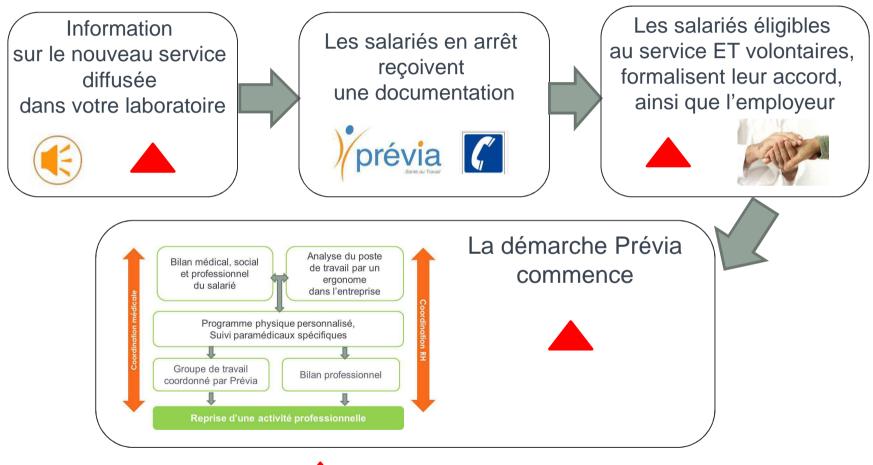






Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité

Concrètement, la mise en place







Participation de votre laboratoire







Les avantages pour vos salariés Une aide pour



Profiter d'un accompagnement adapté à leur santé



Faire de leur réintégration professionnelle un véritable projet



Rétablir et développer leurs capacités physiques et/ou psychiques

Un service gratuit pour les salariés





Une démarche favorable à tous

et très appréciée des salariés

Témoignages en quelques mots

« La qualité d'écoute est excellente ainsi que les conseils, cela m'a apporté un grand réconfort. Se sentir compris et entendu dans ces moments là est un grand soulagement. La gentillesse et le professionnalisme de l'équipe m'ont beaucoup aidé. »

> « J'ai été très satisfaite de cette année passée avec la coordinatrice RH et le médecin Prévia. Personnellement, ils ont participé à une amélioration de mon moral et m'ont aidé à voir mon avenir professionnel sous un meilleur jour. »

Une note de 8,5/10 *en moyenne* attribuée par les accompagnés (en fin de démarche)







Contacts



AXA Solutions Collectives

Prévoyance

Pour tous les assurés

Suivi cardiovasculaire Santésens

Accompagnement personnalisé pour les salariés en arrêt (TMS)

Choix d'option et de bénéficiaire(s) par internet

Action sociale AXA entraide

Au choix des laboratoires

Complémentaire décès pour les cadres (CCN de 1947)

Accompagnement pour les salariés atteints d'un cancer

Garanties complémentaires et formules

Dépendance

apgis



Eric LAURENT eric.laurent@axa.fr

tel: 01 55 50 54 88

Anne Laure DE COURCEL annelaure.chodrondecourcel@axa.fr

tel: 01 55 50 55 56





L'EVOLUTION DE L'ACCORD CONVENTIONNEL LE NOUVEAU CONTRAT RESPONSABLE

ANNEXES



INTERCONTINENTAL PARIS LE GRAND 2 rue Scribe 75009 PARIS



Annexes

- 1 Le régime en chiffres
- 2 Le contrat responsable
- 3 La portabilité: les contrats consécutifs chez le même employeur
- 4 Les services santé
- 5 Les services prévoyance
- 6 Les options complémentaires en santé et prévoyance
- 7 Le site internet du régime : prevoyancepharma.com



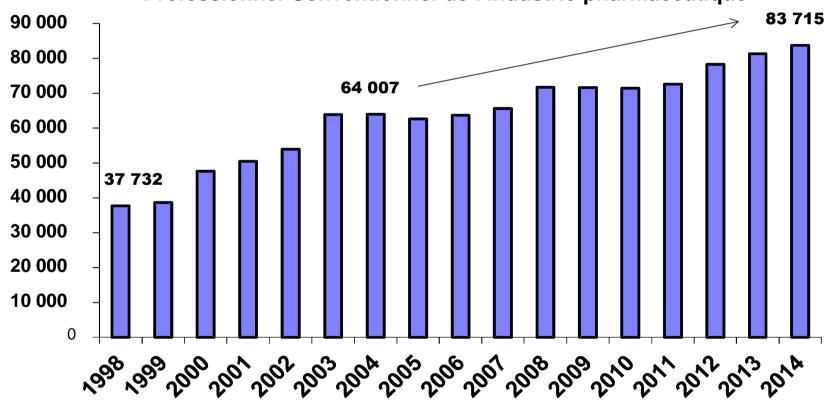


ANNEXES

Le régime en chiffres

Croissance des salariés couverts par le régime de branche

Evolution du nombre de salariés couverts par le Régime Professionnel Conventionnel de l'industrie pharmaceutique









Le régime au 31/12/2014

+ de 83 700 salariés et près de 15 000 anciens salariés

Un régime entièrement provisionné avec des réserves qui permettent une stabilité des taux de cotisations

. 300 M€ de provisions techniques
. 26 M€ de réserves prévoyance soit 40% des cotisations
. 32,8M€ de réserves santé pour le régime des actifs soit 49% des cotisations santé HT
. Un fonds collectif santé de 21,7M€

Des frais de gestion performants

. 7,48% des cotisations HT en santé . 4,77% des cotisations en prévoyance

De très bonnes performances financières

3,72% net en 2014 4,28% en moyenne sur 10 ans







ANNEXES

Le contrat responsable

Contrat responsable : garanties minimales

- Prise en charge à 100% du Forfait Journalier Hospitalier sans limitation de durée
 - possibilité de couvrir, à titre facultatif, le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux
- Obligation de prise en charge du Ticket Modérateur pour les actes remboursés par la Sécurité sociale sauf :
 - Cures thermales
 - Pharmacie remboursée à 15%
 - Homéopathie et pharmacie remboursée à 30%







Contrat responsable : garanties maximales

- Dépassements d'honoraires :
 - plafonnement des remboursements des dépassements d'honoraires pour les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins (CAS) selon 2 limitations :
 - 100%¹ de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)
 - Montant pris en charge pour les médecins ayant adhéré au CAS minoré de 20%
 BR
 - Sont concernés tous les dépassements d'honoraires des médecins :
 - Les consultations
 - Actes techniques médicaux
 - Honoraires chirurgicaux et médicaux en hospitalisation
 - Radiologie
 - Eventuellement les soins dentaires effectués par des stomatologues







¹ pour 2015 et 2016 limitation à 125% BR possible

Contrat responsable : garanties maximales

- La base de remboursement à prendre est celle figurant sur le décompte de la sécurité sociale
- Concerne l'ensemble des médecins n'adhérant pas au CAS, y compris les médecins non conventionnés
- Exemple de remboursement maximal, y compris Sécurité sociale, pour une consultation de spécialiste (cas le plus fréquent) :
 - Médecin secteur 2 adhérant au CAS : 46 € (soit 2 x 23€)
 - Médecin non conventionné : 2,44 € (soit 2 x 1,22€)







Contrat responsable / Minima et maxima en optique

- Optique : des références à la correction anticipées par le RPC dès 2015
 - Définition des verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
 - Définition verres hyper complexes :
 - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8 ou supérieure à 8
 - verres multifocaux ou progressifs sphériques (cylindrique = 0) dont la sphère est inférieure à -4 ou supérieure à 4
 - Définition verres complexes : Autres verres







Contrat responsable / ANI : Minima et maxima en optique

 Illustration du maximum par équipement pour 2 verres identiques (en complément de la Sécurité sociale)

Maximum pour 2 verres identiques		Sphère						
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8		
	égal à 0	470 €	470 €	470 €	750 €	750 €		
unifocaux	0 < dioptries < 4	470 €	470 €	470 €	750 €	750 €		
	dioptries >= 4	750 €	750 €	750 €	750 €	750 €		
Multifocaux ou progressifs	égal à 0	750 €	750 €	850 €	850 €	850 €		
	0 < dioptries	750 €	750 €	750 €	750 €	850 €		
300€								

 Illustration du minimum par équipement pour 2 verres identiques (en complément de la Sécurité sociale) dans le cadre de la généralisation des complémentaires santé

Minimum pour 2 verres identiques		Sphère						
Type de verres	Cylindre	0 ≤ dioptries ≤ 2	2 < dioptries ≤ 4	4 < dioptries ≤ 6	6 < dioptries ≤ 8	dioptries > 8		
	égal à 0	100 €	100 €	100 €	200 €	200 €		
unifocaux	0 < dioptries < 4	100 €	100 € ∖	100 €	200 €	200 €		
	dioptries >= 4	200 €	200 €	200 €	, 200 €	200 €		
Multifocaux ou progressife	égal à 0	200 €	200 €	200€	200 €	200 €		
Multifocaux ou progressifs	0 < dioptries	200 €	200 €	200€	200 €	200 €		
verres simples; verres complexes; verres hyper complexes;								







Limitation du nombre de remboursements en optique

- Limitation du remboursement à 1 équipement tous les 2 ans sauf en cas de changement de correction ou pour les mineurs auquel cas remboursement maximal d'un équipement par an
- Ces périodes de 2 ans s'apprécient pour le régime conventionnel à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique
 - Ex : équipement acquis le 7 janvier 2016, prochaine acquisition remboursable le 8 janvier 2018
- Les périodes sont fixes et ne peuvent être ni réduites ni allongées.







ANNEXES

Portabilité: les contrats consécutifs chez le même employeur

Durée des droits au titre de la portabilité

- Rappel des dispositions légales
 - La durée des droits au titre de la portabilité est égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois
- Amélioration conventionnelle Industrie pharmaceutique
 - Deux contrats de travail sont considérés comme consécutifs lorsque la durée entre ces derniers n'excède pas 31 jours calendaires (dans la même entreprise et avec le même assureur)
 - La durée entre les deux contrats est toutefois décomptés du droit à maintien au titre de la portabilité

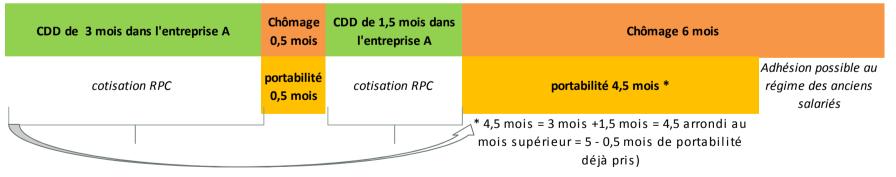






Durée des droits au titre de la portabilité

EXEMPLE 1 Chômage CDD de 1,5 mois dans CDD de 3 mois dans l'entreprise A Chômage 6 mois 1 mois l'entreprise A Adhésion possible au portabilité portabilité 4 mois * régime des anciens cotisation RPC cotisation RPC 1 mois salariés * 4 mois = 3 mois +1,5 mois = 4,5 arrondi au mois supérieur = 5 - 1 mois de portabilité déjà pris **EXEMPLE 2**





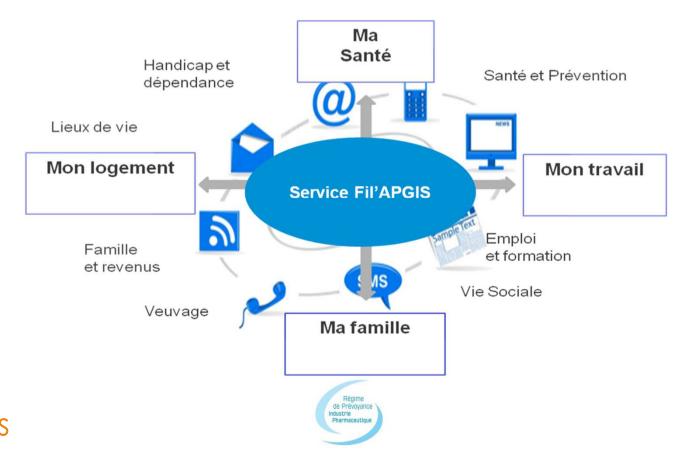




ANNEXES

Services santé

Ecoute, conseil et information sur les problématiques de la vie quotidienne et de la vie professionnelle.







- Le conseiller FIL'APGIS a pour rôle :
 - ✓ d'écouter et de comprendre la situation,
 - de fournir des explications,
 - ✓ d'orienter,
 - ✓ de rechercher des solutions,
 - √ d'accompagner l'assuré tout au long des ses démarches,
 - ✓ d'apporter un soutien au quotidien dans les situations difficiles.







- Les différentes thématiques abordées :
 - ✓ la santé : parcours de soins, actions de dépistages aux différents âges de la vie, troubles du sommeil et de la vigilance,...
 - ✓ la famille : à l'arrivée d'un enfant, dans les cas de ruptures familiales, aides aux aidants, ...
 - ✓ le logement : différentes aides possibles, relations bailleur/locataires, adaptation de l'habitat, questions liées aux travaux de rénovation énergétique,...
 - ✓ la vie professionnelle : mobilité, retour au travail après un arrêt, transition due à la retraite, ...
 - ✓ le budget : problème de surendettement, questions sur les différentes aides financières,...







- Le service est ouvert a l'ensemble des assurés (actifs et anciens salaries), et à leur famille (au sens large)
- L'accès au service Fil'APGIS est prévu par :

: une ligne téléphonique dédiée 09.69.39.75.52,

@ : un environnement sur l'espace assuré (via le site internet APGIS).







Supports de communication papier

Une information à toutes les entreprises avec un support (brochure) à remettre aux salariés,

Par la suite, communication ciblée pour les salariés (via « Contact »....),

Information directe aux anciens salariés.





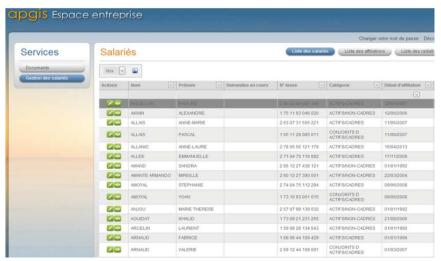




Espace Entreprise :

- ✓ Accès aux listes des assurés,
- Consulter les documents,











- Espace Entreprise :
 - Effectuer une affiliation,
 - Transmettre une radiation,



					Changer votre mot de passe Déci		
Services	Do	cuments					
Documents	Reche	rche dans titre :					
Gestion des salariés	Thème	C.					
	Catégo	orie :					
	Date d	e mise en ligne :					
	Méthode de recherche						
	An	cher les documents publics					
		chercher Nouvelle recherche Titre	Date de mise en ligne	Catégorie	Théme		
		chercher Nouvelle recherche	Date de mise en ligne 18/12/2013	Catégorie Contrat	10000000		
		thercher Nouvelle recherche Titre Conditions AWRad des conjoints non à		And the second	Industrie Pharmaceutique entreprises		
		Titre Conditions AMRad, des conjoints non à charge SS	18/12/2013	Contrat	Industrie Pharmaceutique entreprises Industrie Pharmaceutique entreprises		
		therchet Nouvelle recherche Titre Conditions ARRad des conjoints non à charge 85 Modalfés de gestion de la Modalfés de gestion de la	18/12/2013	Contrat	Industrie Pharmaceutique entreprises Industrie Pharmaceutique entreprises Industrie Pharmaceutique entreprises		
		Titre Nouvelle recherche Titre Conditions ARRad des conjoints non à charge 83 Modallés de pestion de la portabiliféraitanie Modallés de pestion de la portabiliférantique de la portabilitératique d	18/12/2013 18/12/2013 18/12/2013	Contrat Contrat Contrat	Thimse Industrie Pharmaceufique entreprises		
		Chercher Nouvelle recherche Titre Conditions ARRAd des conjoints non à charge 85 Modalifés de gestion de la portabilité est portabilité des conjoints Modalifés de gestion de la portabilité est portabilité des couvertures Durietin portabilité des couvertures Déclaration médiduelle d'affiliation des	18/12/2013 18/12/2013 18/12/2013 18/12/2013	Contrat Contrat Contrat Contrat	Industrie Pharmaceufique entreprises Industrie Pharmaceufique entreprises Industrie Pharmaceufique entreprises Industrie Pharmaceufique entreprises		





Espace Assuré:

- ✓ Mise à disposition des assurés par l'adresse http://www.apgis.com :
 - Changement d'adresse postale,
 - Changement de coordonnées bancaires,
 - Alerte par mail lors d'un règlement,
 - Passage de paiement par chèque à virement,
 - Visualisation des ayants droit,
 - Décomptes mensuels en ligne,
 - Ne plus recevoir les décomptes papier.









Autres fonctionnalités :

- Faire une demande de prise en charge hospitalière,
- Demander des documents (attestation de tiers payant, certificat d'affiliation, certificat de radiation),
- Poser une question d'ordre générale,
- Transmettre des documents (copie d'attestation Sécurité sociale, facture optique ou dentaire, certificat de scolarité),
- Message d'information (adresse postale NPAI, problème de connexion NOEMIE, certificat de scolarité en attente,...).











- Espace Professionnel de santé :
 - ✓ Un espace dédié sur le site apgis.com pour les demandes de prise en charge hospitalière.









apgismobile

- Mise à disposition des assurés, par l'adresse https://apgismobile.apgis.com, et via le téléphone portable :
 - De consultation de leurs remboursements sur une période de 2 ans,
 - D'accès aux contacts Apgis (renseignements sur les devis dentaire et optique, prises en charge,...),
 - De réponses aux principales questions rencontrées.





Ideclair nos services à votre disposition Tiers payant Optique et Dentaire

- IDECLAIR est un service d'information, de conseil et de tiers payant spécialisé sur les prothèses dentaires, les lunettes et les lentilles acceptées par la Sécurité sociale.
 - ✓ Dentaire (environ 2.500 références actives);
 - ✓ Optique (environ 8 900 références actives).
- Le service proposé à l'assuré vise à :
 - ✓ Laisser à l'assuré le libre choix de son Professionnel de Santé;
 - ✓ Accélérer et fiabiliser le traitement du dossier;
 - ✓ Effectuer un tiers payant.









La plateforme d'accueil de renseignements par téléphone (SRT)

- L'APGIS met à la disposition des assurés sa plate forme d'accueil de renseignements par téléphone (SRT) APGIS spécifique aux frais médicaux.
- Ce service est ouvert 5 jours sur 7 de 9 h à 17h30 heures sans interruption, et a pour principales missions :
 - de répondre à l'ensemble des demandes des assurés concernant leur couverture frais médicaux;
 - √ d'établir une prise en charge en temps réel;
 - de prendre en compte les modifications de domicile, de coordonnées bancaires, de situation de famille.
- Vous trouverez les coordonnées téléphoniques et adresse mail sur votre espace assuré.







ANNEXES

Services Prévoyance

Les risques cardiovasculaires

Pourquoi Santésens?

Les facteurs de risque cardiovasculaire : des « tueurs silencieux », **très présents chez les actifs**, insuffisamment détectés, et sur lesquels il est possible d'agir efficacement!









1^{ère} cause de handicap



une aide pour améliorer le suivi de sa santé cardiovasculaire

Le suivi de la santé cardiovasculaire



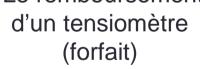




Un site internet personnel pour l'évaluation et le suivi



Le remboursement d'un tensiomètre (forfait)



Le traitement de données Smartsanté est déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - récépissé n° 1798254 v 0.

L'hébergement des données de santé est réalisé par un hébergeur agréé par le Ministère de la Santé.







Le site internet santésens









Formulaire de prévoyance par internet

Choix d'option et désignation de bénéficiaire(s)

Pour les salariés :

- Les situations de famille évoluent,
- ✓ Les choix fait antérieurement sont parfois oubliés,
- Une nouvelle option en cas de décès existe depuis le 01.01.2015.
 (l'option 3 = capital décès + rente de conjoint temporaire)

Le formulaire de prévoyance en ligne : un outil simple et rapide pour effectuer / mettre à jour ses choix en complément du formulaire papier existant

Accessible depuis le site du régime www.prevoyancepharma.com, ainsi qu'un simulateur de calcul du capital + rentes en cas de décès, et une présentation des garanties (options, clause de désignation etc).

Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité Une démarche participative



Avec l'accord du salarié, un protocole tripartite Salarié, Entreprise, PREVIA est signé, qui engage PREVIA à mettre en œuvre la démarche sur une période de 12 mois.

La démarche est volontaire, participative, individualisée et structurée.

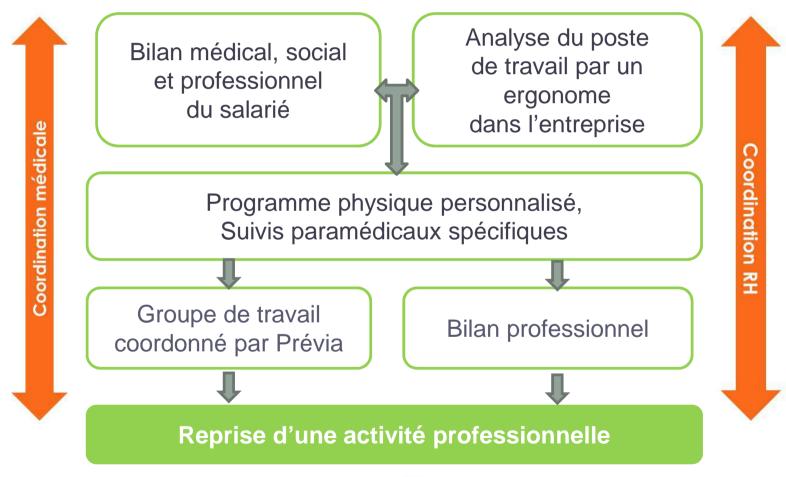
Au travers de l'organisation de chaque étape, le secret médical le plus strict est garanti au salarié vis-à-vis de tous les intervenants.







Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité Une démarche structurée

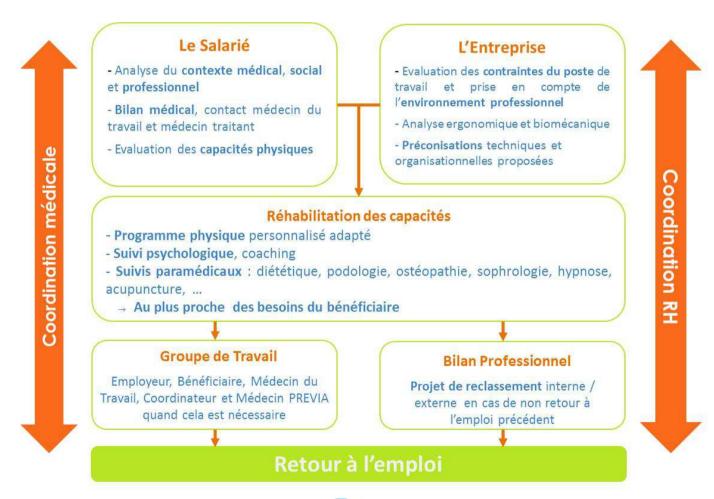








Accompagnement personnalisé vers la reprise d'activité Une démarche structurée (détail)









ANNEXES

Options complémentaires frais de santé et prévoyance (conditions réservées aux entreprises adhérentes)

Complémentaires frais de santé

Module :

Afin de répondre aux demandes les plus courantes des entreprises, d'amélioration des couvertures, l'APGIS a conçu des « modules » type (chaque entreprise peut choisir un ou plusieurs modules) :

- Module implants dentaires,
- Module ostéopathie,
- Module dentaire : soins, prothèses, orthodontie,
- ✓ Module optique : montures, verres, lentilles,
- Module hospitalisation : honoraires, séjours, chambre particulière,
- Module soins courants : consultations, radiologie, actes de spécialistes,

Modules adaptés si contrat responsable





Complémentaires frais de santé

- Etudes « sur-mesure » :
 - ✓ L'APGIS peut également faire des études de mise en œuvre de garanties sur-mesure selon les souhaits de chaque entreprise,
 - ✓ Les tarifications sont établies en fonction des caractéristiques démographiques et de la localisation géographique.







Options prévoyance

garanties collectives à adhésion obligatoire des salariés

Les classiques

- Sur-mesure décès, incapacité invalidité,
- Formules cadres réglementation «1,50% tranches A ».

Les innovations

- Décès accidentel missions professionnelles,
- Décès accidentel accident vasculaire-cérébral (AVC),
- Bienveillance cancer,
- Dépendance.







Options prévoyance

garanties collectives à adhésion obligatoire des salariés

	En cas de décès accidentel lors d'une mission professionnelle Capital supplémentaire		Bienveillance cancer	Dépendance	
			Capital forfaitaire à l'annonce de la maladie et assistance	Aide aux aidants (capital et assistance) + rente dépendance avec ou sans acquisition de droits	
	100% du capital en	cas de décès	5 000€	Capital 4 000€ Rente 500€ / mois	
Cotisations mensuelle totale par salarié *	0,26€	0,13€	De 1,85€ à 2€	5,20 à 7,80€	

*exemple d'un salaire moyen de 2 600€ Hors frais d'intermédiation







ANNEXES

Site internet du régime de branche : prevoyancepharma.com

La plateforme d'information PrevoyancePharma

http://prevoyancepharma.com/



Pour connaître ses garanties et choisir ses options





