

Santé à deux vitesses...

Salariés de droit privé du Groupe Orange

La législation sur la complémentaire santé obligatoire pour tous les salariés et les contrats « responsables » s'accompagne de modalités de remboursement d'une extrême complexité. La CFE-CGC vous aide à y voir clair, et vous invite à [télécharger la version électronique de ce tract](#) pour accéder aux différents liens qui vous permettront d'identifier plus précisément vos nouveaux montants de remboursement.

Modification du contrat imposée par la loi

La loi de 2013 sur la sécurisation de l'emploi impose, qu'à compter du 1/01/2016, tous les salariés français soient couverts par un contrat collectif de complémentaire santé. Le gouvernement souhaite également limiter les dépassements d'honoraires, et faire baisser le prix de l'optique (2 fois + chère que chez nos voisins européens). La loi oblige donc la mise en œuvre de « **contrats responsables** » pour continuer à bénéficier de la fiscalité dérogatoire sur la complémentaire santé cofinancée par les employeurs.

Avantages fiscaux des contrats responsables

- part salarié de la cotisation déduite du revenu imposable
- part patronale exonérée de cotisation sociale (mais ajouté au revenu imposable depuis deux ans)

Orange devait donc négocier un avenant à l'accord Groupe (*liste des filiales concernées en annexe 1*) pour adapter son contrat aux nouvelles mesures légales : **c'est ce qui justifie les modifications intervenues sur les cartes de tiers payant reçues par les salariés de droit privé du Groupe**. Voici les principaux impacts des nouveaux contrats.

Couvrir tous les salariés sans doubler

- les nouveaux recrutés sont assurés dès leur 1^{er} jour de travail (suppression de la condition d'ancienneté précédente, pouvant aller jusqu'à 6 mois) quel que soit leur contrat (CDI, CDD, apprentis, alternants)
- les salariés en CDD et les apprentis déjà couverts par une autre complémentaire maladie peuvent faire une **demande de dispense**, ainsi que les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, et les salariés à temps partiel ou apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute (demander le formulaire à vos RH).

Contrat responsable : impacts pour les assurés

- respect obligatoire du « [parcours de soin coordonnés](#) »
- meilleur remboursement lorsqu'on consulte un médecin ayant adhéré au « [contrat d'accès aux soins](#) » (CAS)
- limitation du remboursement des dépassements d'honoraires lorsque le médecin n'a pas adhéré au CAS.

Nouveaux taux de remboursement

La complémentaire maladie d'Orange rembourse donc différemment selon que le praticien est signataire ou non du CAS. Pour

l'optique, les conditions de renouvellement sont légèrement assouplies, mais le plafond de remboursement des montures diminue. Les autres taux sont inchangés.

	médecins signataires CAS	médecins non signataires CAS
hospitalisation		
honoraires médicaux et chirurgicaux (C)	100% des frais réels, limité à 400% du MR	100% du TM + dépassement d'honoraires limité à 156,25 % du MR en 2016, 125% du MR à partir de 2017
médecine de ville		
consultation généraliste (A)	100% des frais réels, limité à 200% du MR MR = 23€ x 0,7 = 16,10€	100% des frais réels, limité à 171,42% du MR
consultation spécialiste (B)	100% des frais réels, limité à 250% du MR MR = 25€ x 0,7 = 17,50€ (sauf Psychiatre, Neuropsychiatre, Neurologue)	100% des frais réels, limité à 221,42% du MR
actes techniques, électrothérapie, radiologie (C)	100% des frais réels, limité à 400% du MR	100% des frais réels, limité à 221,42 % du MR en 2016, 185,71% du MR à partir de 2017
optique		
Monture : 100% des frais réels dans le réseau Carte Blanche, 95% hors réseau, et 150 € maxi dans tous les cas.		
- 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (2 si ordonnance pour 2 corrections)		
- 1 équipement par an en cas d'évolution du défaut visuel et pour les - de 18 ans.		

MR = [Montant remboursé par la Sécurité Sociale](#)

TM = Ticket modérateur = montant restant à votre charge après remboursement par la Sécurité Sociale

À noter

- Le contrat d'Orange vous permet d'accéder au réseau [Carte Blanche](#) (110 000 professionnels de santé), pratiquant des tarifs qui minimisent votre « reste à charge », et chez lesquels vous n'avancerez pas les frais pris en charge par la mutuelle.
- Chez Orange, vous pouvez également bénéficier d'un remboursement de 64,03 tous les 5 ans via la [Participation complémentaire frais d'optique pour travail devant écran](#) (lien anoo). **Pratiquement tous les salariés étant concernés, la CFE-CGC Orange, par souci de simplification, demande qu'il soit systématiquement intégré à la paie (1€ / mois).**

En savoir +

- Site Prévoyons.com et notamment la [fiche Infosanté février 2016](#) et [Prévoyons.com N° 41](#)
- Identifier les médecins ayant signé le CAS : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

2 cartes de mutuelle en 2016

La signature de l'accord a été trop tardive pour éditer des cartes de tiers payant 2016 aux nouvelles conditions : vous avez donc reçu une carte pour les mois de janvier-février 2016 et une seconde carte valable du 1^{er} mars au 31 décembre 2016.

La nouvelle carte comporte 2 nouveautés

- Modification de la façon dont les garanties sont exprimées **sans changement du montant pris en charge par le régime complémentaire**.

gime complémentaire. Jusqu'au 29/02, les garanties complémentaires s'exprimaient en % du régime obligatoire de la Sécurité sociale + régime complémentaire. À compter du 1/03, seul le remboursement complémentaire est indiqué sur la carte (sauf pour les non signataires du CAS et la pharmacie). **À noter : le contenu de la carte « n'est pas censé être compris par les assurés »** (qui apprécieront), mais par les professionnels de santé, pour identifier ce qui est pris en charge, notamment en matière de tiers payant, pour effectuer leur facturation en conséquence.

- Le corps de la carte mentionne les garanties pour les médecins **n'ayant pas signé le CAS**. Le taux de remboursement pour ceux qui l'ont signé est renvoyé en bas de carte.

Limite de remboursement pour les médecins **n'ayant pas signé le CAS** et la pharmacie – exprimé en % de la base de remboursement, et non en fonction du MR comme dans les fiches Infosanté.

BENEFICIAIRE - NOM - PRENOM QUALITE - DATE DE NAISSANCE	code DRE/STS TPNOE	SE*	090 PMAR	090 MGR	090 MST	090 BIO	090 RADR	090 AUX	090 SDENT	090 TRA
MARTIN Jean 10012345670 Assuré Né(e) le 15/12/1955	1551275670880	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R
MARTIN Marie 10012345671 Ayant droit Né(e) le 10/06/1958	2580675560253	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R
MARTIN Emma 10012345672 Ayant droit Né(e) le 20/03/1985	1551275670880	NON	OUI	100%S	190%A	225%B	400%R	225%C	400%R	300%R

Base de remboursement = tarif conventionné sur lequel se base la SS pour rembourser.

MR = montant remboursé par la SS.

[Montants détaillés sur le site de la Sécurité Sociale.](#)

Limite de remboursement mutuelle pour les médecins ayant signé le CAS – exprimé en % du MR comme dans les fiches Infosanté
A (généralistes) : 200% - B (spécialistes) : 250% - C (actes techniques, honoraires médicaux et chirurgicaux hospitalisation) : 400%

Fonctionnaires d'Orange

Évolution législative prochaine ?

Depuis 2010, la CFE-CGC se bat pour obtenir pour les fonctionnaires un contrat collectif similaire à celui des salariés de droit privé... mais ce n'est pas encore gagné !

Dès cette époque, nous avons demandé l'amendement de la [loi n°90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la Poste et France Télécom](#) pour permettre la mise en place d'un contrat collectif de complémentaire santé, comme cela a été fait à La Poste, et avons réitéré cette demande à plusieurs reprises. Cet amendement est enfin intégré au [projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires](#) (article 24 BA) adopté par le Sénat le 27 janvier 2016. Cependant, **le parcours législatif n'est pas terminé** : nous ne savons pas quand le texte sera promulgué, ni s'il ne sera pas modifié d'ici là.
Le PDG d'Orange, [dans la VIF du 28 janvier](#), s'est néanmoins

targué d'avoir contribué à cet amendement, et réjouit de pouvoir ouvrir bientôt les négociations avec les organisations syndicales sur ce sujet.

Aide au financement de la complémentaire santé

En attendant, [l'accord de 2015 s'applique](#), et **l'aide financière à la mutuelle santé des fonctionnaires passe, comme prévu, de 300 € en 2015 à 450 € / an en 2016 (37,50 € par mois).**
La CFE-CGC demande qu'elle soit relevée au même niveau que la contribution de l'entreprise à la mutuelle des salariés de droit privé du Groupe.

Le groupe de travail qui étudie les possibilités de mise en place d'un contrat collectif s'est réuni 3 fois en 2015. Ses travaux pourront éventuellement déboucher sur un accord pour un contrat collectif en 2017. À suivre !

Employés, maîtrises et cadres, toutes vos infos sur www.cfecgc-orange.org

- Version électronique avec liens actifs**
www.cfecgc-orange.org/tracts-et-publications/
- Vous abonner gratuitement à nos publications**
bit.ly/abtCFE-CGC
- Nous suivre**
 - [facebook.com/cfecgc.orange](https://www.facebook.com/cfecgc.orange)
 - twitter.com/CFECCGOrange



Vos correspondants CFE-CGC
Louis GIBAUT - 06 74 66 90 00
Marie Claire DUMEZ – 06 45 28 40 08
Philippe TAKACS – 06 72 14 53 49
Gwen POULAIN- 06 80 23 06 58

Tous vos contacts CFE-CGC dans l'annuaire du syndicat
bit.ly/annuaireCFECCG