



Le SICTAME vous informe

www.sictame-unsatotal.org



Votre couverture santé dès janvier 2016

Vous avez déjà reçu une information annexée à votre bulletin de paie de septembre 2015 relative à la notable évolution de votre complémentaire santé à partir du 1^{er} janvier 2016. Vous allez recevoir ou vous avez déjà reçu un courriel professionnel vous invitant à aller sur www.complementairesantetotal.fr.

Quelles sont aujourd'hui les questions à vous poser ?

En tant que salarié, vous bénéficiez aujourd'hui d'un régime complémentaire santé à adhésion obligatoire. En raison de contraintes relatives à la préservation de l'exonération de cotisations URSSAF sur les cotisations de la couverture complémentaire santé, **les prises en charge des honoraires médicaux, des actes de spécialité, des actes chirurgicaux, des auxiliaires médicaux, des lunettes et du secteur non conventionné sont désormais réglementairement plafonnées à des niveaux inférieurs à ceux actuellement garantis.**

Cette baisse, dite « **responsable** », des prestations est en partie compensée par plusieurs évolutions, à partir du 1/1/2016, de votre régime santé, désormais « Socle Social Commun (SSC) responsable ».



1 – **Une amélioration des couvertures non contraintes par une telle réglementation : dentaire, radiologie, auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, ...), le matériel orthopédique et l'entretien des prothèses auditives :** le détail vous a été communiqué dans l'annexe du bulletin de paie de septembre.

2 – **Une baisse des cotisations** résultat des excédents précédemment dégagés par le régime actuel, d'une participation employeur légèrement supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui, et enfin de ce qui est censée être une hausse nette des coûts des prestations entre l'actuelle SSC et « SSC responsable ».

3 – **La création d'une surcomplémentaire** facultative censée compenser la baisse réglementaire des prises en charge des honoraires des médecins conventionnés, des actes de spécialité et des actes chirurgicaux dans le **seul secteur conventionné**. L'employeur n'y participe pas financièrement.

Dès lors, vous avez à répondre à deux questions dans ce cadre collectif.

A – Vais-je souscrire à la surcomplémentaire ? Si oui, vous devez remplir le formulaire d'adhésion. Vos cotisations complémentaire et surcomplémentaire seront prélevées directement sur salaire.

B – Si je suis aujourd'hui adhérent à l'une au moins des 9 surcomplémentaires MIP, vais-je maintenir mon adhésion alors que certaines de leurs prestations seront désormais proposées dans le régime complémentaire obligatoire amélioré (dentaire, radiologie, auxiliaires médicaux, ...) ?

La réponse à ces questions doit intégrer plusieurs facteurs, dont certains sont éminemment personnels¹. L'objectif est de vous fournir ici des éléments pour vous aider à répondre à ces questions. Les tracts précédents du SICTAME ont détaillé les enjeux collectifs propres à la négociation qui ont conduit à la nouvelle offre 2016². Ces enjeux ne sont pas rappelés ici.

Quels sont les éléments de choix ou non de la surcomplémentaire proposée par Harmonie ?

Cette surcomplémentaire facultative est **résiliable par année civile**. Après votre résiliation, vous devrez cependant attendre 3 années civiles pour y adhérer à nouveau.

En sus des contraintes inhérentes à l'adhésion à cette surcomplémentaire précédemment rappelées, deux facteurs sont principalement à prendre en compte : les cotisations et les prestations spécifiques.

	« Isolé »	« Famille »
Cotisations mensuelles TTC 2016 surcomplémentaire pour les salariés	2,67 €	5,35 €

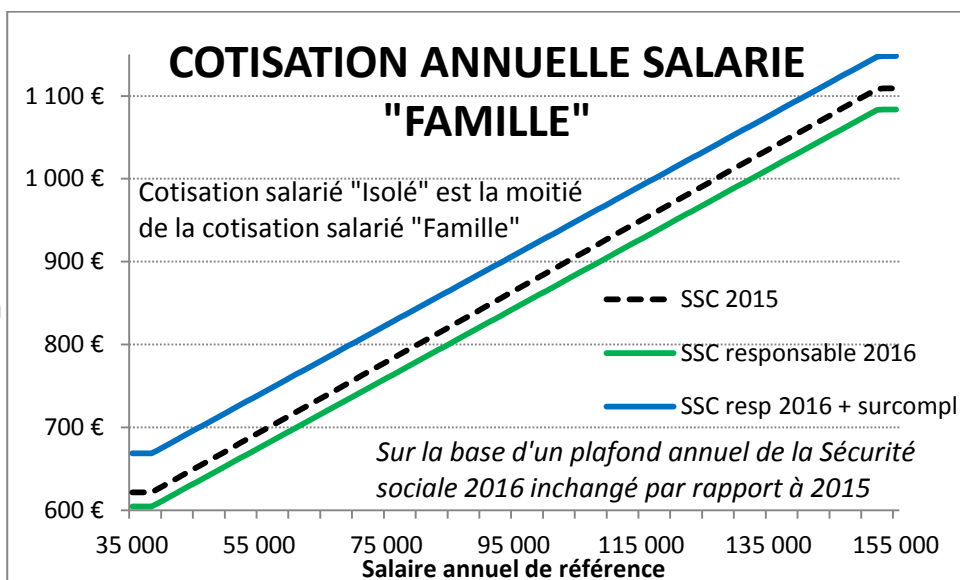
¹ Un couple dont les deux membres adhèrent à un contrat obligatoire, et dont le salarié du Groupe a demandé l'exemption de cotisation « Famille », pourra se poser la question de choisir pour 2017 si ce n'est pas à l'autre membre de demander l'exemption (trop tard pour 2016)

² En février 2015 : [Vers un printemps pourri pour la complémentaire santé ?](#) En juin 2015, [Quelle complémentaire santé dès janvier 2016 ?](#)

Cette cotisation nominale faible est cependant à apprécier par rapport au budget annuel de votre complémentaire santé obligatoire (hors éventuelles surcomplémentaires MIP).

Le graphique ci-contre détaille les cotisations annuelles, nettes de la participation employeur sur la complémentaire (hors fiscalisation de la participation employeur, soumise à l'impôt sur le revenu depuis le 1/1/2013).

La cotisation dépend de votre salaire de référence entre 1 et 4 fois le PASS.



Le tableau identifie **les apports spécifiques de la surcomplémentaire** (parcours de soins coordonnés).

<u>Légende de lecture</u>	La couleur rouge identifie les réductions de prestations entre les grilles SSC actuelle et responsable applicable à partir du 1/1/2016.		
	La couleur verte identifie les améliorations de prestations entre les grilles SSC actuelle et responsable applicable à partir du 1/1/2016.		
CAS : adhérent au contrat d'accès aux soins Honoraires CENSES être ≤ 250 % TC ou BR	Socle social commun (SSC) actuelle 2015	Socle social commun (SSC) "responsable" - 2016	SSC "responsable" + surcomplémentaire
Consultation - visite omnipraticien, spécialiste			
Secteur conventionné sans dépassement	100% TC - Rbt SS	100% TC - Rbt SS	non pertinent
Généraliste			
Secteur conventionné avec dépassement - CAS	200% TC - Rbt SS	200% TC - Rbt SS	-
Secteur conventionné avec dépassement - NON CAS		180% TC - Rbt SS	200% TC - Rbt SS
Spécialiste			
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - CAS	400% TC - Rbt SS	250% TC - Rbt SS	-
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - NON CAS		200% TC - Rbt SS	400% TC - Rbt SS
Secteur non conventionné	150% TCR	150% TA - Rbt SS	150% TC - Rbt SS
Professeurs de médecine			
Secteur conventionné - CAS	400% TC - Rbt SS	250% TC - Rbt SS	-
Secteur conventionné - NON CAS		200% TC - Rbt SS	400% TC - Rbt SS
Secteur non conventionné	170% TCR - Rbt SS	170% TA - Rbt SS	170% TC - Rbt SS
Actes de spécialité (actes de chirurgie, d'anesthésie et actes techniques médicaux hors hospitalisation)			
Conventionnés sans dépassement	100% BR - Rbt SS	100% BR - Rbt SS	non pertinent
Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS	350% BR - Rbt SS	250% BR - Rbt SS	-
Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS		200% BR - Rbt SS	350% BR - Rbt SS
Non conventionnés	150% BR	150% TA - Rbt SS	150% TC - Rbt SS
Radiologie (actes d'imagerie médicale et actes d'échographie)			
Conventionnés avec dépassement autorisé - CAS	125% BR - Rbt SS	200% BR - Rbt SS	-
Conventionnés avec dépassement autorisé - NON CAS		175% BR - Rbt SS	195% BR - Rbt SS
Non conventionnés	100% BR	100% TA - Rbt SS	100% TC - Rbt SS
Hospitalisation			
Frais de séjour établissement conventionné avec ou sans dépassement	100% BR - Rbt SS	100% BR - Rbt SS	-
Frais de séjour établissement non conventionné	100% BR - Rbt SS équivalent	100% TA - Rbt SS	100% TC - Rbt SS
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) remboursés par la Sécurité sociale (y compris chirurgie réfractive remboursée par la SS)			
Conventionné sans dépassement	100% BR - Rbt SS	100% BR - Rbt SS	non pertinent
Conventionné avec dépassement - CAS	400% BR - Rbt SS	250% BR - Rbt SS	-
Conventionné avec dépassement - NON CAS		200% BR - Rbt SS	400% BR - Rbt SS
Non conventionné	100% des FR jusqu'à 250% de BR reconstituée, 70% du reste à charge de 250 à 400% de BR reconstituée - Rbt SS	200% TA - Rbt SS	100% TC - Rbt SS

TC : tarif conventionné ; BR : base de remboursement de la SS ; TCR : tarif conventionné reconstitué (2015)

Notez que la surcomplémentaire ne compense nullement la très forte baisse des prises en charge des soins effectués dans le secteur **non conventionné**, réglementairement contraintes pour le régime complémentaire : le tarif d'autorité (TA) de chaque acte est en effet dérisoire.

Mais que signifie la distinction du secteur conventionné entre CAS (prononcez « casse ») et non CAS ?

L'employeur organise à Michelet / Spazio / Coupole une réunion le 6 / 7 / 21 octobre de 12 h 30 à 14 h.

CAS ou non CAS : le CASse-tête du contrat d'accès aux soins et la surcomplémentaire

Le contrat d'accès aux soins (CAS) est un accord de droit privé liant la Caisse d'assurance maladie (CNAM) et un médecin. En signant ce CAS, le médecin, en contrepartie de différents avantages, s'engage, entre autres, à pratiquer **des honoraires ne dépassant pas en moyenne deux fois le tarif de la Sécurité sociale**. Sachant qu'il doit facturer les patients à faible revenu au tarif de la Sécurité sociale, les honoraires pourront donc dépasser individuellement deux fois le tarif de la Sécurité sociale (SS). Or, lors de la négociation, l'employeur a assuré que, pour les praticiens CAS, « *au-delà d'un dépassement de 150 % par consultation, le tarif est considéré comme abusif* » par la CNAM. L'objectif gouvernemental est d'agir sur les plafonds de prise en charge par les mutuelles pour « inciter » les praticiens à adhérer au CAS.

Sauf qu'évidemment, les choses sont plus compliquées, tant au niveau national qu'au niveau de Total.

1 – Entré en vigueur depuis le 1/12/2013, le CAS ne remporte pas jusqu'à maintenant un grand succès³.

2 – Le taux d'adhésion des praticiens dépend notablement à la fois de la localisation géographique et de la spécialité.

3 – Le CAS a déjà un effet pervers : des spécialistes ne pratiquant auparavant aucun dépassement d'honoraires ont signé un CAS pour désormais y recourir !⁴

4 – Le CAS ne pourra atteindre son plein effet qu'à partir de début 2018, date ultime pour que le plafonnement « responsable » de remboursement par les mutuelles soit appliqué. Or, Total, par ses propres actions, a conduit à une application de ces plafonds dès le 1/1/2016⁵.

Mais alors, **comment savoir si vos praticiens sont ou non adhérents au CAS ? Consultez <http://ameli-direct.ameli.fr/>**. Mais, la situation n'est pas stable, tant parce qu'un praticien CAS peut résilier annuellement son contrat⁶ que parce que le CAS n'a pas encore donné tous ses effets.

Cette confusion est un **élément incitatif pour adhérer à la surcomplémentaire proposée, au moins le temps que la situation des CAS et le « marché des dépassements d'honoraires » se stabilisent. Mais cette décision demeure éminemment personnelle**, dépendant de votre situation financière, de vos besoins médicaux, de vos praticiens, de votre localisation géographique, ...

Mais, depuis le 28 septembre, la confusion atteint un paroxysme ! Ainsi, le SICTAME a contesté la documentation d'Harmonie affichant plusieurs exemples d'actes médicaux CAS facturés au-delà de 250 % du tarif SS. Harmonie, pour justifier ses exemples, a alors révélé que **quelques adhérents Total ont déjà subi de la part de praticiens CAS des honoraires médicaux de plus de 2,5 fois le tarif SS !** Soyez donc vigilant avec vos praticiens, y compris lorsqu'ils adhèrent au CAS. L'intérêt d'Harmonie à « survendre » la surcomplémentaire ne peut être exclu : dans ses exemples, la surcomplémentaire prend en charge l'intégralité des dépassements non CAS, alors que, paradoxalement, les dépassements CAS (au-delà de 250 % TC) ne sont pas pris en charge par la complémentaire (ni par la surcomplémentaire dont ce n'était pas l'objectif). Le SICTAME œuvrera pour que l'esprit de l'accord ne soit pas dévoyé et évolue rapidement vers une prise en charge de ces inattendus dépassements CAS par la complémentaire.

Les surcomplémentaires MIP : une « vache à lait » pour MIP dans la complexité et l'opacité ?

Si vous n'adhérez pas aux surcomplémentaires MIP, il n'est pas directement utile de lire ce qui suit.

Avec la mise en place en 2004 d'un régime dit « Sérénité », l'assureur d'alors, MIP, avait proposé, avec la complicité de l'employeur, trois surcomplémentaires dénommées Extra 1, 2 ou 3. Ces **surcomplémentaires MIP** étaient un instrument destiné à compenser d'une part les adhérents pour le niveau très moyen de Sérénité et d'autre part la MIP **pour qu'elle se « refasse » financièrement** sur un contrat complémentaire qu'elle estimait insuffisamment rentable.

Au fil des améliorations de grilles en 2007 (Confort) et 2012 (SSC), MIP a étendu son offre pour atteindre 9 niveaux de surcomplémentaires assorties chacune d'une option « assurance obsèques⁷ », 3 tarifs selon

³ Une étude laisse penser qu'en février 2015, seuls 11 400 médecins avaient signé un CAS, soit environ 8 % de l'ensemble des médecins.

⁴ Pour les détails sur la situation du CAS et ses effets, voir [l'étude de mai 2015 de l'Observatoire des dépassements d'honoraires](#).

⁵ Pour les explications, voir le tract SICTAME de février 2015 : [Vers un printemps pourri pour la complémentaire santé ?](#)

⁶ La CNAM peut également résilier annuellement le CAS d'un praticien dès lors qu'il ne respecte pas ses engagements.



l'âge et bien sûr la distinction « Isolé » et « Famille », soit **108 tarifs ! Et ce dans une opacité fort peu mutualiste**, puisque vos délégués élus SICTAME à la MIP n'ont cessé de demander en vain la profitabilité de ces surcomplémentaires, dont ils devinaient qu'elle était élevée.

Lors de chaque augmentation de la qualité du régime Sérénité > Confort > SSC, la MIP proposait certes aux adhérents de surcomplémentaires

Extrait des conditions particulières d'Extra, Supra et Maxima

DELAIS DE CARENCE


Adhésion hors délai : Dans le cas où les délais d'adhésion indiqués ci-dessus ne sont pas respectés, un délai de carence de six mois est appliqué pendant lequel les cotisations sont dues sans qu'aucune prestation relative aux soins dont la date de survenance est comprise dans cette période ni aucune prestation obsèques ne puisse être réglée.

de modifier leur grille Extra > Supra > Maxima. Mais elle n'hésite pas à exiger, **pour tout changement « hors délai » de surcomplémentaire MIP, une période de carence d'au moins six mois⁸**, dissuadant ainsi tout changement vers une grille et des tarifs surcomplémentaires mieux adaptés à la chaque nouvelle complémentaire. Un moyen comme un autre pour **MIP d'« assurer » sa profitabilité avec des surcomplémentaires coûteuses** couvrant un risque déjà couvert par la complémentaire.



De même, lorsqu'elle envoie le relevé annuel de cotisations à venir, MIP se garde de distinguer les cotisations par niveaux de garanties (1, 2, 3), ce qui permettrait au moins aux adhérents d'adapter au mieux leur niveau de garantie au sein d'une même surcomplémentaire.

Enfin, dans le cadre des travaux menés conjointement entre l'employeur et les organisations syndicales, et à la demande du SICTAME, il a été confirmé que si **Maxima 2** (censée être la mieux adaptée à l'actuelle SSC) pouvait contribuer à l'amélioration de la couverture dentaire actuelle (avant qu'elle ne soit améliorée au 1/1/2016 avec SSC responsable), elle **était déjà globalement de peu d'utilité eu égard à son coût.**

Cette conclusion est renforcée avec la prise en charge accrue par « SSC responsable » des prestations comme le dentaire, la radiologie, les auxiliaires médicaux et le matériel orthopédique. Du strict point de vue de MIP cette fois-ci, l'économie de ces surcomplémentaires est perturbée par la réduction de la prise en charge des honoraires (en conventionné et en non conventionné) par la complémentaire « SSC responsable ». Le matelas financier de MIP y suffira-t-il ? Autrement dit, **ces surcomplémentaires MIP vont-elles survivre en l'état ?** Pour rajouter à la confusion, MIP ne va-t-elle pas proposer une nouvelle surcomplémentaire ? Une idée de nom : Optima ? 

Bref, tous ces éléments vous sont fournis afin de vous montrer que MIP a une **approche mercantile sur ses surcomplémentaires**. Faîtes alors vos comptes sur votre usage personnel de ces surcomplémentaires avec SSC responsable. Pour information, il existe un litige judiciaire avec MIP, au titre de la conservation par MIP d'une partie (2 M€) des excédents dégagés de 2004 à 2013 par nos complémentaires santé.

A partir de fin 2013, date de transfert du régime complémentaire de MIP vers Harmonie, les différents avertissements déjà menés en ce sens ainsi que la rupture de la

Nombre d'adhérents surcomplémentaires MIP

Au 31/12	2012	2014 (e)
Adhérents	11 599	8 600

chaîne administrative de remboursements surcomplémentaires ont conduit à la **résiliation de ces surcomplémentaires MIP par plus de 25 % de leurs adhérents** (actifs et retraités qu'il n'est pas possible de distinguer). Par ailleurs, ces ~ 8 600 adhérents surcomplémentaires MIP représentent désormais 25 % des adhérents aux dispositifs actifs et retraités de Total.

Enfin, **le SICTAME a comparé ces grilles surcomplémentaires MIP (en leur état actuel) à partir de la grille SSC responsable.** Les adhérents SICTAME intéressés peuvent en prendre connaissance.

Si vous souhaitez **résilier vos surcomplémentaires MIP**, vous devez lui faire connaître votre intention avant le 31 octobre 2015 par un courrier de résiliation recommandé avec accusé de réception. Un modèle de courrier de résiliation est fourni dans le dossier d'Harmonie.

Et si vous souteniez le SICTAME ?



Suivez nous  sur <https://twitter.com/sictame>

Souscrivez également à notre **bulletin électronique** en écrivant à holding-amont.sictame-uns-ues@total.com

SICTAME-UNSA-TOTAL

- Tour Coupole La Défense Bureau 4E41 (01.47.44.61.71)
- Pau Bureau F16 CSTJF (05.59.83.64.83)
- Michelet B La Défense Bureau RD 09 (01.41.35.75.93)
- Spazio Nanterre Bureau A10036 (01.41.35.34.48)

⁷ MIP Obsèques verse un capital de 1 400 € au titre de la participation aux frais d'obsèques.

⁸ Le délai de carence est même d'un an pour les surcomplémentaires Extra2, Supra2 et Maxima 2 et la couverture obsèques.