

SEPTEMBRE - OCTOBRE 2015

LE TRAIT D'UNION

LE SYNDICAT UNIFIÉ AGIT POUR CONSTRUIRE !

SANTÉ - PRÉVOYANCE

N° 115



Mieux et pas plus cher

équation résolue !

SOMMAIRE

Éditorial	.3
Ce qui change au 1 ^{er} janvier 2016	.4.5
Mieux et pas plus cher ? Équation résolue	.6.7
Des contraintes incontournables	.8.11
Option modernité	.12.13
Incapacité Temporaire de Travail : un mieux pour les nouveaux entrants	.14
Invalité : couverture améliorée	.15
Grille des garanties Prévoyance	.16.17
Grille des prestations Santé	.18.21
Parlons clair !	.22
Les cotisations augmentent... Faux !	.23.24
Certains salariés payent plus... Faux !	.23.24
C'est au détriment des garanties... Faux !	.23.24
La rente conjoint disparaît : Vrai !	.25.27
Les options ont été supprimées : Vrai !	.25.27
La diminution des capitaux décès est un mauvais coup : Faux !	.25.27
Il aurait mieux valu financer la garantie dépendance : Faux !	.28
Favoriser les revenus les plus faibles au détriment de l'encadrement : Faux !	.29
« Réseau de soins, pas de solution mais des contraintes : Faux !	.30
L'amélioration de la prise en charge de l'optique aurait été préférable : Faux !	.31
Contrat d'accès aux soins « kézako? »	.32
Contrat responsable « kézako? »	.32
Les administrateurs de la mutuelle veulent seulement « rendre la mariée plus belle » : Faux !	.33
Des prestations améliorées pour pas plus cher ? Vrai !	.34
Les outils de la protection sociale complémentaire dans la branche Caisse d'épargne	.35
Et demain ?	.36



Tout au long de son histoire, notre organisation s'est bâtie sur une tradition de lutte et de concertation. L'une ne va pas sans l'autre et la lutte ne vient que lorsque la volonté de dialoguer, de négocier, de passer des accords, n'aboutit pas. Or, depuis un certain temps, nous nous heurtons à une intransigeance patronale et à un refus de tout dialogue très inquiétants. Quelques accords, peu ambitieux ou inachevés (GPEC, conditions de travail) ne parvenaient pas à calmer la malaise qui était le nôtre devant le refus patronal de négocier sérieusement sur de grands thèmes. Est-ce le pouvoir de persuasion, dans les

cercles patronaux, de personnes ayant compris que le dialogue social est indispensable à l'efficacité des entreprises ou bien la manifestation claire de la volonté du personnel au printemps 2015 ? Toujours est-il que l'accord signé le 6 octobre 2015 sur la reconfiguration de notre protection sociale complémentaire, peut apparaître comme une heureuse surprise aux observateurs non avertis... mais le hasard n'y est pour rien.

CENT FOIS SUR LE MÉTIER...

Largement bâti à son initiative, cet accord illustre parfaitement la déclinaison concrète de la devise du Syndicat Unifié-Unsa : « Agir pour construire ». Majoritaire dans la branche Caisse d'épargne et à l'écoute des salariés, notre organisation syndicale a pu cerner leurs besoins. Aussi, bien que très investie dans la protection sociale complémentaire mais considérant le modèle perfectible, elle a remis sans vanité l'ouvrage sur le métier. La réflexion a été menée en amont, du cœur même de nos sections jusqu'aux décisions prises en Assemblée générale. Mais le propre de tout système paritaire étant que les positions doivent être partagées, il nous a fallu ensuite convaincre les autres partenaires sociaux.

UN ACCORD QUI COMPTE

C'est sans doute l'accord le plus important de ces dernières années et comme tous les bons accords, on ne peut le qualifier de « victoire » d'un camp sur l'autre mais bien de dispositif équilibré préservant les intérêts des parties en présence. Il permet aux salariés, sans surcoût pour les financeurs (entreprises et salariés), de disposer d'une meilleure protection sociale : mieux équilibrée, plus proche des préoccupations des familles, débarrassée de quelques archaïsmes. C'est un accord vertueux qui remet les partenaires sociaux dans le bon sens et participe à la modernisation de nos entreprises, en ajoutant des droits nouveaux aux salariés. Nous avons souhaité dans ce numéro spécial du Trait d'Union en décrire les mécanismes et décoder les interprétations qui pourraient en être faites.

Bien sûr, nous souhaitons qu'il ouvre la voie à d'autres accords, dans d'autres domaines.

Philippe Donvito
Secrétaire National du Syndicat Unifié-Unsa
Délégué à la protection sociale



CE QUI CHANGE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2016

PRÉVOYANCE

Incapacité Invalidité

Incapacité temporaire et permanente de travail :

- 2016 → Augmentation du taux de couverture de 70% à 75% du SAB (Salaire Annuel Brut)

Rente Invalidité :

> Catégorie 1 :

- 2016 → Le salarié invalide conservant une activité à temps partiel ne verra désormais plus son salaire défalqué de l'indemnité CGP¹ (35 % du SAB) sans toutefois que le total perçu (y compris Sécurité Sociale) n'exède 95 % du salaire net antérieur.

> Catégorie 2 et 3 :

- 2016 → Augmentation du taux de couverture de 70% à 75% du SAB



¹ Caisse Générale de Prévoyance

Décès

- 2016 → Mise en place d'un capital à désignation(s) libre(s) de 300 % du SAB ;
- 2016 → Suppression des options (cf. accord précédent) mal comprises et mal utilisées ;

> Rente orphelin :

- 2016 → Suppression des conditions de ressources de l'enfant (la rente lui est versée jusqu'à ses 25 ans) ;
- 2016 → Instauration de planchers :

jusqu'à 10 ans	475,50 €
de 11 à 17 ans	713,25 €
de 18 à 25 ans	855,90 €

Planchers calculés sur la base d'un salaire minimum de 1,5 PMSS pour 2015

> Capital conjoint :

- 2016 → Substitution à la rente conjoint (fiscalisée et chargée) d'un capital fractionnable en 48 mensualités égales (non fiscalisées et non chargées) et éligible aux partenaires pacsés.
- 2016 → Instauration d'un plancher :
+ minimum 95 100 € quel que soit le niveau de salaire

SANTÉ

Hospitalisation

- > **Honoraires médicaux et chirurgicaux / frais de séjour / actes techniques médicaux :**
 - 2016 → Maintien prise en charge du Ticket Modérateur¹ + 100 % BRSS (Base de Remboursement de la Sécurité Sociale) avec augmentation à 120% si CAS²
- > **Forfait hospitalier y compris psychiatrique**
 - 2016 → Suppression de la diminution de 1 € / jour, donc frais réels
- > **Chambre particulière**
 - 2016 → Forfait passe de 40 à 50 € / jour + extension à la maternité simple

Médecine courante

- > **Consultations et visites généralistes**
 - 2016 → Maintien prise en charge Ticket Modérateur + 100% BRSS avec réduction à 80% en l'absence de CAS
- > **Consultations & visites spécialistes, neuropsychiatres / radiologie / actes de spécialité**
 - 2016 → Maintien prise en charge Ticket Modérateur + 100% BRSS avec augmentation à 200% si CAS
- > **Pharmacie à 15%**
 - 2016 → Nouvelle prestation = Ticket Modérateur

Appareillage prothèses auditives

- 2016 → passage d'un forfait total (2 oreilles) de 1000 € / an diminué du remboursement SS au Ticket Modérateur augmenté d'un forfait de 600 € / an / oreille

Dentaire

- > **Prothèses acceptées**
 - 2016 → D'une prestation unique (Ticket Modérateur + 280% BRSS) à 3 distinctes :
 - + Inlay core³ (avec ou sans clavette) : Ticket Modérateur + 100% BRSS
 - + Inter de bridge⁴ : Ticket Modérateur + 650 % BRSS
 - + Prothèses : Ticket Modérateur + 350 % BRSS
- > **Parodontologie refusée**
 - 2016 → Nouvelle prestation avec forfait de 250 € / an
- > **Implantologie**
 - 2016 → passe de 2 à 3 implants / an avec forfait qui progresse de 450 à 600 €

Optique

- > **Opération de l'œil**
 - 2016 → Forfait passe de 230 à 500 € / œil pour opération de la myopie, élargi à la chirurgie réfractive hypermétropie et astigmatisme.
- > **Lentilles**
 - 2016 → Ajout du Ticket Modérateur au forfait déjà existant de 300 € / 2 ans
- > **Équipement optique**

Médecine douce

- 2016 → Forfait 50 € / an étendu de 2 à 3 séances par an et ajout de 2 nouvelles spécialités : psychomotricité et pédicurie

¹ Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie que les complémentaires santé peuvent prendre en charge pour tout ou partie

² Contrat d'Accès aux Soins (voir P. 32)

³ Pivot

⁴ Dans la constitution d'un bridge, l'inter est le remplacement de la dent manquante entre les deux piliers.

MIEUX ET PAS PLUS CHER ? ÉQUATION RÉSOLUE...

Le bon compromis finalement trouvé en matière de protection sociale complémentaire se caractérise par sa mesure et son équilibre. La délégation patronale a admis que notre système de protection sociale devait évoluer et les syndicats ont intégré le souci des employeurs de ne pas alourdir les charges des entreprises.

POURQUOI LE SYSTÈME AVAIT-IL BESOIN D'ÉVOLUER ?

Il faut distinguer ce que nous utilisons régulièrement, dans l'immédiat – la couverture complémentaire des soins de santé – et ce qui relève soit d'un futur plus ou moins lointain – la retraite – soit d'aléas de la vie.

Pour y être confrontés plus fréquemment, nous sommes en demande d'amélioration permanente de la couverture complémentaire de soins de santé. Et dans ce domaine, compte tenu notamment des désengagements successifs de la sécurité sociale, il y a toujours des progrès à faire. Si dans les Caisses d'épargne nous partageons la même mutuelle, ce n'est pas le cas des autres composantes du Groupe, puisque chaque entreprise adhère de manière disparate à tel ou tel organisme, national ou local. Or, l'efficacité d'une mutuelle est étroitement liée à son assiette de mutualisation, donc au nombre de ses adhérents. C'est pourquoi BPCE Mutuelle travaille pour devenir la complémentaire santé commune à tous les salariés du Groupe.

L'attractivité d'une mutuelle dépendant de ses prestations, leur amélioration, qui profite avant tout à ses adhérents,





accroît également l'intérêt que peuvent lui porter de futurs adhérents qui, en la rejoignant élargiront son assise et sa surface financière. C'est ainsi que chaque mutuelle peut consolider sa capacité à faire face aux évolutions à venir.

3,5 MILLIONS DE PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES

L'accord conclu et que nous détaillons dans ce numéro spécial permet de dégager 2,5 millions d'euros par an en faveur de la mutuelle, qui seront entièrement consacrés à l'amélioration des prestations !

Pour autant, la prévoyance n'est pas négligée. Nous expliquons dans cet ouvrage comment la qualité de ses prestations est également améliorée d'1 million d'euros, sans qu'augmente le niveau global de cotisation (santé + prévoyance). Couvrant des évolutions indispensables, ces améliorations sont porteuses de plus de justice sociale et d'équité. Citons par exemple le niveau de couverture de l'invalidité titre 2¹ permettant d'approcher le maintien du salaire net pour les collègues concernés, la couverture de l'invalidité 1^{ère} catégorie dont ne sera plus défalqué le salaire de l'activité exercée à temps partiel, la suppression du délai de carence de 180 jours d'un nouveau salarié frappé d'incapacité, etc.

PLUS EFFICACE, PLUS MODERNE

Dans l'ancien dispositif, les capitaux décès semblaient être plus importants que ce que nous avons conclu. En réalité, cela pouvait conduire à des aberrations, surtout en faveur des salaires les plus hauts. Si décéder en activité en laissant famille et enfants est bien sûr dramatique, quel sens peut avoir le déblocage de sommes dépassant l'entendement, sachant que la famille dispose par ailleurs de diverses rentes couvrant en particulier les études des enfants ? Nous avons privilégié la « valeur d'usage » à toute notion « d'indemnisation » quelque peu cynique. Nous avons également supprimé un mécanisme complexe et mal appréhendé (les options) et introduit des notions qui se sont imposées à notre société (intégration totale du PACS, liberté de désignation de bénéficiaires, etc.)

On le voit, des évolutions étaient indispensables. Nous vous les présentons dans ce numéro spécial.

¹ Voir p.15



DES CONTRAINTES INCONTOURNABLES

La Caisse Générale de Prévoyance des Caisses d'épargne (CGP) est une Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale. Elle est soumise à la réforme réglementaire européenne du monde de l'assurance. Dans la lignée de « Bâle II », « Solvabilité II » a pour objectif de mieux adapter les fonds propres exigés des compagnies d'assurance et de réassurance aux risques que celles-ci encourent dans leurs activités.

Ce cadre réglementaire étant posé, il convient de préciser que l'activité de la CGP se décompose en deux fonctions ayant trait à la Prévoyance :

- > La première concerne la couverture des risques relatifs à l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès.
- > La seconde concerne la retraite qui apporte un complément aux régimes obligatoires.

Chacune de ces fonctions doit répondre à des ratios réglementaires spécifiques et, globalement, l'institution doit également répondre, toutes activités confondues, à une exigence de fonds propres.

DES FONDS PROPRES BIEN CALIBRÉS

L'activité retraite se scinde également en deux régimes :

- > Le premier dénommé *Maintien de Droits*, ne reçoit plus de cotisation : il est qualifié de régime fermé. La fermeture de ce régime est la conséquence de la dénonciation du 30/12/1997, par les employeurs, des accords de Branche sur la retraite. C'est la raison pour laquelle il ne concerne que les salariés présents avant le 1er janvier 2000.
- > Le deuxième, nommé *Régime Supplémentaire*, reçoit chaque mois des cotisations en provenance des salariés et des employeurs. C'est un régime par capitalisation.

L'absorption en 2008 de la CGR¹ par la CGP a engendré d'importants besoins de fonds propres. Le taux de cotisation Prévoyance instauré depuis 2006 était volontairement supérieur aux besoins, permettant de dégager des résultats d'exploitation générant des fonds propres.

Cette politique de développement des fonds propres apparaît aujourd'hui beaucoup moins pertinente pour les raisons suivantes :

- > la CGP, comme l'ensemble des institutions de Prévoyance, est désormais intégralement fiscalisée ; ainsi, 38 % des excédents de la Prévoyance sont prélevés sous forme d'impôt et de suppléments d'impôt.
- > au moment de la mise en œuvre de « Solvabilité II », la CGP est largement dotée en fonds propres avec un ratio de couverture de 204 % (pour une exigence de 100 %), bien supérieur à de nombreuses Caisses de Retraite.

¹ Caisse Générale de Retraites qui portait, jusqu'à fin 1999, le régime de *Maintien de droits*.

VASES COMMUNICANTS

Le taux de cotisation du régime de prévoyance à 3,40 % se matérialise par un rapport S/P² dépassant rarement 50 %, ce qui est extrêmement bas au regard des comparatifs réalisés et qui, s'il se justifie dans une phase de constitution de fonds propres, est moins judicieux aujourd'hui.

Ainsi, en Prévoyance, le résultat de l'exercice 2014 s'élève à 29 M€, avec une cotisation à 3,40 % et il serait ramené à 26 M€ avec une cotisation à 3,17 %.

Mais, après retraitement de l'impôt, la diminution de 3M€ de résultat ne minore en fait que de 1,86M€ la contribution aux fonds propres.

Cette « économie » de 0,23 % de cotisation sur la Prévoyance n'est pas un « cadeau fait aux employeurs » ! Elle reste acquise à la protection sociale des salariés des Caisses d'épargne puisqu'elle est intégralement transférée sur la Santé par une augmentation de la participation employeur sur la cotisation mutuelle.

Vous trouverez plus loin (p. 18 et 19) les évolutions concrètes en matière de santé que ce transfert de cotisation procure sans que l'adhérent de BPCE Mutuelle n'ait un centime supplémentaire à déboursier.

Reste cependant à répondre aux questions que pourrait générer cette baisse de cotisation :

- > La cotisation reste-t-elle suffisante pour couvrir le risque de Prévoyance ?
- > La diminution de la progression des fonds propres ne met-elle pas en danger l'institution ?

2 Rapport Sinistres / Primes



LA COTISATION RESTE-T-ELLE SUFFISANTE POUR COUVRIR LE RISQUE DE PRÉVOYANCE ?

Nous avons vu précédemment que le rapport S/P ne dépassait que rarement 50 % mais nous pourrions imaginer qu'une année à la sinistralité particulièrement défavorable pourrait, dans un contexte de baisse des primes, nous mettre en difficulté. C'est la raison pour laquelle la CGP a diligenté des travaux d'actuaire pour répondre à cette interrogation. Ces travaux démontrent que le coût théorique³ du décès était de 15,7 millions d'euros. En conséquence, pour payer l'ensemble des sinistres plus une augmentation annuelle de 1 %, la tarification d'équilibre aurait été de 2,44 % contre 3,40 %⁴ et 3,17 % aujourd'hui.

Plus rassurant encore, le coût pour une mauvaise année comme il n'en survient que tous les 100 ans serait de 20 millions d'euros, soit 5 à 8 millions d'euros de plus que les années normales, à mettre en parallèle avec un résultat de 29 millions qui, même ramené à 26 millions avec la baisse de cotisation intervenue au 01/01/2016, laisse largement la possibilité, une fois tous les 100 ans, de couvrir cet aléa en limitant le résultat à une fourchette de 18 à 21 M€.

En outre, pour protéger l'institution en cas de dérapage important de la sinistralité sur le régime de prévoyance collective, la CGP s'est dotée d'un plan de réassurance constitué de deux traités aux objectifs complémentaires :

- un traité « par événement », qui constitue une protection efficace en cas d'événement catastrophe impliquant plusieurs salariés et ce, quel que soit l'équilibre global annuel du régime.
- un traité « stop loss », protégeant son compte d'exploitation en absorbant toute sinistralité au-delà du seuil d'intervention et jusqu'à un plafond d'indemnisation égal à 90% des cotisations annuelles.

LA DIMINUTION DE LA PROGRESSION DES FONDS PROPRES NE MET-ELLE PAS EN DANGER L'INSTITUTION ?

Non, car avec un ratio de couverture en « Solvabilité II » de 204 %, la CGP, qui gère des risques longs, se situe dans une position enviable, surtout au regard des difficultés que connaissent bon nombre de Caisses de Retraite. Ainsi, le niveau de fonds propres atteint autorise un ralentissement de leur progression d'autant que, après la baisse de cotisation intervenue, il est encore possible de dégager 26 M€ de résultat (projection sur le résultat 2014 avec une cotisation ramenée à 3,17 % au lieu de 3,40 %). Si nous pouvons faire progresser encore quelques années nos fonds propres sur la base d'une vingtaine de millions par an, notre situation sera très confortable. Or rien ne nous permet de douter de la stabilité de cette progression.

Cependant si l'accroissement des fonds propres n'est plus l'enjeu immédiat, nous devons rester vigilants sur d'autres ratios, notamment dans le pilotage du Régime Supplémentaire. En effet, si la courbe des taux ne remonte pas, il nous faudra procéder à certains arbitrages, et cela indépendamment d'un niveau de fonds propres très confortable.



³ Calculé sur la base de choix d'options optimales économiquement pour les salariés, alors que seuls 30 % des collègues avaient fait ce meilleur choix.

⁴ Tarification en vigueur jusqu'au 31/12/2015

GARANTIES DÉCÈS OPTION MODERNITÉ



Si les évolutions réglementaires s'imposent à nous et nécessitent des réformes, nous n'oublions pas pour autant notre mandat qui consiste à mieux répondre aux besoins des salariés, surtout lorsque les évolutions sociétales créent de nouveaux besoins qui doivent également être pris en compte.

Ainsi, en matière de prévoyance, nous avons identifié des besoins différents selon que le foyer de l'assuré comprenait des enfants, leur âge et l'existence d'un conjoint nécessitant un revenu complémentaire en cas de disparition de l'assuré. La réponse avait été apportée par la création de trois options assujetties à des conditions que l'on peut résumer ainsi :

- > Option 1 : priorité au capital
- > Option 2 : priorité à la rente éducation
- > Option 3 : priorité à la rente conjoint

La société évoluant rapidement, les situations sont différentes et souvent plus complexes : recomposition familiale, conjoint exerçant une activité professionnelle, etc. Or, à travers les 3 options, le capital se voyait assujéti à nombre de conditions et plafonds.

Ainsi, une fratrie importante devait partager le même capital que celui alloué à 2 enfants, réduisant en conséquence l'accompagnement attribué à chacun. Par ailleurs, en l'absence de plancher, les rentes assises sur une faible rémunération du défunt ne permettaient pas d'assurer l'accompagnement voulu à l'origine, ajoutant au malheur une forme d'injustice.

OPTIONS MAL UTILISÉES

Mais le principal défaut des options réside dans la mauvaise compréhension du système par les assurés. Si c'est moins vrai pour les choix initiaux, cela devient flagrant quelques années plus tard. Le temps qui passe, les enfants qui grandissent, la fin de la scolarité, une recomposition familiale, etc. autant d'éléments qui auraient dû conduire chaque salarié à reconsidérer son choix. Le constat est rude : plus de 70 % des collègues n'avaient pas l'option adaptée économiquement à leur situation. Un choix judicieux réalisé en 2006 ne l'était probablement plus en 2015. Combien d'entre nous par exemple ont recalculé, à l'approche des 25 ans de leur enfant, si l'option 2 restait la plus pertinente au regard du temps restant à indemniser ? Combien d'entre nous se sont manifestés auprès de la CGP, depuis 2006, pour modifier leur option en fonction de leur évolution familiale ? Peu, très peu : moins de 30 %.

CAPITAL LIBRE

Ce constat nous a amené à simplifier la chose en remplaçant les options par des choix prédéfinis en

faveur du conjoint et de chaque enfant, auxquels s'ajoute un « capital libre » de 300 % du Salaire Annuel Brut (SAB) que l'assuré aura affecté selon son libre choix. Par ailleurs, les conditions de revenus pour la rente orphelin sont supprimées et la rente conjoint est remplacée par un capital fractionnable, plus favorable fiscalement et ouvert au partenaire Pacsé. De plus, chacune de ces rentes bénéficie d'un plancher sécurisant plus de la moitié des salariés.

Le capital libre de 300 % du SAB est une réelle avancée, prenant en compte la situation familiale de chacun mais aussi et surtout la volonté de l'assuré. Celui qui voudra favoriser son conjoint pourra en faire l'unique bénéficiaire et cela qu'il soit marié, pacsé ou pas. Mais le capital libre pourra également être réparti entre conjoint et/ou enfants, même âgés de plus de 25 ans. Par exemple, il pourra bénéficier au conjoint d'une précédente union que l'on souhaiterait aider, évitant ainsi que les enfants nés de cette union ne soient appelés à assumer leur obligation alimentaire envers un ascendant en difficulté. Bref, le capital libre bénéficie d'une libre disposition.



INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT) UN MIEUX POUR LES NOUVEAUX ENTRANTS

Dans le dispositif en vigueur jusqu'à fin 2015, la CGP intervenait à la double condition d'être en ITT depuis plus de 180 jours (délai de carence) et de percevoir des indemnités journalières de la Sécurité sociale pour arrêt de travail maladie.

Les indemnités journalières étaient également calculées en fonction de la durée de l'arrêt de travail et de la situation du salarié (voir ci-dessous). Les nouveaux entrants, frappés par une longue maladie peu après leur embauche, pouvaient se

trouver pénalisés. L'objectif est en conséquence de réduire ce délai de carence en incapacité à 30 jours la 1^{ère} année. Les nouveaux entrants peuvent désormais bénéficier de garanties de la CGP auxquelles ils ne pouvaient prétendre auparavant. Pratiquement, cette modification n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2017 car il faut que la DSN (Déclaration Sociale Nominative), qui remplace la DADS-U au 01/01/2016, ait une année d'exercice.

DES IJSS (INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE) SOUS CONDITION

Vous percevez des IJSS sous réserve de remplir les conditions suivantes :

Si votre arrêt de travail est < 6 mois :

- > Il faut avoir travaillé au moins 150 h au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt

Si la durée de l'arrêt est > 6 mois, vous êtes en arrêt de longue durée :

- > Il faut, à la date de votre arrêt, justifier de 12 mois en tant qu'assuré auprès de l'Assurance Maladie et avoir travaillé au moins 600 h au cours des 12 mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt
- > ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt

Sources : www.ameli.fr , le site officiel de l'Assurance Maladie.

COUVERTURE AMÉLIORÉE

Contrairement aux niveaux 2 et 3, l'invalidité de 1^{ère} catégorie permet d'exercer une activité rémunérée. Dans le dispositif en vigueur jusqu'à fin 2015, la rente journalière versée par la CGP pour cette catégorie se calculait sur la base de 1/360^{ème} de 35 % du Salaire Annuel Brut (SAB). Cependant, le montant de cette rente s'entendait déduction faite de toute rémunération et/ou de toute prestation versée par la Sécurité Sociale.

Dorénavant, la formule ne change pas mais, différence de taille, la rente est versée sans soustraction des rémunérations perçues par les invalides poursuivant une activité. La prestation est cependant limitée pour que le global ne dépasse pas 95 % du salaire net antérieur de l'intéressé. Cette disposition est donc plus intéressante pour celles et ceux qui, du fait de leur invalidité, seraient amenés ou choisiraient, lors de leur passage en catégorie 1, de travailler à temps partiel. À noter que cette évolution s'adresse aux salariés invalides de 1^{ère} catégorie en activité. Ceux qui ont opté pour le licenciement et bénéficient de l'indemnité de Pôle Emploi, par exemple jusqu'à la liquidation de leurs droits à la retraite, restent dans l'ancien dispositif.

RESSOURCES MENSUELLES GLOBALES (CGP + SS + SALAIRE) EN INVALIDITÉ DE 1 ^{ÈRE} CATÉGORIE						
Temps de travail	SAB 30 000 €		SAB 50 000 €		SAB 75 000 €	
	< 2016	≥ 2016	< 2016	≥ 2016	< 2016	≥ 2016
0 %	875 €	875 €	1458 €	1458 €	2188 €	2188 €
25 %	1375 €	1500 €	1993 €	2500 €	2514 €	3750 €
50%	2000 €	2125 €	3034 €	3542 €	4076 €	5313 €
55%	2125 €	2250 €	3243 €	3750 €	4389 €	5625 €
60%	2250 €	2375 €	3451 €	3958 €	4701 €	5938 €
70 %	2500 €	2500 €	3868 €	3958 €	5326 €	5938 €

*Le montant global perçu est plafonné à 95 % du salaire net antérieur.
Il est soumis pour seule charge à un taux de prélèvements sociaux de 7,40%.*

L'INVALIDITÉ EN 3 CATÉGORIES

1^{ère} Catégorie : Invalides aptes à exercer une activité rémunérée

2^{ème} Catégorie : Invalides inaptes à exercer une activité rémunérée quelconque*

3^{ème} Catégorie : Invalides qui, étant inaptes à exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie*

* Être reconnu invalide de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie n'entraîne pas automatiquement une inaptitude au travail, c'est au médecin du travail de la constater.

GRILLE DES GARANTIES PRÉVOYANCE

GARANTIES NON VIE

RENTE INCAPACITÉ

Incapacité temporaire de travail : Allocation d'incapacité temporaire (à partir du 181 ^{ème} jour)	75 % du SAB Allocation Journalière sur la base de la 365 ^{ème} partie de 75% du SAB (85 % si agression au sens hold-up en relation avec l'exercice de la profession ou si le participant est atteint de l'une des affections inscrites sur la liste des maladies longues et coûteuses fixée par décret) L'allocation CGP est versée sous déduction de l'intervention éventuelle de l'employeur et des prestations versées par la Sécurité sociale et Pôle emploi.
Incapacité permanente de travail : Rente d'incapacité permanente	75 % du SAB Rente journalière sur la base de la 360 ^{ème} partie de 75% du SAB (85% si agression au sens hold-up en relation avec l'exercice de la profession) La rente CGP est versée sous déduction de l'intervention éventuelle de l'employeur et des prestations versées par la Sécurité sociale et Pôle emploi.

GARANTIES NON VIE

RENTE INVALIDITÉ

Invalidité : Rente Catégorie 1	35 % du SAB Rente journalière sur la base de la 360 ^{ème} partie de 35% du SAB La rente CGP est versée sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale. Le cumul de la rente CGP, des prestations versées par la Sécurité sociale et toute intervention éventuelle de l'employeur ou de Pôle emploi ne peut excéder 95 % du salaire net que le participant aurait reçu s'il avait été en activité ou perçu au titre de Pôle emploi.
Invalidité : Rente Catégorie 2 & 3	75 % du SAB Rente Journalière sur la base de la 360 ^{ème} partie de 75% du SAB (85 % si agression au sens hold-up en relation avec l'exercice de la profession) La rente CGP est versée sous déduction de l'intervention éventuelle de l'employeur et des prestations versées par la Sécurité sociale et Pôle emploi.

ALLOCATION OBSÈQUES

En cas de décès de l'assuré	1 PMSS¹
------------------------------------	---------------------------

¹ PMSS = Plafond mensuel Sécurité sociale

CAPITAUX DÉCÈS

(toutes causes, sauf suicide durant 1^{ère} année d'assurance)

Capital libre

(moins forfait Sécurité sociale) :

300% du SAB

A défaut de désignation particulière faite par le participant ou en cas de prédécès du (des) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital est versé :

- au conjoint du participant non séparé judiciairement ;
- à défaut au partenaire lié au participant par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du participant, nés ou à naître, vivants ou représentés ; la totalité revenant au(x) survivant(s) en cas de décès de l'un d'eux sans descendants ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux ascendants à charge du participant,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents du participant et, en cas de décès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers du participant à proportion de leurs parts héréditaires.

Désignation particulière : « Ce capital est versé par ordre de priorité à : ... »

Capital supplémentaire selon la composition familiale

Conjoint ou partenaire pacsé

200% du SAB

Le SAB pris en compte pour le calcul du capital supplémentaire dédié au conjoint ou au partenaire pacsé ne peut être inférieur à 1,25 PASS¹ à date du décès. (Fractionnement possible en 48 mensualités identiques)

Par enfant de moins de 25 ans

100% du SAB

Capital identique versé à nouveau en cas de décès du conjoint ou du partenaire pacsé de l'assuré décédé dans les conditions :

- Si le décès intervient dans les 12 mois et est consécutif au même sinistre
- Capital versé dans les mêmes conditions que le capital initial à chaque enfant commun du couple

¹ PASS = Plafond annuel Sécurité sociale

CAPITAUX DÉCÈS

Décès suite à hold-up

En relation avec l'exercice de la profession intervenant dans les 12 mois qui suivent l'évènement

Doublement des capitaux versés

RENTE ORPHELIN

(toutes causes, sauf suicide durant 1^{ère} année d'assurance)

Rente mensuelle par enfant

Le SAB pris en compte pour le calcul de la rente ne peut être < 1,5 PASS à la date du décès

Enfant < 11 ans

10 % du SMB

Enfant de 11 à 17 ans

15 % du SMB

Enfant de 18 à 25 ans

18 % du SMB

GRILLE DES PRESTATIONS SANTÉ

RÉGIME GÉNÉRAL

Hospitalisation

Prises en charge	Sécurité sociale	BPCE Mutuelle	Total prise en charge
Honoraires médicaux-chirurgicaux	80 - 100 % BR	TM + 120 % BR (100 % si non CAS)	220 % BR (200 % si non CAS)
Frais de séjour	80 - 100 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux en hospitalisation	80 - 100 % BR	TM + 120 % BR (100 % si non CAS)	220 % BR (200 % si non CAS)
Frais de chambre particulière (dont ambulatoire & maternité)	-	50 € / jour	50 € / jour
Forfait hospitalier	-	18 € / jour	18 € / jour
Forfait hospitalier psychiatrie	-	13,50 € / jour	13,50 € / jour
Frais d'accompagnement (lit + repas)	-	100 % frais réels enfant < 15 ans	100 % frais réels enfant < 15 ans
Participation forfaitaire de 18 € pour actes > 120 €	-	100 % frais réels	100 % frais réels

Médecine courante

Consultations et visites généralistes	70 % BR	TM + 100 % BR (80 % si non CAS)	200 % BR (180 % si non CAS)
Consultations – visites spécialistes et neuropsychiatres	70 % BR	TM + 200 % BR (100 % si non CAS)	300 % BR (200 % si non CAS)
Actes de spécialité et radiologie	70 % BR	TM + 200 % BR (100 % si non CAS)	300 % BR (200 % si non CAS)
Participation forfaitaire de 18 € pour actes > 120 €	-	100 % frais réels	100 % frais réels
Analyses médicales	60 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés, orthophonistes..)	60 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Frais de transport	65 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Pharmacie à 65 %	65 % BR	TM	100 % BR
Pharmacie à 30 %	30 % BR	TM	100 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	TM	100 % BR

Appareillage

Petit appareillage	60 % BR	TM + 160 % BR	260 % BR
Grand appareillage	100 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives : Forfait / an / bénéficiaire	60 % BR	TM + Forfait 600 € / Oreille	100 % BR + Forfait 600 € / Oreille

Dentaire

Prises en charge	Sécurité sociale	BPCE Mutuelle	Total prise en charge
Soins dentaires pris en charge (dont inlay, onlay)	70 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
Inlay core accepté	70 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Bridge accepté 3 éléments – Forfait / Bridge	70 % BR	TM + 1 170 € / Bridge	100 % BR + 1 170 € / Bridge
Inter de bridge accepté supplémentaire – Forfait / Inter de Bridge supplémentaire	70 % BR	TM + 480 € / Inter de Bridge	100 % BR + 480 € / Inter de Bridge
Prothèses dentaires acceptées	70 % BR	TM + 350 % BR	450 % BR
Implants dentaires non pris en charge par SS – Forfait / an / bénéficiaire	-	3 implants / an 500 € / Implant racinaire + 100 € / Pilier	
Orthodontie acceptée	100 % BR	250 % BR	350 % BR
Parodontologie refusée		Forfait 250 € / an	

Optique

Monture : prise en charge / 24 mois adulte / 12 mois enfant	60 % BR	100 € - RSS	100 €
Verres : prise en charge 2 verres / 24 mois adulte / 12 mois enfant	60 % BR	2340 % BR	2400 % BR
Lentilles acceptées ou refusées / SS	60 % BR	TM + Forfait 300 €	100 % BR (si SS) + Forfait 300 €
Opération de l'œil : forfait annuel / œil / bénéficiaire	-	Forfait 500 € / œil Chirurgie réfractive : myopie astigmatie, hypermétropie	

Divers

Médecine douce : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure	-	3 séances / an / bénéficiaire Forfait 50 € / séance	
Forfait thermal ou thalasso acceptée par SS	65 % BR	Forfait 125 € / an	65 % BR + Forfait 125 € / an
Maternité : forfait pour naissance ou adoption (sous réserve obtention agrément)	-	Forfait 20 % PMSS / Enfant	
Autres frais : frais de santé avec remboursement SS non prévus par BPCE Mutuelle	RSS ¹	TM	100 % BR

¹ RSS = Remboursement Sécurité sociale

GRILLE DES PRESTATIONS SANTÉ

RÉGIME LOCAL ALSACE-MOSELLE

Hospitalisation

Prises en charge	Sécurité sociale	BPCE Mutuelle	Total prise en charge
Honoraires médicaux-chirurgicaux	100 % BR	TM + 120 % BR (100% si non CAS)	220 % BR (200 % si non CAS)
Frais de séjour	100 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux en hospitalisation	100 % BR	TM + 120 % BR (100 % si non CAS)	220 % BR (200 % si non CAS)
Frais de chambre particulière (dont ambulatoire & maternité)	-	50 € / jour	50 € / jour
Forfait hospitalier	18 € / jour	-	18 € / jour
Forfait hospitalier psychiatrie	13,50 € / jour	-	13,50 € / jour
Frais d'accompagnement (lit + repas)	-	100 % frais réels enfant < 15 ans	100 % frais réels enfant < 15 ans
Participation forfaitaire de 18 € pour actes > 120 €	100 % frais réels	-	100 % frais réels

Médecine courante

Consultations et visites généralistes	90 % BR	TM + 100 % BR (80 % si non CAS)	200 % BR (180 % si non CAS)
Consultations – visites spécialistes et neuropsychiatres	90 % BR	TM + 200 % BR (100 % si non CAS)	300 % BR (200 % si non CAS)
Actes de spécialité et radiologie	90 % BR	TM + 200 % BR (100 % si non CAS)	300 % BR (200 % si non CAS)
Participation forfaitaire de 18 € pour actes > 120 €	100 % frais réels	-	100 % frais réels
Analyses médicales	90 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés, orthophonistes..)	90 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Frais de transport	100 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Pharmacie à 65 %	90 % BR	TM	100 % BR
Pharmacie à 30 %	80 % BR	TM	100 % BR
Pharmacie à 15 %	15 % BR	TM	100 % BR

Appareillage

Petit appareillage	90 % BR	TM + 160 % BR	260 % BR
Grand appareillage	100 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
Prothèses auditives : Forfait / an / bénéficiaire	90 % BR	TM + Forfait 600 € / Oreille	100 % BR + Forfait 600 € / Oreille

Dentaire

Prises en charge	Sécurité sociale	BPCE Mutuelle	Total prise en charge
Soins dentaires pris en charge (dont inlay, onlay)	90 % BR	TM + 200 % BR	300 % BR
Inlay core accepté	90 % BR	TM + 100 % BR	200 % BR
Bridge accepté 3 éléments – Forfait / Bridge	90 % BR	TM + 1 170 € / Bridge	100 % BR + 1 170 € / Bridge
Inter de bridge accepté supplémentaire – Forfait / Inter de Bridge supplémentaire	90 % BR	TM + 480 € / Inter de Bridge	100 % BR + 480 € / Inter de Bridge
Prothèses dentaires acceptées	90 % BR	TM + 350 % BR	450 % BR
Implants dentaires non pris en charge par SS – Forfait / an / bénéficiaire	-	3 implants / an 500 € / Implant racinaire + 100 € / Pilier	
Orthodontie acceptée	100 % BR	250 % BR	350 % BR
Parodontologie refusée	-	Forfait 250 € / an	

Optique

Monture : prise en charge / 24 mois adulte / 12 mois enfant	90 % BR	100 € - RSS	100 €
Verres : prise en charge 2 verres / 24 mois adulte / 12 mois enfant	90 % BR	2310 % BR	2400 % BR
Lentilles acceptées ou refusées / SS	90 % BR	TM + Forfait 300 €	100 % BR (si SS) + Forfait 300 €
Opération de l'œil : forfait annuel / œil / bénéficiaire	-	Forfait 500 € / œil Chirurgie réfractive : myopie astigmatie, hypermétropie	

Divers

Médecine douce : chiropracteur, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, psychomotricien, pédicure	-	3 séances / an / bénéficiaire Forfait 50 € / séance	
Forfait thermal ou thalasso acceptée par SS	90 % BR	Forfait 125 € / an	90 % BR + Forfait 125 € / an
Maternité : forfait pour naissance ou adoption (sous réserve obtention agrément)	-	Forfait 20 % PMSS / Enfant	
Autres frais : frais de santé avec remboursement SS non prévus par BPCE Mutuelle	RSS	TM	100 % BR

PARLONS CLAIR !

Des modifications importantes sont intervenues dans le périmètre de la protection sociale complémentaire, logée à la CGP pour ce qui concerne la prévoyance et à BPCE Mutuelle pour ce qui relève des frais de soins de santé.

On vous parle d'amélioration des prestations sans que cela coûte un euro de plus aux salariés comme aux entreprises... Comment est-ce possible et qu'en est-il exactement ?

Il nous a semblé naturel de venir vous éclairer en répondant dans les pages qui suivent aux questions que vous vous posez. Mais pas question de nous cantonner à un discours technique puisqu'il s'agit avant tout de permettre à chacun de bien comprendre les évolutions des garanties le concernant.

Nous abordons donc ces sujets sous forme d'affirmations (vraies ou fausses) auxquelles nous répondons de la façon la plus simple mais documentée. Nous avons cherché à simplifier à l'extrême des situations qui peuvent apparaître assez complexes de prime abord, tant il est vrai que les notions de provisions techniques, provisions mathématiques, exigences de solvabilité, ratios divers et variés, etc. ne parlent pas spontanément à chacun.

Les adhérents et les militants du Syndicat Unifié-Unsa sont à l'origine de ces évolutions dont ils débattent depuis de longs mois pour aboutir à l'équilibre le plus adapté à notre corps social. Il aura fallu des échanges prolongés avec l'ensemble des autres partenaires sociaux pour finalement concrétiser dans un esprit qui nous est cher : « agir pour construire ». Le résultat mérite qu'on se l'approprie et c'est ce que nous vous proposons de faire ensemble...



COTISATIONS ET PRESTATIONS...

LES COTISATIONS AUGMENTENT... FAUX !

La philosophie générale de l'accord est d'améliorer notre protection sociale complémentaire, sans augmentation de la cotisation globale. Cela se traduit par un transfert de cotisations de la Prévoyance vers la Santé.

Les cotisations Prévoyance et Santé étant calculées sur des assiettes différentes, il a été nécessaire d'opérer mathématiquement pour neutraliser les effets de ces modifications de taux.

Ainsi, la cotisation Prévoyance baisse, tant pour les salariés que pour les employeurs, alors que la répartition est inchangée (2/3 employeur, 1/3 salarié). La cotisation Santé augmente également tant pour les salariés que pour les employeurs, mais la répartition passe de 50/50 à 48 % pour les salariés et 52 % pour les employeurs.

Ceci conduit le salarié à bénéficier d'une couverture complémentaire Santé améliorée sans qu'il n'ait à déboursier un centime de plus.

Santé

	Cotisations 2015			Cotisations 2016			Évolution	
	Taux	Employeur	Salarié	Taux	Employeur	Salarié	Salarié ³	Salarié ⁴
Famille		50 %	50 %		52 %	48 %	Salarié ³	Salarié ⁴
1 personne	1,933 % ¹	30,64 €	30,64 €	2,041 % ²	33,64 €	31,06 €	0,42 €	5,04 €
2	3,428 %	54,33 €	54,33 €	3,620 %	59,67 €	55,08 €	0,75 €	9,00 €
≥ 3	4,889 %	77,49 €	77,49 €	5,163 %	85,11 €	78,56 €	1,07 €	12,83 €

Prévoyance

SAB		67 %	33 %		67 %	33 %	Employeur ⁴	Salarié ⁴
9 000 €	3,40 % ²	205,20 €	100,80 €	3,17 %	191,70 €	93,60 €	-13,50 €	-7,20 €
16 000 €	3,40 %	364,80 €	179,20 €	3,17 %	340,80 €	166,40 €	-24,00 €	-12,80 €
30 000 €	3,40 %	684,00 €	336,00 €	3,17 %	639,00 €	312,00 €	-45,00 €	-24,00 €
70 000 €	3,40 %	1 596,00 €	784,00 €	3,17 %	1 491,00 €	728,00 €	-105,00 €	-56,00 €

1- Calculé sur la base du PMSS (Plafond Mensuel Sécurité Sociale) : 3170 pour 2015 (même valeur prise pour 2016)

2- Calculé par rapport au Salaire Annuel Brut

3- Écart mensuel

4- Écart annuel

En santé certains salariés sont soumis à des taux de cotisation spécifiques :

- > Cotisation SS : régime local / mixte en Alsace et Moselle
- > CE Alsace : Participation employeur = 80 % - CE LDA : participation employeur 60 % + Comité d'entreprise 15 % = 75 %

Reportez
votre situation

	€
+	€
=	€



Si le résultat est > 0
l'employeur compense l'écart constaté.

OUI MAIS
ALORS, C'EST AU
DÉTRIMENT DES
GARANTIES...
FAUX !

CERTAINS
SALARIÉS
PAYENT PLUS...
FAUX !

Au contraire, le nouveau dispositif permet d'allouer 3,5 millions d'euros supplémentaires pour améliorer les prestations (2,5 millions pour la Santé et 1 million pour la Prévoyance).

Ce résultat est la conjugaison de plusieurs facteurs : d'une part la diminution du résultat de la Prévoyance qui s'accompagne de fait d'une baisse du poids de l'impôt, d'autre part d'une diminution des frais de gestion des contrats Santé.

De nombreuses prestations Santé sont ainsi bonifiées (voir page 5). En Prévoyance, la prise en charge de l'invalidité est améliorée et le risque décès est réformé pour mieux tenir compte des évolutions intervenues dans la structure familiale.

C'est plutôt l'inverse, mais il faut bien admettre que ça a failli être vrai pour certains. Tout cela cependant dans des proportions dérisoires. Le mode de calcul des cotisations n'est en effet pas le même pour la Prévoyance et pour la Santé.

Pour la Prévoyance, il s'agit d'un pourcentage du salaire brut réparti 2/3 - 1/3 entre employeur et salarié. Pour la Mutuelle, c'est une somme fixe (dépendant de la situation familiale) qui est répartie à 52/48 entre employeur et salarié. Toute modification peut donc entraîner des résultats différents selon la situation. Ainsi, un salarié gagnant 32 000 euros par an et ayant un enfant à charge paye... 17 euros de moins par an.

À l'inverse, un salarié (par exemple à temps partiel) gagnant 9 000 euros par an devrait payer... 5 euros de plus par an. Les sommes sont cependant si faibles que la délégation des employeurs a accepté de les compenser.

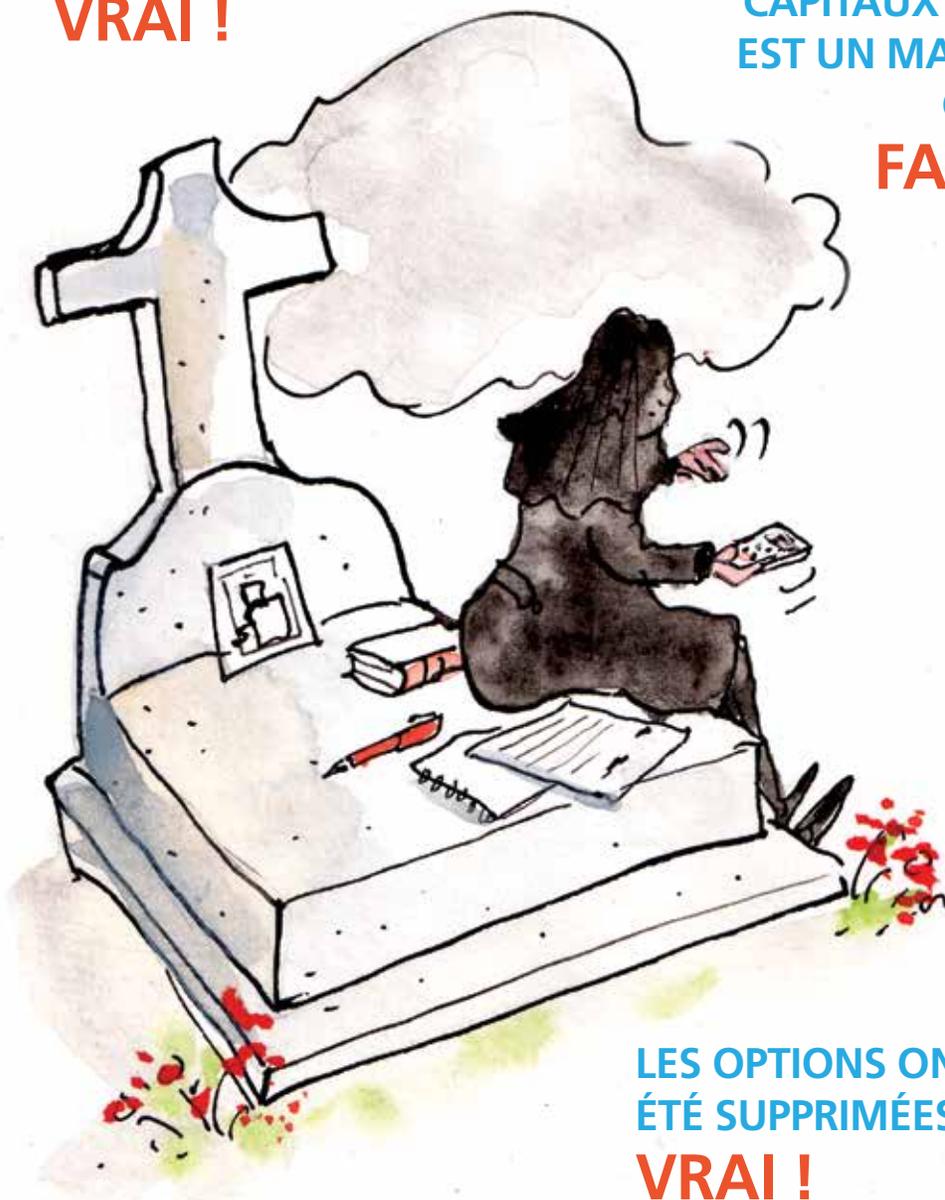
Ceux qui bénéficient d'un petit gain le conservent, ceux qui devraient subir une légère perte ne la subissent pas et personne, donc, ne paye un centime de plus au titre de sa protection sociale pour des prestations de meilleure qualité.



3 OBJECTIONS...

LA RENTE CONJOINT
DISPARAIT :
VRAI !

LA DIMINUTION DES
CAPITAUX DÉCÈS
EST UN MAUVAIS
COUP :
FAUX !



LES OPTIONS ONT
ÉTÉ SUPPRIMÉES :
VRAI !

...3 RÉPONSES DOCUMENTÉES

La rente conjoint est en effet supprimée par décision unanime du Conseil d'administration et de l'Assemblée Générale du 17 septembre 2015 de la CGP et c'est bien une concession importante faite par les représentants du personnel, qu'il faut cependant relativiser. Cette rente conjoint était limitée à 60 ans mais pouvait perdurer au-delà, moyennant une minoration des capitaux décès et des « rentes orphelin ». Mais et nous l'avons déjà vu (pages 12 et 13), ces options étaient mal gérées dans le temps. De fait, en pratique et en moyenne, la rente conjoint n'était versée que pendant 5 ans environ.

À cette rente se substitue désormais le capital décès dévolu au conjoint, qui peut être versé en une seule fois ou bien en 48 mensualités, en exonération totale de charges sociales et d'impôt. On voit donc qu'entre ces 48 mois et les exonérations associées, la différence avec les cinq ans constatés en moyenne pour l'ancienne rente conjoint est neutralisée.

Notons enfin que le capital décès (même versé en 48 mensualités) est ouvert au partenaire Pacsé, ce qui n'était pas le cas de la rente conjoint.



CAPITAUX ET RENTES DÉCÈS

SAB 30 000 €	< 2016			≥ 2016			
	Option 1 (la + choisie)	Option 2	Option 3	Capital libre	Capital conjoint	Capital enfant	Capital total
CVD* - 0 enfant	45 000 €	30 000 €	30 000 €	90 000 €	0 €	0 €	90 000 €
Marié ou Pacsé - 0 enfant	135 000 €	90 000 €	90 000 €	90 000 €	95 100 €	0 €	185 100 €
Marié - 2 enfants	225 000 €	150 000 €	150 000 €	90 000 €	95 100 €	60 000 €	245 100 €
Marié - 4 enfants	225 000 €	150 000 €	150 000 €	90 000 €	95 100 €	120 000 €	305 100 €
Rente conjoint marié / mois							
≤ 60 ans	250 €	250 €	375 €				0 €
> 60 ans	0 €	0 €	250 €				0 €
Part dégressive	758 €	758 €	758 €				0 €
Rente orphelin / mois	avec condition de ressources <85 % SMIC			sans condition de ressources			
≤ 10 ans	250 €	500 €	250 €	Application des planchers calculés sur la base d'un salaire minimum de 1,5 PSS pour 2015			475 €
11 à 17 ans	375 €	750 €	375 €				713 €
18 à 25 ans	450 €	900 €	450 €				855 €

* CVD : Célibataire – Veuf - Divorcé



Désormais la garantie est constituée de :

- > Un « capital libre » (entendez qui peut être dévolu par l'assuré à la personne de son choix) de 300 % du SAB de référence
- > Un « capital conjoint » s'élevant à 200 % du SAB assorti d'un minimum calé sur 1,25 plafond annuel de la Sécurité Sociale.
- > Un « capital enfant » de 100 % du SAB, alloué à chacun d'eux, sous réserve qu'il soit âgé d'au plus 25 ans et désormais sans condition de ressources. Il est également assorti d'un minimum (calé sur 1,5 plafond annuel de la Sécurité Sociale), qui concernera plus de la moitié de nos collègues.

Ces capitaux décès déclenchés par un évènement douloureux n'ont pas vocation à indemniser ni compenser une disparition mais bien de permettre à la famille de poursuivre ses projets de vie. Vous constaterez dans le tableau qui suit que l'objectif est atteint et que l'on ne peut pas vraiment parler de diminution.

CAPITAUX ET RENTES DÉCÈS

SAB 60 000 €	< 2016			≥ 2016			
	Option 1 (la + choisie)	Option 2	Option 3	Capital libre	Capital conjoint	Capital enfant	Capital total
CVD* - 0 enfant	90 000 €	60 000 €	60 000 €	180 000 €	0 €	0 €	180 000 €
Marié ou Pacsé - 0 enfant	270 000 €	180 000 €	180 000 €	180 000 €	120 000 €	0 €	300 000 €
Marié - 2 enfants	450 000 €	300 000 €	300 000 €	180 000 €	120 000 €	120 000 €	420 000 €
Marié - 4 enfants	450 000 €	300 000 €	300 000 €	180 000 €	120 000 €	240 000 €	540 000 €
Rente conjoint marié / mois							
≤ 60 ans	500 €	500 €	750 €				0 €
> 60 ans	0 €	0 €	500 €				0 €
Part dégressive	758 €	758 €	758 €				0 €
Rente orphelin / mois	avec condition de ressources < 85 % SMIC			sans condition de ressources			
≤ 10 ans	500 €	1 000 €	500 €				500 €
11 à 17 ans	750 €	1 500 €	750 €				750 €
18 à 25 ans	900 €	1 800 €	900 €				900 €

* CVD : Célibataire - Veuf - Divorcé

IL AURAIT MIEUX VALU UTILISER LA COTISATION POUR FINANCER LA GARANTIE DÉPENDANCE : **FAUX !**



La dépendance est généralement appréhendée sous l'angle du financement. Or, si cette dimension est prépondérante, elle ne résume pas ce vaste sujet qui, pour être traité efficacement, doit être pris en compte au niveau de la Nation.

Au-delà de l'aspect financier, la dépendance doit faire l'objet d'une approche large, englobant prévention, adaptation de la société (logement, urbanisme, transports...) et mise en place de politiques d'accompagnement spécifiques.

À l'instar de la santé et de la retraite, la dépendance doit être traitée dans un vaste cadre sous l'égide du législateur et de l'Etat. Il leur incombe de définir et mettre en œuvre les réformes sociétales nécessaires, dont la question du financement.

VERS UNE CINQUIÈME BRANCHE...

Actuellement, la dépendance fait intervenir un nombre importants d'acteurs : de l'Etat et sa déclinaison départementale à l'Assurance Maladie en passant par diverses structures communales et associatives... Cet empilement de concours souffre de lisibilité et d'efficacité, ne répond plus à une demande en perpétuelle évolution et laisse peser une trop lourde part de financement sur les personnes dépendantes et leurs familles.

La piste de la 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale, où tout le monde cotise par prélèvement à la source comme pour l'Assurance Maladie, semble être la voix la plus adaptée. Elle ne pourra se faire qu'avec une volonté politique et la mise en place des mesures idoines (contributeurs, taux de cotisation, assiette, fiscalité...).

UN PALLIATIF DE QUALITÉ

Dans l'attente d'une réforme globale, BPCE Mutuelle a pris l'initiative de proposer à ses adhérents une couverture dépendance sous la forme d'un contrat individuel à adhésion volontaire. L'entrée en dépendance intervenant statistiquement à 82 ans, plus tôt on s'en garantit financièrement, mieux c'est. Même à 60 ans il n'est pas trop tard pour adhérer à la garantie dépendance mais cela demeure avant tout un choix personnel. Pour ce faire, le Conseil d'administration de la Mutuelle a sélectionné un prestataire sérieux afin d'offrir les indispensables gages de compétences et de solidité financière. En outre, il s'agit d'un opérateur mutualiste, ce qui est conforme à nos valeurs.

LES NOUVELLES DISPOSITIONS FAVORISENT LES REVENUS LES PLUS FAIBLES AU DÉTRIMENT DE L'ENCADREMENT : **FAUX !**



En prévoyance, instaurer des planchers pour le capital décès conjoint ou la rente orphelin, c'est-à-dire un minimum garanti, n'enlève rien aux catégories les mieux rémunérées puisque les capitaux sont exprimés en pourcentage du Salaire Annuel Brut (SAB).

Les rentes journalières perçues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité sont également exprimées en pourcentage du SAB. L'amélioration, en passant de 70 à 75 % du SAB pour les incapacités de travail temporaire ou permanente et invalidités de catégorie 2 et 3, est profitable à tous de la même manière. Il est à noter d'ailleurs que 75 % du brut est très proche du net.

Une nouvelle disposition concernant l'invalidité de 1^{ère} catégorie est même particulièrement avantageuse pour les salariés rémunérés au-dessus du Plafond de la Sécurité Sociale (PSS) comme le démontre le tableau ci-dessous :

COMPARATIFS DU POURCENTAGE DE SAB PERÇU EN INVALIDITÉ DE 1 ^{ÈRE} CATÉGORIE						
Temps de travail	SAB 30 000 €		SAB 50 000 €		SAB 75 000 €	
	< 2016	≥ 2016	< 2016	≥ 2016	< 2016	≥ 2016
0 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
25 %	55 %	60 %	48 %	60 %	40 %	60 %
50%	80 %	85 %	73 %	85 %	65 %	85 %
55%	85 %	90 %	78 %	90 %	70 %	90 %
60%	90 %	95 %	83 %	95 %	75 %	95 %
70 %	100 %	100 %	93 %	95 %	85 %	95 %

La variation est au maximum de 5% pour les bas salaire et atteint 20% pour les hauts salaires

Quant aux prestations santé, elles sont tarifées sur la base de la structure familiale (1, 2 ou 3 personnes et plus) et donc sans corrélation avec le niveau de rémunération, ce qui est plutôt favorable aux hauts revenus.

RÉSEAU DE SOINS : IL NE SOLUTIONNERA RIEN ET CONTRAINDRA LES ADHÉRENTS DANS LEUR CHOIX : FAUX !

Un réseau de soins est une structure regroupant des organismes de Complémentaires Santé dans le but d'organiser des partenariats avec des professionnels de santé. Ces contractualisations garantissent la qualité des prestations servies et des prix inférieurs à ceux normalement pratiqués. Le « reste à charge » de l'adhérent s'en trouve ainsi positivement impacté !

BPCE Mutuelle a rejoint le réseau de soins *Santéclair* et c'est une bonne nouvelle pour ses adhérents qui sont ainsi libres de choisir des prestations de qualité... moins chères !

En la matière, si trois secteurs sont particulièrement développés au sein de *Santéclair*, avec une bonne couverture nationale (optique, audioprothèse et dentaire), d'autres sont en plein développement et arriveront à maturité prochainement. Au total, 7 500 professionnels de santé, répartis sur l'ensemble du territoire national, sont partenaires

du dispositif. Facilement identifiables grâce à des applications Web et Mobile accessibles aux adhérents de BPCE Mutuelle, il y en a forcément près de votre domicile puisque :

- > 93,7 % ont un opticien partenaire à moins de 10 km de leur domicile,
- > 92 % ont un audioprothésiste partenaire à moins de 30 km (80 % à moins de 15 km),
- > 83 % ont un dentiste partenaire à moins de 15 km...

Et le réseau a vocation à se densifier.

Quant aux économies réalisées par l'adhérent, elles sont significatives. Quelques exemples de réductions :

- > **Optique** : 40 % sur les verres (grandes marques et de dernière génération - Essilor, Zeiss, Nikon...), 15 % sur les montures, 40 % sur les lentilles. De 900 à 1 500 € d'économie sur une opération de correction de la myopie... Et tiers payant automatique chez les opticiens partenaires : il n'y a donc plus à avancer les sommes remboursées.
- > **Audioprothèse** : entre 40 et 50 % sur un appareillage complet.
- > **Dentaire** : de 15 à 20 % sur prothèses, orthodontie, implantologie (implants jusqu'à -50 % dans les centres partenaires).

Bien évidemment, chacun garde la liberté de ne pas se rendre chez un professionnel partenaire de *Santéclair*. Il conserve alors les garanties en vigueur sur le contrat BPCE Mutuelle, mais ne bénéficie pas des garanties de qualité et de prix du réseau de soins.

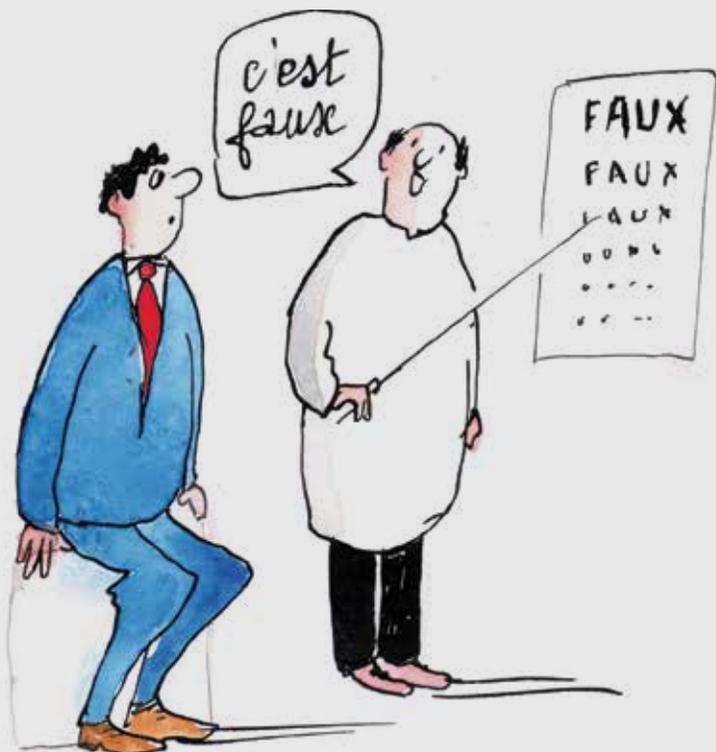
L'adhésion à *Santéclair*, ce n'est que du plus pour l'adhérent BPCE Mutuelle. Et en plus elle lui est offerte.



L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE OPTIQUE AURAIT ÉTÉ PRÉFÉRABLE : FAUX !

La prise en charge de l'optique par BPCE Mutuelle alimente de longue date les débats, notamment lors des élections des délégués régionaux. À cette occasion certaines positions démagogiques trahissent une méconnaissance totale du dossier. Qu'en est-il réellement ?

Les études montrent que les produits d'optique en France, à qualité égale, sont plus chers qu'ailleurs. Cette situation est la conséquence de l'organisation d'un marché de fabrication très fermé où, pour les verres notamment, quelques fabricants monopolisent l'essentiel de l'activité, laissant libre cours à des tarifications surévaluées. Avec des marges de l'ordre de 60 %, les opticiens français réalisent un chiffre d'affaires supérieur d'un tiers à celui de leurs homologues européens : l'optique en France coûte trop cher !



Deux stratégies s'offrent alors à notre Mutuelle :

- > Soit relever ses niveaux de prise en charge, donnant aux adhérents l'impression qu'ils sont mieux remboursés : cette solution inflationniste conviendrait aux opticiens, profession déjà condamnée pour adapter ses tarifs aux garanties du client. Mais elle ne réduirait guère le montant du reste à charge pour l'adhérent en augmentant d'autant les dépenses d'optique pour notre Mutuelle avec un impact sur la cotisation.
- > Soit peser sur les coûts facturés au client en ayant recours à un réseau de soins pour l'éclairer sur le tarif proposé par l'opticien et l'orienter, le cas échéant, vers des enseignes pratiquant des tarifs moins onéreux à qualité équivalente.

Cette solution, qui réduit le « reste à charge » de l'adhérent en combinant baisse des prix de vente et maintien du niveau de prise en charge, est également vertueuse pour la Mutuelle et l'adhérent.

À qualité identique, la diminution du « reste à charge » est essentielle à nos yeux. Pour cela il faut combiner le recours à un réseau de soins et le maintien d'un bon niveau de garanties.

Cette stratégie favorise l'adhérent tout en n'alourdissant pas la « facture » optique pour BPCE Mutuelle.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Il a pour but de contrôler et encadrer les dépassements d'honoraires qui ont « explosé » ces dernières années, au point qu'un nombre croissant de personnes renonce à certains soins.

Le CAS, instauré fin 2012, revient sur le devant de la scène dans le cadre de la nouvelle loi santé.

Médecins concernés

- > exerçant en secteur 2* ou titulaires d'un droit à dépassement permanent** ;
- > titulaires des titres requis pour exercer en secteur 2 et installés en secteur 1 avant 2013.

Souscrivent au CAS sur la base du volontariat.

Engagements du médecin

notamment ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires.

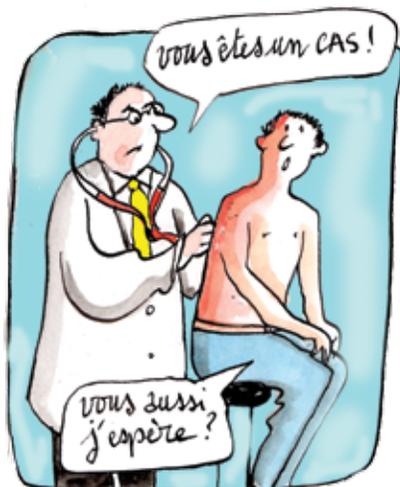
Avantages pour le patient

un meilleur remboursement de la Sécurité sociale et de sa complémentaire santé.

Votre médecin est-il adhérent au CAS ? Connectez vous : www.ameli.fr rubrique *choisir un professionnel de santé*.

* Secteur 2 : le médecin fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

** Droit permanent à dépassement : médecin de secteur 1 bénéficiant d'un droit permanent à dépassement d'honoraires, avec tact et mesure, lié à la reconnaissance de sa pratique



CONTRAT RESPONSABLE

Instauré en 2006 pour encourager les patients à suivre les parcours de soins coordonnés et éviter de creuser le déficit de la Sécurité sociale.

Le nouveau contrat responsable, entré en vigueur en avril 2015 :

- > crée un socle minimum pour les complémentaires santé avec prise en charge :
 - obligatoire du ticket Modérateur ;
 - intégrale du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée.
- > réforme le remboursement des lunettes par les complémentaires santé :
 - définition de l'équipement optique : 1 monture + 2 verres ;
 - encadrement par un forfait de la prise en charge d'un équipement, selon la correction.
- > oblige à conserver 2 ans pour les adultes (1 an si évolution de la vue) le même équipement optique, 1 an pour les enfants ;
- > instaure une limitation de remboursement des honoraires de praticiens non signataires du CAS.

Le caractère responsable d'une complémentaire santé la fait bénéficier d'une taxation réduite avec une TSCA* à 7 % contre 14 % dans le cas contraire. Côté entreprise, il permet de maintenir l'exonération, dans certaines limites, des charges sociales sur la participation employeur.

*** TSCA : Taxe spéciale sur les conventions d'assurance

LES ADMINISTRATEURS DE LA MUTUELLE VEULENT SEULEMENT « RENDRE LA MARIÉE PLUS BELLE » : FAUX !

Le Conseil d'administration de BPCE Mutuelle est composé de femmes et d'hommes qui sont avant tout des adhérents de la Mutuelle. Ils sont élus par l'Assemblée générale au sein des collègues qui la composent (actifs, retraités, individuels, etc.). C'est dire s'ils connaissent parfaitement les situations pour les vivre eux-mêmes !

Chaque décision relative à la gestion de la Mutuelle et des contrats qui lui sont confiés est prise en considération des intérêts de leurs mandants, mais sans jamais perdre de vue l'intérêt général qui consiste à satisfaire aux ratios et obligations réglementaires conditionnant l'avenir de la Mutuelle.

UN CHEMIN BALISÉ

Dans un contexte de désengagement régulier de l'Assurance Maladie et de hausse des coûts, afin de réguler les dérives des professionnels de santé, l'Etat encourage les « complémentaires » à limiter certains remboursements. Cet encouragement se traduit par une taxation des contrats limitée à 7 % (contre 14 % pour les contrats « non responsables »). Il faut donc faire preuve de beaucoup de discernement et de pertinence pour peser ce qui peut être bonifié.

*nous aussi
sommes complémentaires*



Ainsi, il apparaît légitime d'améliorer les prises en charge de certaines prestations (chambre individuelle, opération de la myopie, implants dentaires, etc.), d'en créer de nouvelles (forfait parodontologie refusée par la SS, pharmacie à 15 %, extension du panier de médecine douce, etc.) mais également d'agir sur les prix des produits et prestations (adhésion à un réseau de soins).

AU SERVICE DE L'ADHÉRENT

Améliorer les prestations ou leur remboursement tout en pesant sur les coûts, voilà deux actions combinées et complémentaires qui visent un seul objectif : limiter le plus possible ce qui reste à la charge de l'adhérent. Si, ce faisant, notre Mutuelle est plus attrayante aux yeux des entreprises et des salariés du Groupe qui ne l'ont pas encore rejointe, nous n'allons pas nous en plaindre mais cela demeure un bénéfice secondaire.

DES PRESTATIONS AMÉLIORÉES POUR PAS PLUS CHER ?

VRAI !

Les améliorations apportées au 1er janvier 2016 à la couverture Santé engendrent un surcoût pour la Mutuelle de l'ordre de 6,50 %. Cette opération, intervenant dans le contexte plus vaste de « reconfiguration » de la protection sociale complémentaire de la branche Caisse d'épargne, ne s'accompagne pourtant d'aucune augmentation de cotisation. Comment résoudre une telle équation ?

DES RÉVISIONS NÉCESSAIRES ET ADAPTÉES

Les partenaires sociaux ont constaté que le taux de cotisation Prévoyance (Incapacité - Invalidité - Décès), fixé en 2006 à 3,40 %, était aujourd'hui trop élevé. En effet, en atteignant 204 %, le ratio « Solvabilité II » est largement satisfait et les prestations confortablement financées, y compris en cas de forte sinistralité. La situation de la CGP et son niveau

de résultat (par ailleurs fiscalisé à 38 %) permettent de dégager une enveloppe supplémentaire d'un million d'euros au profit des garanties Prévoyance.

Tout militait donc en faveur d'une révision du taux de cotisation, révision que nous avons souhaité accompagner d'une modernisation des garanties Prévoyance.

Ce « toilettage » bienvenu, qui apporte précisions et améliorations sur certains postes (cf. page 4), s'opère avec un taux de cotisation abaissé à 3,17 %.



DES PRESTATIONS AMÉLIORÉES SANS BOURSE DÉLIER

L'économie ainsi réalisée est intégralement « réinjectée » dans la couverture Santé. Simultanément, les frais de gestion de BPCE Mutuelle sont ramenés de 9,30 % à 8,50 %. Le financement constitué de la sorte (2,5

Millions €) permet d'améliorer à due concurrence les prestations Santé (cf. page 5). Les entreprises, quant à elles, font évoluer leur participation à la cotisation Santé de 50 % à 52 %.

La conjugaison de ces évolutions permet d'accéder à des garanties prévoyance supérieures et d'améliorer les prestations Santé sur nombre de lignes, sans que le salarié débourse le moindre euro supplémentaire. Équation résolue !

LES OUTILS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DANS LA BRANCHE CAISSE D'ÉPARGNE



La gestion des différents contrats (Prévoyance, Santé et Retraite) est organisée au sein de trois structures distinctes : La Caisse Générale de Prévoyance (CGP), BPCE Mutuelle et Ensemble Protection Sociale (EPS).

La CGP est une institution de prévoyance (IP) régie par le code de la Sécurité Sociale. Elle gère le régime de prévoyance collective (incapacité, invalidité, décès), le régime de retraite supplémentaire par capitalisation et le régime de maintien de droits (ex régime CGR concernant les salariés des Caisses d'épargne en place avant le 1er janvier 2000).

La CGP est administrée par un Conseil d'administration paritaire (représentants des employeurs et des salariés) de 30 membres.

BPCE Mutuelle est une personne morale de droit privé, régie par le code de la Mutualité. Elle gère les contrats frais et soins de santé.

BPCE Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 35 membres, élus par l'Assemblée générale des délégués régionaux.

EPS est une association à but non lucratif (loi de 1901). Ses membres adhérents sont la CGP et BPCE Mutuelle. EPS a pour fonction de faciliter et développer l'activité de ses membres adhérents, notamment par la mise en commun de moyens humains et matériels nécessaires à leur gestion.

À ce titre, elle est l'employeur du personnel nécessaire à ses membres adhérents, soit actuellement une centaine de salariés répartis sur les sites de Paris et de Reims.

EPS est administrée par un conseil d'administration de 36 membres.

ET DEMAIN ?

« *Piloter pour bonifier* » tel était le titre d'un article sur la Protection sociale du précédent Trait d'Union. Ce titre, qui ne devait rien au hasard, affirmait sans ambiguïté la nécessité de gérer au mieux nos institutions, afin d'en assurer l'avenir dans une perspective de progrès. Autrement dit, pas de solide édifice sans de bonnes fondations.

Dans ce qui précède, vous avez pu vous faire une opinion sur la bonne santé de notre Protection sociale complémentaire et mieux comprendre les évolutions au 1er janvier 2016.

La CGP et BPCE Mutuelle sont des organismes vivants qui doivent analyser les évolutions d'un environnement en constante mutation, à la fois pour s'y adapter et assurer leur survie mais également et surtout pour améliorer les prestations servies à leurs ayants droit. C'est à cela que travaillent sans relâche des collègues, qu'ils soient salariés de ces organismes ou militants siégeant dans leurs organes délibérants. C'est pour cela qu'ils n'appréhendent aucune étape, même très significative, comme un ultime aboutissement et c'est pourquoi d'autres projets sont à la réflexion.

SE HÂTER LENTEMENT

Pour autant, pas question de tomber dans les travers de certains dirigeants de nos entreprises, alignant les réorganisations à un rythme effréné afin que la pertinence de leurs décisions ne puisse être évaluée, avant qu'elles soient balayées par les suivantes. La nature des enjeux (la prévoyance et la santé de dizaines de milliers de familles) impose d'agir avec prudence et de mesurer les effets de chaque étape avant d'engager la suivante. En effet, si nous maîtrisons certains éléments nous en subissons d'autres, telles les décisions politiques portant désengagement de la Sécurité Sociale ou modifiant l'âge de départ à la retraite. La portée de « Santéclair » dépendra de votre inscription dans ce réseau de soins, permettant de garantir la qualité en limitant les coûts des produits et prestations santé.

AGIR POUR CONSTRUIRE

Comme vous l'aurez compris à travers nos explications, la baisse de cotisation prévoyance ne se justifie que dans l'amélioration de la couverture santé et dans la mise en œuvre de nouvelles garanties. Elle ne peut, et nous y sommes vigilants, se traduire par une baisse de charges pour nos entreprises, au détriment de notre Protection sociale complémentaire appréhendée dans son ensemble.

Si par ailleurs ces évolutions conduisent à rapprocher les conditions de Protection sociale des salariés du Groupe, nous ne pouvons que nous en féliciter tant il nous apparait logique que les salariés d'un même groupe bénéficient d'une Protection sociale partagée, au profit d'une mutualisation élargie, bénéfique à tous.



Bernard Charrier

Secrétaire général du Syndicat Unifié-Unsa



LE TRAIT D'UNION - Le Journal du Syndicat Unifié-Unsa - Numéro 115

Pour toute information et contact : tél. 01 43 27 88 09 ; e-mail: traitdunion@syndicat-unifie.net

Directeur de la publication : Bernard CHARRIER - Syndicat Unifié-Unsa 21-23, rue du Départ – 75014 PARIS

Illustrations : Pouch - Maquette : NEFTIS - Impression : Bialec

Photo de Une : Fotolia

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2015 – 44500 exemplaires – Commission paritaire N° 358 D 73 ISSN 21 14-9399

Ont collaborés à ce numéro :

Henri Bonetti, Jean-David Camus, Bernard Charrier, Philippe Donvito, Serge Huber, Michel Ricard, Hervé Tillard

<http://syndicat-unifie.unsa.org>