



Contrat Responsable et IPSEC

Point sur les négociations en cours avec la Direction de la CDC.

Notre contrat **IPSEC** va changer, êtes-vous au courant ?



Non ?!

Alors renseignez-vous et n'oubliez pas de prendre **la surcomplémentaire** !



Les impacts sur notre contrat IPSEC ?

Suite à l'évolution de la loi (obligation de mettre en place un contrat responsable), des réunions d'échanges ont été engagées entre la Direction et les syndicats pour négocier ce que sera notre futur contrat IPSEC. Si nous appliquons strictement les bases de remboursement du contrat responsable, **tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2018 subiront une forte baisse** des remboursements de leurs frais de soins de santé.

La logique de raisonnement de l'UNSA a été de négocier un nouveau contrat qui soit équivalent voire meilleur que celui d'aujourd'hui, surtout pour les frais les plus onéreux qui concernent :

- les remboursements **des dépassements d'honoraires** des médecins non adhérents au contrat d'Accès aux Soins,
- les frais d'optique,
- les soins dentaires.

Or, il faut savoir qu'un grand nombre de médecins (surtout en région parisienne) n'a pas signé le contrat d'Accès aux Soins. En juillet 2015, seuls 11 300 médecins sur 100 000 l'avaient fait. Il y a donc un risque élevé que votre praticien ne soit pas adhérent et que vous soyez, de fait, moins bien remboursé.

Nous avons donc obtenu de la Direction une équivalence, voire une amélioration, de nos prestations IPSEC. Mais cela passe aujourd'hui par une mesure à laquelle nous ne pouvons pas déroger, qui est **la création d'une sur-complémentaire individuelle** (donc au choix du salarié). En effet, il est impossible d'obtenir un dépassement des plafonds de remboursement liés au **contrat responsable** sans passer par une sur-complémentaire individuelle... sans participation de l'employeur (cf. « Qu'est-ce que le contrat responsable ? » au verso).



Combien ça coûte ?

Cette sur-complémentaire individuelle étant calculée sur un pourcentage du salaire, elle est estimée par exemple entre **35 € par an** pour un revenu annuel brut de 50 000 € et à **70 € par an** pour un revenu annuel brut de 100 000 € avec un taux de 0,07 %. Ces chiffres sont à pondérer de la diminution des cotisations du contrat responsable. Le tableau suivant montre l'évolution de vos cotisations en incluant la sur-complémentaire en 2018 :

Salaire annuel brut : 50 000 €	Salaire annuel brut : 75 000 €	Salaire annuel brut : 100 000 €
Cotisation 2017 : 431,31 €	Cotisation 2017 : 655,50 €	Cotisation 2017 : 879,68 €
Cotisation 2018 : 446,25 €	Cotisation 2018 : 669,37 €	Cotisation 2018 : 892,50 €
Surcoût annuel : 14,94 €	Surcoût annuel : 13,87 €	Surcoût annuel : 12,82 €



Notre avis ?

Le mieux est de l'illustrer par l'exemple.

1) Verres complexes (progressifs) à 350 € avec une monture à 300 € soit un coût total de 1 000 €.

2017	Contrat responsable 2018	Avec sur-complémentaire 2018
charge du salarié 10 % des frais	300€ par verre / 150€ de monture	400€ par verre / 200€ de monture
Remboursement : 900 €	Remboursement : 750 €	Remboursement : 900 €
Reste à charge : 100 €	Reste à charge : 250 €	Reste à charge : 100 €

2) Consultation de 95 € d'un spécialiste non adhérent au contrat d'Accès aux Soins.

2017	Contrat responsable 2018	Avec sur-complémentaire 2018
Remboursement SS : 15,10 €	Remboursement SS : 15,10 €	Remboursement SS : 15,10 €
Remboursement IPSEC : 70,40 €	Remboursement IPSEC : 29,90 €	Remboursement IPSEC : 69,00 €
Reste à charge : 9,5 €	Reste à charge : 50 €	Reste à charge : 10,90 €

Cela n'est qu'un exemple car des actes médicaux comme l'imagerie sont très onéreux. Nous vous conseillons vivement de souscrire à la sur-complémentaire qui apporte indéniablement une meilleure prise en charge: pour quelques € de plus par mois (surcoût lié à la souscription de la sur-complémentaire), **cela vaut-il le risque de perdre autant ?...** Pour notre part, nous pensons que **NON !!!**



Un conseil ?

Vérifiez que vos praticiens ont signé le contrat d'Accès aux Soins :

<http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Qu'est-ce-que le contrat responsable ?

Le contrat responsable, qui concerne les contrats collectifs (IPSEC) et individuels, a été instauré par le gouvernement afin de responsabiliser les patients, leur complémentaire santé et les différents praticiens. Il consiste à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire à consulter leur médecin traitant avant un spécialiste.

Il doit être obligatoirement mis en place au 1er janvier 2018.

Le régime fiscal et social des contrats responsables est plus favorable, puisqu'il permet de bénéficier, lorsqu'ils sont souscrits dans le cadre d'un contrat collectif et obligatoire:

- d'une **exonération** des charges sociales pour les contributions versées par l'employeur dans la limite d'un certain plafond,
- d'un **taux réduit** de taxe de solidarité additionnelle rénovée (TSA rénovée) de 13,27 % au lieu de 20,27%,
- **pour les salariés : d'une déduction** de la part salariale dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

Afin d'être qualifié de « responsable » **un contrat frais de santé doit obligatoirement :**

- prendre en charge le **ticket modérateur** sur l'ensemble des actes remboursés par le régime obligatoire (sauf cures thermales ou médicaments à service médical rendu modéré et faible et homéopathie),
- limiter le remboursement **des dépassements d'honoraires** des médecins non adhérents au contrat d'Accès aux Soins (CAS), avec la double limite : 100% de la base de remboursement (BR) et remboursement inférieur de 20% de la BR à celui des médecins adhérents au CAS,
- **rembourser le forfait journalier hospitalier** sans limitation de durée,
- limiter le remboursement de **l'équipement optique** (monture + 2 verres) tous les 2 ans (tous les ans pour les mineurs ou en cas de changement de la vue) en respectant les planchers et plafonds définis par le décret dont un maximum 150€ pour la monture.

Les actes **interdits au remboursement** dans un « contrat responsable » sont :

- les dépassements demandés par les médecins spécialistes lorsqu'ils sont consultés directement, sans passer par le médecin traitant,
- les dépassements éventuels des médecins généralistes ou spécialistes hospitaliers pour toute consultation, sans avoir choisi au préalable un médecin traitant, ou lorsque le patient n'autorise pas le professionnel de santé à accéder ni à modifier son dossier médical (sous réserve de la mise en œuvre de ce dossier),
- la participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les médicaments.

