



MUTUELLE

LIEN INACTIFS/ACTIFS



Au cours des échanges qui ont précédé cette paritaire, nous avons fait savoir que nous étions **favorables au maintien du lien avec les inactifs** et nous avons milité pour poursuivre cette solidarité générationnelle.

Mais nous avons pris conscience que **nous étions les seuls à défendre cette position**, sachant que le maintien de ce lien avait deux conséquences :

- D'une part, il ne permettait pas de lancer un appel d'offre pour négocier des prestations plus avantageuses pour les actifs.
- D'autre part, même si le maintien de ce lien reste avantageux à court terme pour les retraités, à plus long terme, comme le régime n'est pas viager, il fait peser une menace sur les inactifs d'être obligé de souscrire tôt ou tard un contrat beaucoup plus coûteux en cas de résiliation.

C'est pourquoi la majorité des organisations syndicales a opté pour **le maintien du principe d'un pilotage financier indépendant entre les actifs et les inactifs** afin de permettre le lancement d'un appel d'offre regroupant les actifs et les inactifs au 31 décembre 2014, avec :

- Pour les actifs : un contrat permettant une amélioration sensible des prestations et un régime de base plus compétitif en cherchant prioritairement à diminuer le reste à charge plus qu'à maximiser les garanties afin d'éviter des augmentations de cotisations pour les salariés.
- Pour les futurs inactifs : l'accès direct aux régimes d'accueil viager AON-HEWITT/HUMANIS
- Pour les inactifs : un contrat PMU permettant le maintien non viager des garanties actuelles tarifées en fonction de leur âge et avec le bénéfice de l'appel d'offre, mais avec la possibilité pour ceux qui le souhaitent de sortir en douceur du régime PMU en vue d'opter pour un régime d'accueil viager loi Evin, sans formalité médicales, ni délais d'attente et aux meilleures conditions possibles.

Il s'agira là d'un choix difficile pour les retraités et il est important qu'ils puissent faire ce choix en toute connaissance de cause. Il faudra prendre le temps de la communication auprès d'eux et leur donner toutes les informations pour qu'ils puissent prendre leur décision.

Il est important de préciser que cette évolution aura pour conséquence une hausse des cotisations des inactifs à terme, sachant qu'HUMANIS s'est engagé à limiter la hausse annuelle des cotisations à + 7% pour 5 ans, en cas de mauvais résultats, hors modifications de la législation.

En parallèle, une délégation du SHN/CGC s'est rendue au siège d'HUMANIS pour obtenir l'engagement qu'il n'y aurait pas d'augmentation de cotisations pour les deux prochaines années.

QUESTION

« Après mon départ à la retraite, j'avais gardé la mutuelle de mon ancienne entreprise. Mon ex-employeur a signé un contrat avec une nouvelle mutuelle et m'a prévenu que je pouvais adhérer à celle-ci, **en perdant toutefois le bénéfice de la participation de l'entreprise. Or, ma cotisation a été multipliée par quatre! Est-ce normal ?** »

Réponse magazine « Notre temps » :

Dans le cadre d'un contrat groupe, les salariés retraités qui le souhaitent peuvent bénéficier du maintien de garanties équivalentes à celles des actifs. **Mais ils ont souvent intérêt à faire jouer la concurrence et à chercher ailleurs.**

De fait, **les tarifs qui leur sont demandés par leur ancienne mutuelle ne peuvent être supérieurs de 50% à ceux applicables aux salariés actifs** (loi Evin n°89-1009 du 31 décembre 1989). Toutefois, **cette limite s'applique sur la totalité du tarif, hors participation de l'entreprise**, qui n'est pas tenue de contribuer au financement des garanties des retraités (réponse ministérielle numéro 47770, JO de l'Assemblée nationale du 1^{er} juin 2010).

INACTIFS HAUSSE ABUSIVE DE MUTUELLE ?

AU PMU II en résulte déjà une hausse conséquente: Par exemple, pour une cotisation de **54,75€** en isolé totalement prise en charge par l'employeur, les retraités payent **81,98 €**, soit :

- **82%** d'augmentation sans tenir compte de la de la participation de l'entreprise
- **49%** d'augmentation en tenant compte de la de la participation de l'entreprise

En outre, en cas de résiliation du contrat collectif, le droit au maintien des garanties ne vaut pas pour les contrats souscrits au profit d'anciens salariés. Dans ce cas, aucun décret ne fixe la hausse tarifaire qui peut en résulter et le nouvel assureur n'est pas tenu de respecter la limite de majoration de 50%.

En d'autres termes, si l'assureur et le PMU mettaient un terme à leur contrat et que le PMU renonçait à intégrer le groupe des inactifs dans celui des actifs, les anciens salariés retraités seraient obligés de trouver un autre assureur sans limite de majoration.

D'où la nécessité d'en venir à :

- Un contrat permettant le maintien non viager des garanties actuelles, tarifées en fonction de leur âge et avec le bénéfice de l'appel d'offre
- Avec la possibilité, pour ceux qui le souhaitent, de sortir en douceur du régime PMU en vue d'opter pour un régime d'accueil viager loi Evin, sans formalité médicales, ni délais d'attente et aux meilleures conditions possibles.

Cette évolution prévue dans le nouvel accord avec la rupture du lien entre les actifs et les inactifs est particulièrement difficile à prendre, mais, hélas, elle est nécessaire pour permettre aux retraités de se doter d'un régime viager plus cher mais plus protecteur à long terme.

Compte tenu du désengagement de l'Etat sur les frais de santé et des augmentations importantes et régulières du tarif de toutes les Mutuelles, l'augmentation des cotisations des retraités est hélas inexorable.

CHOISIR UN NOUVEAU CONTRAT A DES AVANTAGES

1. Adaptez toutes les garanties à votre âge et à votre budget

Une mutuelle qui rembourse l'orthodontie des enfants ou verse une prime à la naissance d'un enfant est intéressante... jusqu'à un certain âge. C'est souvent ce que proposent les complémentaires santé d'entreprise, conçues pour les actifs. Mais vous avez peut-être davantage envie d'un contrat qui couvre l'ostéopathie, les audioprothèses, etc. Chez chaque assureur, vous pouvez choisir entre plusieurs contrats, du « premier prix » (qui couvre peu les dépassements d'honoraires, vise au plus juste en cas d'hospitalisation, assure peu ou pas du tout l'optique ou le dentaire...) au plus complet, beaucoup plus cher.

De plus en plus souvent, les contrats sont aussi modulables

Vous êtes libre d'opter pour des niveaux de remboursement plus élevés sur certains postes (médecine de ville, hospitalisation...) et plus faibles sur les autres, et de prendre, en plus, des « renforts » (garanties complémentaires),

par exemple les médecines douces. Au total, il n'est pas rare de pouvoir créer entre dix et trente combinaisons différentes sur un même contrat.

Pas de sélection médicale

Très peu d'assureurs exigent un questionnaire médical ou une déclaration de bonne santé. S'ils le faisaient, ils paieraient des taxes supplémentaires. En revanche, rien ne leur interdit de prévoir que certaines garanties ne joueront pas immédiatement, mais seulement après un délai de trois ou six mois, par exemple. Ils ont aussi le droit de fixer un âge limite de souscription au-delà duquel ils n'acceptent plus les nouveaux clients: 75 ans, 80 ans... En revanche, une fois que vous avez souscrit un contrat, l'assureur ne peut plus le résilier en raison de votre âge.

2. Trouver la mutuelle qui correspond à vos besoins

- **Les complémentaires « senior » sont-elles vraiment différentes? Ces contrats dédiés aux plus de 50 ou 60 ans** remboursent comme les autres les dépenses de santé, mais mettent en avant les petits plus qui plaisent: des forfaits « bien-être » pour rembourser les vaccins ou les médicaments atypiques quand on voyage, une prise en charge du dépistage du cancer du côlon, des cures thermales... Par exemple, alors qu'une complémentaire santé classique couvre les frais de garde à domicile des enfants en cas d'hospitalisation, la complémentaire senior d'AG2R offre le même service pour les petits-enfants dont vous auriez la garde au moment où vous devez vous rendre d'urgence à l'hôpital. Mais, bien sûr, les assureurs savent que ces garanties qui séduisent les retraités ont de bonnes chances d'être utilisées: ils calculent leur tarif en conséquence.

3. Fixez votre budget mensuel

Même des garanties de base sont déjà onéreuses. Par exemple, à la Macif, aux tarifs pourtant raisonnables, un homme ou une femme de 65 ans, marié, paiera 65,26 euros par mois pour une formule économique à Lille (69,38 euros à Marseille) et près de 108 euros mensuels pour une formule plus étoffée en dentaire et en optique (114,75 euros à Marseille). Cinq ans plus tard, à 70 ans, le contrat d'entrée de gamme reviendra à 75 euros par mois (plus de 79 euros à Marseille) et le second à 124 euros (132 euros à Marseille).

4. Identifiez les garanties indispensables pour vous

« **Même si votre budget est serré, évitez les contrats qui ne couvrent que l'hospitalisation.** Avec l'âge, les consultations chez des spécialistes sont de plus en plus nombreuses: la complémentaire santé doit prendre en charge leurs dépassements d'honoraires », conseille Marie Content, directrice générale du comparateur mutuelle.fr. Le niveau de remboursement à privilégier dépend, bien sûr, des tarifs des praticiens que vous consultez (en général autour de 50 euros en province, 70 euros à Paris).

Quand il faut faire des choix, optez pour de faibles remboursements en optique n'est pas forcément problématique, car la vue se stabilise avec l'âge et les changements de lunettes sont moins fréquents. Mais les audioprothèses sont souvent prises en charge au titre du forfait optique. Elles risquent donc d'être mal remboursées si celui-ci est faible.

LES BONNES QUESTIONS A SE POSER

1 - Que couvre exactement la garantie hospitalisation?

« Certains contrats limitent la prise en charge du forfait hospitalier et de la chambre particulière à 30 jours. Ce n'est pas suffisant », estime Jean-François Ropelewski. Regardez si les cliniques privées ou les maisons de repos sont concernées par la garantie, et si le plafond de la chambre particulière est suffisant (en province, le coût de cette chambre est d'environ 60 euros par jour. Il est plus élevé à Paris et dans certaines villes).

2 - L'assistance est-elle à la hauteur?

La question est importante, car les patients restent de moins en moins longtemps à l'hôpital. « Sortis parfois trop vite après une hospitalisation, ils doivent pouvoir compter sur une assistance à domicile efficace », insiste Jean-Michel Courtant, directeur développement et marketing à Macif-Mutualité. La complémentaire santé prévoit bien sûr, en général, de trouver (et souvent aussi de financer, mais il faut s'en assurer) la personne qui viendra à domicile épauler le convalescent. « À la Macif, cette aide à domicile est prévue pour toute hospitalisation de plus de deux jours, programmée ou non. Dans d'autres contrats, elle intervient seulement si le séjour à l'hôpital a dépassé sept jours, ou uniquement pour les hospitalisations inopinées et non pour celles qui sont programmées, même si le retour à domicile est tout aussi délicat », précise-t-il.

3 - Que vous rembourse-t-on?

Certains assureurs font des efforts pour distinguer clairement ce qu'ils vous rembourseront et ce qui restera à votre charge (après remboursement de la Sécurité sociale et de la mutuelle). Par exemple, pour les garanties dentaires et optiques, ils vous indiquent qu'ils prendront vos frais en charge jusqu'à 150 euros. Si les garanties sont exprimées, sur ces postes, en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, soyez vigilant car celle-ci est très faible.