



Paris  
janvier 2016

# Complémentaire Santé des salarié-e-s de droit privé

## Les évolutions imposées par l'Accord National Interprofessionnel

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 signé par CFDT, CFE CGC et CFTC transposé dans la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, oblige les entreprises à mettre en place au plus tard le 01/01/2016 une complémentaire santé pour l'ensemble des salarié-e-s avec une participation de l'employeur d'au moins 50%.

Le décret du 18 novembre 2014 a mis en place un nouveau cahier des charges des contrats responsables en fixant un panier de soin minimum avec des planchers mais aussi des plafonds sur les remboursements des frais de santé.

La mise en conformité des accords déjà en place est obligatoire au plus tard le 31/12/2017 et de suite si modification de l'accord mettant cette complémentaire santé en place.

### Un nouvel avenant à l'accord prévoyance.

Pour ce qui concerne ORANGE et afin de se mettre en conformité avec une circulaire ACOSS préconisant la suppression de toute clause d'ancienneté il y a obligation de faire un avenant à l'accord prévoyance actuel, afin de supprimer la clause d'ancienneté de six mois maximum pour bénéficier des garanties frais de santé.

La négociation de cet avenant signé par SUD, CFDT, CFE CGC et FO consistait donc essentiellement à appliquer au régime frais de santé les plafonds des nouveaux contrats responsables, condition obligatoire pour conserver les avantages sociaux et fiscaux liés à ces contrats. (Part de cotisation payée par les salarié-e-s déductible du revenu imposable par exemple ...)

Cet avenant comporte un certain nombre d'avancées :

- Possibilité de bénéficier immédiatement de la complémentaire santé pour les nouveaux recruté-e-s.
- Suppression du minimum de 0,5 dioptries par une simple évolution de la vue pour bénéficier d'un renouvellement d'équipement optique (monture et verres) par an au lieu de deux ans.
- Relèvement de la condition d'âge de 16 à 18 ans pour les enfants pouvant bénéficier d'un renouvellement d'équipement optique (monture et verres) par an
- Possibilité de bénéficier d'un équipement vision de loin et un équipement vision de près tous les deux ans en cas de double correction.
- Le plafonnement du remboursement des montures à 150 Euros est en partie compensé par la prise en charge à 95% des frais réels du prix des montures et à 100% des frais réels si l'opticien est adhérent du réseau Carte Blanche.

### Des différences suivant le médecin !

Par contre pour SUD le plafonnement des remboursements des praticiens du secteur 2 (généralistes, spécialistes, radiologues, hospitalisation) n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins imposé par le décret reste un point très sensible.

Le nombre de praticiens ayant adhéré au contrat au soin n'est à ce jour que de 45% au niveau national et certaines régions comme Paris, Ile de France, Alsace et PACA sont en retard.

Si le nombre de praticiens adhérant au contrat au soin va évoluer dans les années à venir nous déplorons que le décret issu de l'accord ANI impose ce type de



## Et pour les fonctionnaires d'Orange ?

La loi du 14 juin 2013, transposant certains éléments de l'ANI, prévoit l'extension à toutes les entreprises de la complémentaire santé à compter du 1er janvier 2016. En février 2015, l'entreprise a négocié une aide au financement de la couverture complémentaire santé des fonctionnaires d'un montant de 300€ bruts annuels en 2015 et de 450€ bruts annuels à partir de 2016.

La fédération SUD s'est alors battue pour la mise en œuvre d'un régime collectif de complémentaire santé et prévoyance pour les fonctionnaires identique à celui des salarié-es de droit privé. Mais, à ce jour, la loi de privatisation ne le permet pas. La direction a donc acté une méthodologie de travail devant conduire à l'ouverture de négociations sur la santé puis, dans un second temps, sur la prévoyance.

Pour ce faire, le gouvernement a proposé un amendement au projet de loi relatif à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires légitimant la prise en charge par l'entreprise de la complémentaire santé des fonctionnaires.

Retiré en 1ère lecture à l'Assemblée Nationale, il a été repropo- sé à l'examen du Sénat, qui devrait intervenir fin janvier 2016. Le parcours parlementaire est loin d'être terminé.

La fédération SUD espère que le gouvernement ne le retirera pas, que le parlement l'adoptera et que le Conseil Constitutionnel ne le censurera pas !

plafonnement à notre régime sans mettre en place en face une limite aux dépassements autorisés et une répartition géographique égalitaire.

Cette application risque de générer des restes à charge importants sur les remboursements des dépassements sur les actes techniques d'électrothérapie, de radiologie et sur les dépassements des honoraires médicaux et chirurgicaux lors d'hospitalisation.

Pour savoir si votre médecin est signataire du contrat d'accès au soin vous pouvez consulter : [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr)

Différence de prise en charge si le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins		
	Médecins signataires du contrat d'accès au soin (garanties inchangées)	Médecins non signataires du contrat d'accès au soin (garanties plafonnées par le décret issu de l'ANI)
<b>généralistes</b>	100% des frais réels dans la limite de 200% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (47,30 Euros maximum)	100% des frais réels dans la limite de 171,42% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (42,70 Euros maximum)
<b>spécialistes et professeurs</b>	100% des frais réels dans la limite de 250% du montant remboursé par la Sécurité Sociale (60,25 Euros maximum)	100% des frais réels dans la limite de 221,42% du montant remboursé par la Sécurité Sociale en 2016 (50,75 Euros maximum) puis 185,71% en 2017
<b>actes techniques, électrothérapie et radiologie</b>	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité Sociale	100% des frais réels dans la limite de 221,42% du montant remboursé par la Sécurité Sociale en 2016 puis 185,71% en 2017
<b>honoraires médicaux et chirurgicaux</b>	100% des frais réels dans la limite de 400% du montant remboursé par la Sécurité Sociale	100% du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 156,25% du montant remboursé par la Sécurité Sociale en 2016 puis 125% en 2017

Certain-es salarié-es ont la possibilité de refuser l'affiliation à la complémentaire santé du groupe. (CDD, apprenti-e-s, salarié-e-s bénéficiaires de la CMUC, temps partiel dont la cotisation serait au moins égale à 10% de leur rémunération brute, salarié-e-s présents au 31/12/2015 mais ne remplissant pas la condition d'ancienneté au 01/01/2016 et ayant une complémentaire santé individuelle).

## Les garanties santé changent au 1er mars 2016 :

Vous avez reçu une première carte de tiers payant pour la période du 1er janvier 2016 au 29 février 2016. Cette carte donne accès aux garanties inchangées par rapport à 2015.

Une seconde carte de tiers payant vous parviendra fin février et donnera accès aux nouvelles garanties à effet du 1er mars 2016. Cette seconde carte sera valable jusqu'au 31 décembre 2016