

Nouvelle Mutuelle et Prévoyance au 01/01/2017
Ce que vous devez faire ET savoir

Suite à l'accord Mutuelle Prévoyance du 25/01/2016 et à l'appel d'offres lancé en Avril 2016, **la Direction Générale a décidé de reconduire Malakoff Médéric pour la mutuelle santé et MUTEX pour la prévoyance complémentaire pour 5 ans à compter du 01/01/2017.**

Evidemment, les prestations ne sont pas les mêmes que celles qui existent aujourd'hui. Concernant la mutuelle, nous constatons une diminution de prise en charge. La raison en est principalement la mise en conformité avec les critères du contrat responsable (qui oblige à diminuer les remboursements hors contrat d'accès aux soins et la prise en charge optique). Concernant la prévoyance, nous constatons une diminution des garanties. Là, pas de contrainte réglementaire, c'est le choix de la Direction.

Vous retrouverez les conditions de prises en charge dans les notices d'information de la mutuelle et de la prévoyance qui vous seront remises par votre responsable.

Vous devrez avoir reçu :

- **Une notice Mutuelle,**
- **Une notice Prévoyance,**
- **Une notice Maintien de revenu (pour les agents de droit public).**

Afin de savoir ce que vous devez faire et étudier l'évolution de vos garanties, vous trouverez:

- **Une présentation des démarches à effectuer avant le 01/01/2017,**
- **Les tarifs de la mutuelle et de la prévoyance pour les agents,**
- **Annexe 1 :** Comparatif des prestations de la mutuelle actuelle et de la mutuelle mise en œuvre au 01/01/2017,
- **Annexe 2 :** Quelques définitions pour mieux comprendre le remboursement,
- **Annexe 3 :** Comparatif des prestations de la prévoyance actuelle et de celle mise en œuvre au 01/01/2017,
- **Annexe 4 :** Les informations sur la sur - complémentaire (option facultative),
- **Annexe 5 :** les informations sur les garanties dépendance (option facultative).

Quelles démarches dois-je effectuer avant le 01/01/2017 ?

Concernant la mutuelle :

- Vous devez **vérifier sur votre compte TOUT'M** si vos enfants (moins et plus 18 ans) sont bien connus.
- Vous avez la **possibilité d'affilier votre conjoint** (démarche facultative).
- Vous avez la **possibilité d'adhérer à la sur complémentaire** (démarche facultative).

→ **L'affiliation de vos enfants et votre conjoint à charge :**

Si votre situation familiale n'a pas changé, vous n'avez aucune démarche à effectuer. Vos bénéficiaires à charge sont déjà connus de Malakoff Médéric.

Pour les enfants à charge de plus 18 ans et les conjoints à charge vous devez avoir accompli les formalités nécessaires pour le maintien de l'affiliation en ayant joint les justificatifs. (via l'espace « TOUT'M » - Si vous n'avez pas créé de compte, vous aurez besoin de votre identifiant mutuelle indiqué sur votre carte tiers payant et de votre numéro de sécurité sociale). Dans ces conditions, vous ne payez pas de cotisation supplémentaire, vos ayants droits sont intégrés à votre couverture santé.

Si votre situation a changé (adresse, naissance d'un enfant, ...), vous devez mettre à jour vos données sur votre espace client ToutM avec le code identifiant que vous avez sur votre carte mutuelle.

Lien : <http://poleemploi.malakoffmederic.com/>

Les données serviront à l'établissement de la carte de tiers payant.

→ **L'affiliation (facultative) du conjoint à la mutuelle :**

Vous avez la **possibilité d'affilier (ou ré-affilier) votre conjoint à charge ou non à charge au sens de la sécurité sociale.**

Pour le conjoint à charge, l'affiliation est gratuite. Pour le conjoint non à charge, l'affiliation se fera moyennant le paiement d'une cotisation correspondante sans prise en charge de l'employeur :

- le montant mensuel est de 89.80 euros si votre conjoint n'a pas de mutuelle,
- le montant mensuel est de 49.10 euros si votre conjoint a déjà une mutuelle mais vous souhaitez que la mutuelle Pôle Emploi intervienne en complément.

Ce montant sera prélevé sur votre fiche de paye.

Si votre conjoint était déjà affilié en 2016, il recevra directement un courrier de Malakoff. 3 cas possibles :

- vous souhaitez reconduire l'adhésion avec les nouvelles garanties, vous n'avez aucune démarche à effectuer.
- Si une modification est intervenue, vous devrez transmettre le bulletin de modification reçu avant le 25/11/2016 à Malakoff.
- Si vous souhaitez effectuer une radiation du contrat actuel au 31/12, vous devez transmettre une demande de résiliation par courrier LRAR au plus tard au 31/12.

Pour effectuer une nouvelle affiliation pour votre conjoint (qui n'était pas affilié à Malakoff en 2016), vous devez vous munir de votre numéro de salarié (indiqué sur votre bulletin de paye) et de votre numéro de sécurité sociale.

Lien : <https://affiliationsante.malakoffmederic.com/>

Vous trouverez en pièce jointe le guide pour cette affiliation.

→ **L'adhésion facultative à la sur complémentaire :**

Vous avez la possibilité d'adhérer à une sur complémentaire.

Pour effectuer cette adhésion, vous devez vous munir de votre numéro de salarié (indiqué sur votre bulletin de paye) et de votre numéro de sécurité sociale.

Lien : <https://affiliationsante.malakoffmederic.com/>

Vous trouverez en annexe 4 le guide pour cette affiliation et l'information sur les 3 options liées à la sur complémentaire. .

3 options :

Option 1 : 5 euros

Option 2 : 5 euros

Option 3 : option 1 + 2 : 9,50 euros

La cotisation correspondante sera intégralement à votre charge et à régler directement auprès de Malakoff Médéric.

Si vous souhaitez des informations sur la mutuelle :

BESOIN D'AIDE

Appelez le  **N°Cristal 0 980 980 777**
APPEL NON SURTAXÉ

**Pour toute question, nous vous répondons
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 21 h
et le samedi de 9 h à 18 h.**

Concernant la prévoyance :

- Vous devez impérativement effectuer **le choix de l'option décès et la désignation de vos bénéficiaires**.
- Vous avez la possibilité de **souscrire à la garantie dépendance** (démarche facultative).
- **Le Choix de l'option Décès :**

Le choix de l'option décès et la désignation de vos bénéficiaires feront l'objet d'un courrier envoyé par MUTEX à votre domicile début Décembre.

Le courrier envoyé par MUTEX contiendra :

Un identifiant et un mot de passe pour accéder à votre espace personne MUTEX

Un document intitulé « convention de preuve » qui matérialise votre engagement vis-à-vis de MUTEX .

2 possibilités pour réaliser votre choix :

- Télécharger et imprimer les formulaires de choix d'option décès et la désignation de vos bénéficiaires. A retourner à MUTEX par voie postale.
-
- Soit effectuer un choix d'option et une désignation des bénéficiaires dématérialisée en remplissant la convention de preuve que vous retournerez à MUTEX. A réception, MUTEX débloquera sur votre espace les fonctions vous permettant d'effectuer votre choix d'option et la désignation des bénéficiaires en ligne.

Les choix d'option et de bénéficiaires que vous avez effectués en 2012 sont caducs au 01/01/2017.

Vous pouvez voir en Annexe 3 les options proposées :

- **Capitaux décès : versement d'un capital,**

- **Capitaux + rente éducation : versement d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente éducation aux enfants à charge,**

- **Capitaux + rente conjoint : versement d'un capital auquel s'ajoute le versement d'une rente temporaire au bénéfice du conjoint survivant.**

En l'absence de choix d'option, c'est l'option 1 qui s'appliquera.

En l'absence de désignation, ce sont les règles de dévolution successorale de droit commun qui s'appliqueront.

→ **La Garantie Dépendance :**

La souscription à la dépendance fera l'objet d'un courrier envoyé par MUTEX à votre domicile début Décembre.

Cette garantie est facultative et assure aux agents qui y souscrivent le versement d'une rente mensuelle lorsqu'ils sont reconnus en état de dépendance.

La rente viagère mensuelle versée par MUTEX varie de 500 à 2500 euros selon le niveau de garantie souscrit.

Les cotisations sont intégralement à la charge de l'agent. Cette garantie sera financée par des cotisations distinctes prélevées mensuellement par Pôle Emploi sur les salaires des agents souscripteurs.

Voir Annexe 5.

Les tarifs de la mutuelle et de la prévoyance pour les agents :

Concernant la mutuelle :

Au 01/01/2017, le forfait de la mutuelle est de 115.70 euros.

La cotisation salariale pour l'agent sera de 1,03% de votre salaire brut mensuel, sans pouvoir dépasser 50% du forfait (soit 57.85 euros).

Exemple : J'ai un salaire brut de 2500 euros brut, ma cotisation salariale sera de 25,75 euros (2500 euros * 1.03%), le reste étant pris en charge par l'employeur.

Rq : le taux de 1,03% peut évoluer pour respecter la répartition Part Employeur/ Par Salarial à hauteur de 75% / 25%.

Concernant la prévoyance :

Les tarifs du régime obligatoire de prévoyance

Agents de droit privé - taux de cotisation régime commun (*)

Tranche A	1,940%
Tranche B	3,070%
Tranche C	3,070%

	Tranche A		Tranche B		Tranche C	
	Part agent	Part emp.	Part agent	Part emp.	Part agent	Part emp.
AM / Cadres	0,504%	1,436%	1,382%	1,689%	1,535%	1,535%
Employés	0,504%	1,436%	1,289%	1,781%	1,535%	1,535%

Agents de droit public - taux de cotisation régime commun (*)

Tranche A	2,100%
Tranche B	2,230%
Tranche C	2,230%

	Tranche A		Tranche B		Tranche C	
	Part agent	Part emp.	Part agent	Part emp.	Part agent	Part emp.
AM / Cadres	0,546%	1,554%	1,004%	1,227%	1,115%	1,115%
Employés	0,546%	1,554%	0,937%	1,293%	1,115%	1,115%

Agents de droit public - taux de cotisation régime spécifique maintien du revenu (*)

Tranche A, B et C	0,631%
-------------------	--------

	Part agent	Part emp.
Maintien du revenu tranches TABC	0,252%	0,379%

(*) taux exprimés en pourcentage de votre rémunération totale brute mensuelle

[Retour au sommaire](#)

20

Annexe 1

Mutuelle - Comparatif Prestations Mutuelle Actuelle – Nouvelle Mutuelle au 01/01/2017

Postes	Niveau de Garanties à ce jour		Niveau de Garanties nouvel accord	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité				
Frais de séjour, salle d'opération	600% BR	90% (FR limitée à 600% BR)	600% BR	90% (FR limitée à 600% BR)
Honoraires déclarée SS – Actes codifiées en K y compris IVG dans le cadre du contrat d'accès aux soins	Néant	Néant	600% BR	Néant
Honoraires déclarée SS – Actes codifiées en K y compris IVG hors du cadre du contrat d'accès aux soins	Néant	Néant	200% BR	90% FR limité à 200% BR
Chambre particulière (frais d'hospitalisation chirurgicale)	6% PMSS / jour = 193,08 €		4% PMSS / jour = 128,72 €	
Chambre particulière (frais d'hospitalisation médicale)	6% PMSS / jour = 193,08 €		4% PMSS / jour = 128,72 €	
Forfait hospitalier	100% du forfait		100% du forfait	
Frais d'accompagnement	6% PMSS / jour = 193,08 € (enf. à charge <14 ans ou adulte >70 ans)		4% PMSS / jour = 128,72 € (enf. à charge <14 ans ou adulte >70 ans)	
Indemnité compensatrice d'hospitalisation accordée à partir du 8 ^{ème} jour d'hospitalisation médicale ou chirurgicale dans la limite de 3 mois, à la mère ou au père de famille ayant un ou plusieurs enfants à charge de moins de 18 ans.	2,50% PMSS / jour = 80,45 €		2,50% PMSS / jour = 80,45 €	
Transport (remboursé par la Sécurité Sociale)	100% TCSS		100% TCSS	
Actes médicaux				
Généraliste dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 300% BR)	Néant
Généraliste hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 200% BR)	90% (FR limitée à 200% BR)
Spécialiste dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 500% BR)	Néant
Spécialiste hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 200% BR)	90% (FR limitée à 200% BR)
Radiologie dans le cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 500% BR)	Néant
Radiologie hors du cadre du contrat d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 200% BR)	90% (FR limitée à 200% BR)
Analyses acceptées par la SS	100% (FR limitée à 600% BR) - SS		100% (FR limitée à 600% BR) - SS	
Auxiliaires médicaux	200% TCSS-SS		200% TCSS-SS	
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) dans le cadre d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 500% BR)	Néant
Actes de spécialité effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) hors du cadre d'accès aux soins	100% (FR limitée à 600% BR)	90% (FR limitée à 600% BR)	100% (FR limitée à 200% BR)	90% (FR limitée à 200% BR)
Pharmacie				
A 65%	100% BR		100% BR	
A 35%	100% BR		100% BR	
A 15%	100% BR		100% BR	
Dentaires				
Soins dentaires (y compris inlay, onlay)	200% BR		200% BR	
Prothèse dentaire remboursée (y compris inlay core – clavette – couronne sur implant)	450% BR		480% BR	
Orthodontie remboursée par SS	450% BR		450% BR	
Orthodontie non remboursée SS	300% BR – SS estimée		300% BR – SS estimée	
Parodontologie remboursée (sur la base d'une gingivectomie étendue à un sextant)	115% TCSS		300% TCSS	
Parodontologie non remboursée	115% TCSS		15% PMSS par an et par bénéficiaire = 469,20 €	
Prothèse dentaire non remboursée	300% BR – SS estimée		300% BR – SS estimée	
Implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire)	10% PMSS/implant/bénéficiaire = 321,80 €		20% PMSS/implant dans la limite de 3 implants/an/bénéficiaire = 643,60 €	
Adjonction d'élément intermédiaire à une prothèse plurale (bridge)	300% BR – SS estimée		300% BR – SS estimée	
Gingivectomie	115% BR		Néant	
Prothèses non dentaire				
Prothèse auditive et implant cochléaire adulte remboursée SS	25,50% PMSS = 820,59 €		25,50% PMSS = 820,59 € / prothèse/implant	
Prothèse auditive adulte refusée SS	19,50% PMSS = 627,51 €		19,50% PMSS/prothèse = 627,51 €	
Prothèse auditive et implant cochléaire enfant remboursée SS	25,50% PMSS = 820,59 €		25,50% PMSS = 820,59 € / prothèse/implant	
Prothèse auditive enfant refusée SS	19,50% PMSS = 627,51 €		19,50% PMSS/prothèse = 627,51 €	
Orthopédie et autres prothèses acceptée SS	365% BR		365% BR	
Optique				
Monture Adulte	7% PMSS/an/bénéficiaire = 225,26 €		150 €	
Par verre adulte simple	100% FR – SS limitée à 4% PMSS + 2500%		100% FR – SS limitée à 160 € par verre	
Par verre adulte complexe	BR/an/bénéficiaire		100% FR – SS limitée à 300 € par verre	
Par verre adulte très complexe	BR/an/bénéficiaire		100% FR – SS limitée à 350 € par verre	
Monture Enfant	6% PMSS = 193,08 €		150 €	
Par verre enfant simple	100% FR – SS limitée à 2,5% PMSS + 2000%		100% FR – SS limitée à 160 € par verre	
Par verre enfant complexe	BR/an/bénéficiaire		100% FR – SS limitée à 300 € par verre	
Par verre enfant très complexe	BR/an/bénéficiaire		100% FR – SS limitée à 350 € par verre	
Lentilles remboursées par SS	8% PMSS / paire = 257,44 €		8% PMSS / paire = 257,44 €	
Lentilles non remboursées par SS et jetables	8,5% PMSS / an / bénéficiaire = 273,53 €		8,5% PMSS / paire = 273,53 €	
Cure thermique acceptée par la SS				
Frais de traitement et honoraires	20% PMSS (21 jours maxi) = 643,60 €		20% PMSS (18 jours maxi) = 643,60 €	
Frais de voyages et hébergement	20% PMSS (21 jours maxi) = 643,60 €		20% PMSS (18 jours maxi) = 643,60 €	
Refusée SS, effectuée en France, sur accord médecin conseil	15% PMSS = 482,70 €		15% PMSS = 482,70 €	
Maternité				
Chambre particulière	6% PMSS / jour = 193,08€		4% PMSS / jour = 128,72 €	
Forfait par enfant (y compris adoption)	20% PMSS = 643,60 €		15% PMSS = 482,70 €	
Divers				
Chirurgie de l'œil non pris en charge par SS	15% PMSS/œil/an/bénéficiaire = 482,70 €		25% PMSS/œil/an/bénéficiaire = 804,50 €	
Vaccins non pris en charge par la SS : anti grippe saisonnière	100% FR		100% FR	
Vaccins pris en charge par la SS	100% FR		100% FR	
Forfait actes médicaux	>91 € - 100% du forfait		>120 € - 100% du forfait	
Ostéodensitométrie osseuse	2% PMSS / an / bénéficiaire = 64,36 €		2% PMSS / an / bénéficiaire = 64,36 €	
Contraceptifs oraux non pris en charge par SS	5% PMSS / an / bénéficiaire = 160,9 €		5% PMSS / an / bénéficiaire = 160,9 €	
Consultation diététicien – lutte obésité	3% PMSS / an / bénéficiaire = 96,54 €		3% PMSS / an / bénéficiaire = 96,54 €	
Substituts nicotiniques prescrits par un médecin	50 € / an / bénéficiaire		50 € / an / bénéficiaire	
Consultation de médecine douce (actes réalisés par des spécialistes agréés) (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie...)	35 € / séance avec maxi 4 séances par bénéficiaire		35 € / séance avec maxi 4 séances par bénéficiaire	
Détartrage complet sus et sous gingival	2 séances / an / bénéficiaire		2 séances / an / bénéficiaire	
Dépistage des troubles de l'audition par audiométrie tonale avec tympanométrie chez une personne de plus de 50 ans	1 dépistage / 5 ans / bénéficiaire		1 dépistage / 5 ans / bénéficiaire	

FR : Frais réel / **BR** : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / **PMSS** : Plafond mensuel de sécurité sociale / **CAS** : Contrat d'Accès aux soins / **TRSS** : Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale ou **TCSS** : Tarif Conventionné de la Sécurité Sociale

Frais réel - FR :

Les frais réels correspondent au montant que vous dépensez réellement.

Le niveau maximal de prise en charge est assuré par la mutuelle aux frais réels. Comme son nom l'indique, ce type de complémentaire santé vous rembourse sur la somme réellement déboursée pour vos soins médicaux.

Attention à ne pas confondre mutuelle à 100% et mutuelle aux frais réels. Dans le premier cas, le contrat rembourse 100% du tarif de base prévu par l'Assurance Maladie. C'est la formule minimale : les dépassements d'honoraires ne pas couverts. Au contraire, une mutuelle santé aux frais réels est une formule garantissant la prise en charge complète.

Mais attention, ces remboursements sont très souvent limités en nombre dans l'année et plafonnés (ex : 300 % du tarif « Sécu » soit 3 fois le tarif conventionné).

Base de remboursement de la sécurité sociale - BRSS:

La **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou tarif de convention** sert à définir la somme qui vous est remboursée après un acte médical : visite chez le généraliste, pharmacie, hospitalisation, soins dentaires, frais optiques...Il s'agit d'un tarif défini par la Sécurité sociale. C'est sur ce montant qu'elle se base pour vous rembourser. **Selon les actes médicaux, vous percevez un pourcentage variable de la BRSS de 30 à 100%.**

Dans le cadre du nouveau cahier des charges des contrats responsables, les complémentaires santé devront impérativement rembourser l'intégralité du ticket modérateur correspondant à chaque acte médical (c'est-à-dire la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue), sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré.

Acte	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Montant remboursé par la Sécurité sociale
Consultations			
Généraliste	23 euros	70%	15,10 euros
Spécialiste conventionné	25 euros	70%	16,50 euros
Psychiatre	39,70 euros	70%	26,79 euros
Cardiologue	49 euros	70%	33,30 euros

Hospitalisation			
Honoraires frais de séjour	Variable	80%	
Forfait journalier	18 euros	0%	18 euros
Médicaments			
Vignettes blanches barrées	100% de la dépense engagée (franchise de 0,50 centimes)		
Vignettes blanches	65% de la dépense engagée		
Vignettes bleues	30% de la dépense engagée		
Vignettes orange	15% de la dépense engagée		
Optique			
Monture adulte	2,84 euros	60%	1,70 euros
Monture enfant	30,49 euros	60%	18,29 euros
Verre	Variable (dépend du type de verre)	60%	
Lentilles acceptées (par oeil)	39,48 euros	60%	23,69 euros
Dentaire			
Chirurgien-dentiste	23 euros	70%	15,10 euros
Stomatologue	28 euros	70%	18,60 euros
Cures thermales			
Forfait thermal	Variable	65%	
Surveillance médicale	80 euros	70%	56 euros
Frais de transport	65% du billet SNCF		
Frais d'hébergement	150,01 euros	65%	97,50 euros
Prothèses auditives			
Prothèses auditives -20 ans	900 à 1400 euros	60%	540 à 840 euros
Prothèses auditives + 20 ans	199,71 euros	60%	119,82 euros

Plafond mensuel de Sécurité Sociale - PMSS :

Chaque année, au 1er janvier, les pouvoirs publics fixent le nouveau plafond mensuel de Sécurité sociale (PMSS). **C'est ce plafond qui est utilisé pour calculer le montant de remboursement des dépenses de santé.**

Contrat d'Accès aux soins :

Dans le cadre du Contrat Responsable, **le niveau de garanties diffère suivant que le professionnel de santé est adhérent au Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.) ou non**, en cas de consultation, d'hospitalisation ou de soins externes (radiologie, ophtalmologie, gynécologie...). Les patients du médecin adhérent au C.A.S. sont mieux remboursés par le Régime de base et par la complémentaire Santé.

Les Contrats d'Accès aux Soins (C.A.S.) sont conclus entre l'Assurance Maladie et les médecins exerçant en Secteur 2 (médecins à honoraires libres autorisés à dépasser le tarif officiel) ou qui sont titulaires d'un droit à dépassements permanents ainsi que certains médecins exerçant en Secteur 1 (Secteur où les honoraires sont plafonnés et fixés par convention).

En pratique, pour vous :

Si votre médecin traitant exerce en secteur 1 sans dépassement d'honoraire, vous serez intégralement remboursé.

Si vous consultez un médecin Secteur 2 ou un médecin Secteur 1 avec dépassement d'honoraires, vous devez savoir si votre médecin est adhérent C.A.S. ou non.

En effet, si le médecin adhère au CAS, l'assurance maladie rembourse 70 % du montant de sa consultation, sur la base d'un tarif conventionnel de 28 €. S'il n'y adhère pas, elle prend en charge 70 % du montant de sa consultation, mais sur la base d'un tarif conventionnel de 23 €. Et il en est de même pour la mutuelle dont en plus les niveaux de remboursement sont moindres.

Pour consulter si votre médecin a adhéré au CAS:

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

The screenshot shows the website interface for searching a healthcare professional. It includes the following fields and options:

- Un professionnel de santé** (Un médecin, un chirurgien-dentiste, une infirmière)
- Un établissement de soins** (Un hôpital, une clinique, un centre de soins)
- Je renseigne au moins 1 des 3 critères ci-dessous :**
- Nom**: Text input field with example "Durand, Jean Dupont".
- Profession**: Dropdown menu with "Médecin généraliste" selected. Example: "Ophthalmologiste".
- Acte**: Dropdown menu with "chirurgie de la cataracte" selected. Example: "Rue des Acacias, 13700, Paris, 98, 971, Bretagne".
- Type d'honoraires**: Dropdown menu with "Indifférent" selected. Options include "Honoraires sans dépassement", "Honoraires avec dépassements multiples (contrat d'accès aux soins)", "Honoraires libres", and "Non conventionnés".
- Carte Vitale**: Radio buttons for "Indifférent", "Oui", and "Non".
- Femme/Homme**: Radio buttons for "Indifférent", "Un professionnel féminin", and "Un professionnel masculin".

prévoyance : incapacité - invalidité - décès moins en rouge		2016				2017		
		option 1	option 2	option 3	option 4	option 1	option 2	option 3
		capitaux décès	capitaux + rente éducation	capitaux + rente de conjoint	capitaux + rente éducation et conjoint	capitaux décès	capitaux + rente éducation	capitaux + rente de conjoint
capitaux décès	célibataire - veuf - divorcé - séparé sans enfant	250% TABC				250% TABC		-
	conjoint - concubin - PACS - union libre sans enfant : moins 25% TABC (3 mois de salaire)	400% TABC		150% TABC		375% TABC		150% TABC
	majoration par personne à charge : moins 25% TABC (3 mois de salaire)	135% TABC	-	135% TABC	-	110% TABC	-	110% TABC
rentes éducation	enfants jusqu'à 11 ans : moins 5% TABC (0,8 mois de salaire)	-	15% TABC	-	15% TABC	-	10% TABC	-
	enfant de 11 à 16 ans inclus	-	-	-	-	-	15% TABC	-
	enfants de 17 ans et, si étude, de 18 à 28 ans : moins 2% TABC (0,24 mois de salaire)	-	20% TABC	-	20% TABC	-	18% TABC	-
	rente orphelin	-	100 % rente éducation	-	100 % rente éducation	-	100 % rente éducation	-
rentes de conjoint	rente viagère x (85 - âge de l'agent au décès) >= 5 : moins 0,5% TABC (0,08 mois de salaire)	-	-	0,50% TABC	-	-	-	rien
	majoration par enfant à charge à partir du 3ème enfant à charge : moins 0,05% TABC (0,006 mois de salaire)	-	-	10% rente viagère	-	-	-	-
	(1) rente temporaire x (âge de l'agent au décès - 25) >= 5 : baisse incalculable	-	-	0,25% TABC	-	-	-	240% TABC
garanties annexes	capital supplémentaire décès accidentel : moins 25% TABC (3 mois de salaire)	100% TABC			75% TABC			
	majoration par personne à charge : moins 5% TABC (0,8 mois de salaire)	30% TABC			25% TABC			
	décès postérieur conjoint (double effet) : moins 125% TABC (1 an et 3 mois de salaire)	100% capital décès option 1			50% capital décès option 1			
	prédéces conjoint / enfant >= 12 ans	250% PMSS						
	invalidité absolue et définitive (3ème catégorie SS)	100% capital décès option 1 + 100% TABC si non marié						
arrêt de travail	(2) incapacité de travail (cf § 4.5)	100% salaire net						
	invalidité 1ère catégorie	48% TABC						
	invalidité 2ème et 3ème catégorie	80% TABC						

(1) rente de conjoint temporaire 2017 : 240% TABC versée pendant 5 ans - soit 4% TABC par mois

(2) incapacité : avances sur prestations maintien de salaire mises en place par la DG afin d'éviter les ruptures de revenus (nous demandons la subrogation !)

TABC : rémunération brute annuelle de l'agent

Annexe 4 LES OPTIONS

	REMBOURSEMENT y compris le remboursement de la Sécurité sociale		REMBOURSEMENT en complément du remboursement de la Sécurité sociale + de la garantie de base obligatoire dans la limite des frais facturés					
	Base		Option 1		Option 2		Option 3	
	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné	Conventionné	Non conventionné
HOSPITALISATION (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) hors chirurgie esthétique								
Honoraires déclarés à la SS - Actes codifiés en K y compris l'IVG Hors CAS	200 % BRSS	90 % FR limités à 200 % BRSS	+400 % BRSS	+90 % FR limités à 400 % BRSS			+400 % BRSS	+90 % FR limités à 400 % BRSS
CONSULTATIONS – FRAIS MÉDICAUX								
Consultations et visites de spécialistes Hors CAS								
Actes de spécialités effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) Hors CAS	100 % FR limités à 200 % BRSS	90 % FR limités à 200 % BRSS			+300 % BRSS	+90 % FR limités à 300 % BRSS	+300 % BRSS	+90 % FR limités à 300 % BRSS
Radiologie Hors CAS								

BRSS : Base de remboursement de la Sécurité sociale
CAS : Contrat d'accès aux soins
FR : Frais réels, total des dépenses réellement engagées par l'assuré

LEUR COÛT

	COTISATION MENSUELLE			
	POUR LES ACTIFS		POUR LES RETRAITÉS/ANCIEN AGENTS	
	Régime général Sécurité sociale	Régime Alsace-Moselle	Régime général Sécurité sociale	Régime Alsace-Moselle
FAMILLE	Option 1			
	5 €		6,25 €	
	Option 2			
	5 €		6,25 €	
	Option 3			
	9,50 €		12 €	

POUR VOUS AIDER À CHOISIR : DES EXEMPLES À TITRE INDICATIF

Actes remboursés	Remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de la complémentaire Malakoff Médéric				Reste à charge			
		Base	Option 1	Option 2	Option 3	Base	Option 1	Option 2	Option 3
Coût de votre opération de l'ablation d'une hernie discale dans une clinique privée avec dépassement d'honoraires Hors CAS secteur conventionné 1 610 €	387,86 €	387,86 €	834,28 €	Néant	834,28 €	834,28 €	0 €	834,28 €	0 €
Coût de la consultation d'un spécialiste avec dépassement d'honoraires Hors CAS 70 €	16,10 €	29,90 €	Néant	24,00 €	24,00 €	24,00 €	24,00 €	0 €	0 €
Actes de spécialités effectués en externat (actes de chirurgie hors hospitalisation) Hors CAS 78,80 €	20,16 €	37,44 €	Néant	21,20 €	21,20 €	21,20 €	21,20 €	0 €	0 €

LES CONDITIONS POUR LE CHANGEMENT D'OPTION

QUAND	ENTRE : OPTION 1 - OPTION 2 - OPTION 3
<p>Au 1^{er} janvier de chaque année</p> <p>Votre demande devra être parvenue à Malakoff Médéric le 31 octobre au plus tard.</p> <p>L'agent ou l'ancien agent peut également modifier son choix dans le mois qui suit toute modification de la part de l'organisme assureur sur l'une des options. La modification prend effet au 1^{er} jour du mois civil suivant notre réception de la demande.</p>	<p>a - Vous avez choisi l'option 1, vous pouvez la modifier vers les options 2 ou 3.</p> <p>b - Vous avez choisi l'option 2, vous pouvez la modifier vers les options 1 ou 3.</p> <p>Important : Vous avez choisi l'option 3. Vous ne pouvez plus la modifier vers les options 1 ou 2. Tout renoncement de votre part sera à titre définitif et vaudra pour l'ensemble de vos ayants droit.</p>

Les garanties et tarifs de la prévoyance facultative dépendance

Les cotisations :

- Intégralement à la charge de l'agent,
- Tarif progressif en fonction de l'âge de souscription pour une rente mensuelle de 500 €,
- Pour une rente de 1.000€ multiplier le tarif de base par deux, pour 1.500€ par trois, etc ...

Age souscription	Pour une rente de 500 €	Age souscription	Pour une rente de 500 €	Age souscription	Pour une rente de 500 €	Age souscription	Pour une rente de 500 €	Age souscription	Pour une rente de 500 €
18 ans	123,30 €	30 ans	152,90 €	42 ans	199,13 €	54 ans	277,44 €	66 ans	431,50 €
19 ans	125,34 €	31 ans	155,97 €	43 ans	204,13 €	55 ans	286,28 €	67 ans	451,10 €
20 ans	127,45 €	32 ans	159,16 €	44 ans	209,38 €	56 ans	295,60 €	68 ans	472,22 €
21 ans	129,63 €	33 ans	162,48 €	45 ans	214,82 €	57 ans	305,55 €	69 ans	494,99 €
22 ans	131,88 €	34 ans	165,93 €	46 ans	220,53 €	58 ans	316,14 €	70 ans	519,51 €
23 ans	134,20 €	35 ans	169,51 €	47 ans	226,50 €	59 ans	327,43 €	71 ans	545,93 €
24 ans	136,60 €	36 ans	173,24 €	48 ans	232,77 €	60 ans	339,45 €	72 ans	574,37 €
25 ans	139,09 €	37 ans	177,11 €	49 ans	239,35 €	61 ans	352,27 €	73 ans	604,96 €
26 ans	141,66 €	38 ans	181,16 €	50 ans	246,25 €	62 ans	365,98 €	74 ans	637,80 €
27 ans	144,32 €	39 ans	185,37 €	51 ans	253,49 €	63 ans	380,65 €	75 ans	672,93 €
28 ans	147,07 €	40 ans	189,76 €	52 ans	261,08 €	64 ans	396,39 €		
29 ans	149,93 €	41 ans	194,35 €	53 ans	269,06 €	65 ans	413,30 €		