

La complémentaire santé en question

Juillet 2013

GENERALITE

En introduisant dans l'accord interprofessionnel de janvier 2013, 2 articles relatifs à la couverture complémentaire santé collective de branche, les signataires, CFDT, CGC, CFTC et le patronat, poursuivent l'œuvre de destruction de la sécurité sociale. Ainsi, sous prétexte de généralisation de la couverture santé aux salariés, cette complémentaire santé est une attaque contre le principe d'une couverture à 100% par la sécurité sociale des dépenses santé.

Nos repères revendicatifs en la matière stipulent :
« *La protection sociale vise à protéger les individus des aléas et des évolutions de la vie ainsi que des ruptures avec le marché du travail : maladie, maternité, accidents du travail, invalidité, perte d'autonomie, chômage, retraite, éducation des enfants* ».

La protection sociale doit répondre aux principes de solidarité, de démocratie et d'universalité qui constituent le fondement de la sécurité sociale

La sécurité sociale est au cœur de la protection sociale en France.

Et c'est parce que « *la sécurité sociale a connu des reculs qui se sont accentués durant les années 1980* », qu'en matière d'assurance maladie, « *un transfert d'une partie des dépenses sur les assurances complémentaires, avec pour conséquence une augmentation du reste à charge pour les usagers* » [repères revendicatifs CGT, fiche 21 – novembre 2011] d'où la bataille pour la reconquête de ce que doit être la sécurité sociale.

Mais cette bataille ne nous exonère pas de travailler sur les questions de complémentaire santé eu égard aux mutuelles et aux institutions de prévoyance afin de faire en sorte de ne pas construire un système de frais de santé comme élément de rémunération différée individualisable. Notre objectif est bien de bâtir un véritable régime fondé sur un objectif de solidarité se déclinant, outre une cotisation quel que soit le risque propre à la population d'une entreprise et à la situation personnelle de chaque salarié, par les droits non contributifs, une action sociale, une politique de prévention permettant à la fois d'améliorer les taux de fréquence et de gravité des sinistres et de contribuer à un droit fondamental à l'intégrité physique et psychique de travailleurs.

Dans ce cadre, chacun cotise en fonction de ses revenus et reçoit selon ses besoins, quel que soit les risques.

L'ANI

L'accord National Interprofessionnel (ANI) sur l'emploi signé le 11 janvier 2013 par le patronat, la CFDT, la CFTC et la CGC prévoit notamment à l'article 1 la généralisation de la complémentaire santé en entreprise d'ici le 1^{er} janvier 2016, les entreprises seront tenues d'instaurer un régime financé à 50% par l'employeur et prenant en charge au minimum le panier de soin lié au ticket modérateur, au forfait journalier hospitalier, certains frais dentaires dont le remboursement sont définis par décret.

La généralisation de la complémentaire santé vise en réalité un peu plus de 4 millions de salariés en France et notamment les salariés des petites et moyennes entreprises qui n'ont pas d'accord de branche en la matière. L'article 1 de l'ANI sur la généralisation de la complémentaire santé pose un réel problème. En effet, il est écrit :

« *Les partenaires sociaux de la branche laisseront aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes de leur choix. Toutefois, ils pourront, s'ils le souhaitent, recommander aux entreprises de s'adresser à un ou plusieurs organismes assureurs ou institutions pouvant garantir cette couverture après mise en œuvre d'une procédure transparente de mise en concurrence. Les accords de branche pourront définir, quels que soient les organismes éventuellement recommandés, les contributions dédiées au financement de l'objectif, notamment pour l'action sociale et la constitution de droits non contributifs* ».

Cela signifie que les clauses de désignation d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance ne sont pas possibles. Les signataires ont donc pris la décision de mettre bas le principe de mutualisation. Ce dernier est en effet lié à une obligation d'adhésion de toutes les entreprises à même organisme de mutuelle/prévoyance conformément à l'article L912-1 du code de la sécurité sociale. C'est une remise en cause de tout acte de solidarité incontournable quant à la garantie, dans une branche, aux salariés et à leur

famille l'accès au soin. Les signataires ont donc fait un choix en toute connaissance de cause.

La recommandation qui constitue une « démutualisation » portant atteinte aux intérêts des salariés, plutôt qu'une désignation qui concrétise la mutualisation fondée sur l'intérêt général des entreprises et des salariés d'une branche. De ce point de vue, elle est un véritable outil d'organisation innovant dans les domaines de la prévention dans le cadre des accords frais de santé.

Derrière cet article, c'est déjà en fait une remise en cause du principe de solidarité et par conséquent de la sécurité sociale.

LE PROJET DE LOI

Au grand désespoir des signataires, qui avaient demandé une transcription mot à mot dans la loi, les parlementaires introduisent la possibilité d'une clause de désignation.

L'article L.912-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque les accords professionnels mentionnés à l'article L. 911-1 prévoient une mutualisation des risques en application du premier alinéa du présent article ou lorsqu'ils recommandent, sans valeur contraignante, aux entreprises d'adhérer pour les risques dont ils organisent la couverture à un ou plusieurs organismes, il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats qui doivent notamment intégrer et préciser les éléments suivants : publicité préalable obligatoire, fixation des modalités garantissant un consentement éclairé des partenaires sociaux lors de la désignation ou de la recommandation, règles en matière de conflit d'intérêts et détermination des modalités de suivi du régime en cours de contrat, et selon des modalités prévues par décret. Cette mise en concurrence est également effectuée lors de chaque réexamen » [texte adopté à l'assemblée – 9 avril 2013].

Mais le sénat s'est trouvé obligé de contredire les parlementaires en revenant au texte de l'ANI :

L'article L. 912-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords collectifs de branche conclus à compter de l'entrée en vigueur de la loi n°... du... relative à la sécurisation de l'emploi laissent aux entreprises la liberté de retenir le ou les organismes assureurs de leur choix. Ils peuvent, s'ils le

souhaitent, recommander aux entreprises de s'adresser à un ou plusieurs organismes assureurs ou institutions pouvant garantir cette couverture après mise en concurrence préalable des organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats, et selon des modalités prévues par décret. Cette mise en concurrence est également effectuée lors de chaque réexamen ».

« Les accords mentionnés au troisième alinéa ne peuvent emporter la recommandation d'un organisme unique ». [texte adopté par les sénat – 24 avril 2013]

Enfin le parlement revient à sa première proposition :

L'article L. 912 -1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« lorsque les accords professionnels ou interprofessionnels mentionnés à l'article L. 911 -1 prévoient une mutualisation des risques en application du premier alinéa du présent article ou lorsqu'ils recommandent, sans valeur contraignante, aux entreprises d'adhérer pour les risques dont ils organisent la couverture à un ou plusieurs organismes , il est procédé à une mise en concurrence préalable des organismes mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Cette mise en concurrence est réalisée dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret. Ce décret fixe notamment les règles destinées à garantir une publicité préalable suffisante, à prévenir les conflits d'intérêts et à déterminer les modalités de suivi du contrat. Cette mise en concurrence est également effectuée lors de chaque réexamen ». [Texte adopté par l'assemblée le 24 avril 2013].

Le sénat adoptera ce même texte le 14 mai 2013. L'exécutif et le législatif restent donc sur le principe de solidarité... et ce contre les signataires de l'ANI.

LA DECISION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

L'association pour la Promotion de l'Assurance collective (APAC) et la chambre syndicale des Courtiers d'assurance (CSCA) bataillent depuis le début de l'année contre les clauses de désignation et de migration.

Leur argument est simple :

« *la clause ou désignation d'un acteur précis du monde de l'assurance, quel qu'il soit, est un obstacle à la concurrence* » [jean Charles NAIMI pour l'AGEFI – 26/02/2013].

L'APAC va dans le même sens :

« *de nombreux arguments plaident objectivement en faveur de la remise en cause des clauses de désignation : entrave à la liberté de choix, pratique anti concurrentielle, abus de position dominante, manque de transparence, de concertation dans la révision de ces accords, soupçon de conflits d'intérêts, remise en cause du caractère sociale de ces clauses* » [document APAC].

C'est donc au regard de ces pressions que des élus UMP ont saisi le conseil constitutionnel sur les seuls fondements de la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre et en faisant abstraction du principe de solidarité.

La décision N°2013-672 DC du 13 juin 2013 a déclaré inconstitutionnel l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale au regard de la liberté contractuelle et la liberté d'entreprendre.

ANALYSE ET EFFETS DE CETTE DECISION

Cette décision réjouit les assureurs. Elle ouvre un marché juteux à ces derniers. Les garanties collectives de prévoyance santé vont devenir de simples contrats d'assurance Il est plus qu'à craindre une réelle régression sociale. En effet, faire des garanties collectives un contrat d'assurance nie le rôle des organisations syndicales dans la négociation d'un accord collectif. L'objectif de solidarité lié à la désignation d'un « assureur » unique permet seul une réelle mutualisation...A l'évidence, la « marchandisation de la santé » ne s'accorde pas avec le principe de solidarité. Au lieu et place de la mutualisation, il est préféré un régime de droits contributifs.

Mais si tel est le cas, il n'y a aucune raison que l'article L 912 -2 du code de la sécurité sociale demeure, puisque celui-ci oblige les salariés d'une entreprise à se soumettre au contrat d'assurance retenu par l'employeur, seul ou par accord d'entreprise. De ce point de vue, la saisie du conseil constitutionnel sur cette question est possible...

En tout état de cause, l'objectif de solidarité confère une légitimité à la clause de désignation. La complémentaire santé, tout comme la prévoyance ne peuvent être assimilées comme un produit de consommation. Ce sont des garanties collectives qui procèdent d'un accord collectif dont l'objectif est l'amélioration des conditions de

travail. C'est pourquoi un degré élevé de solidarité justifie pour la commission de justice de l'Union Européenne l'atteinte à la libre concurrence. En la matière, la décision contredit les règles de l'Union Européenne, alors même qu'il est interdit d'éditer ou de maintenir des mesures contraires aux règles de l'Union [article 3-4 du traité de l'Union Européenne et 106 du traité de fonctionnement de l'Union Européenne].

Enfin soulignons que cette décision est encore plus vaste. La suppression des clauses de désignation vise toute la prévoyance collective, la retraite supplémentaire, donc nécessairement tous les régimes de capitalisation.

L'argumentation peut même viser les OPCA.

Il est clair qu'en ce qui nous concerne, nous ne laisserons pas faire et nous sommes d'ores et déjà devant les tribunaux concernant une convention collective et nous entendons bien faire appliquer le droit Européen. Il reste que la réécriture du L. 912-1 est aujourd'hui à l'ordre du jour.

NEGOCIER UNE COMPLEMENTAIRE SANTE

Afin d'appréhender au mieux les modalités de remboursement des frais de santé par les complémentaires santé, il est nécessaire de connaître la manière dont la sécurité sociale rembourse les salariés.

Les remboursements des contrats de complémentaires santé sont exprimés en règle générale en pourcentage de la « Base de Remboursement Sécurité Sociale » (BRSS).

La BRSS est déterminée par convention ente les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Elle établit un barème qui fixe pour chaque acte médical le montant sur lequel sera calculé le remboursement de la sécurité sociale.

La BRSS se compose de la part prise en charge par la sécurité Sociale, de la participation forfaitaire que doit acquitter le patient et du ticket modérateur.

La base de remboursement est différente pour chaque type d'acte médical : Médecin généraliste 23€, médecin spécialisé : 25€... [au 26 mars 2012]

Chaque type d'acte médical est divisé en deux secteurs, le secteur 1 dont le tarif est aligné sur la base de remboursement et le secteur 2 à honoraire libre. En ce qui concerne ce dernier, la BRSS est parfois inférieure à celui du secteur 1.

La sécurité sociale rembourse à hauteur de 70% du BRSS.

Le ticket modérateur correspond à la partie des dépenses santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'assurance maladie. Il s'applique sur tous les soins et frais médicaux remboursables. Le montant du ticket modérateur varie selon :

- La nature du risque,
- L'acte ou le traitement,
- Le respect ou non du parcours de soins condensés,
- Si c'est une affection de longue durée exonérante,
- Si pension d'invalidité.

EXEMPLES [avec respect du parcours de soins coordonnés]

1) Consultation chez un médecin spécialiste du secteur 1

Tarif 25 euros
 BRSS : 25 euros
 Remboursement de la sécurité sociale (RSS)
 $25 \times 70 = 16,50$

Le ticket modérateur est égal à la base de remboursement moins le remboursement de la sécurité sociale, à savoir :

$25 - 16,50 = 8,50$ euros

Le remboursement effectif de la sécurité sociale tient compte de la participation solidaire de 1€*
 $16,50 - 1€ = 15,50$

2) Consultation chez un spécialiste du secteur 2

Tarif : 30 euros
 BRSS : 23 euros
 RSS : $23 \times 70 = 16,10$ euros
 Le ticket modérateur est
 $23 - 16,10$ euros = 6,90 euros

Il reste le dépassement d'honoraire de 7 € soit à la charge de l'assuré, soit prise en charge tout ou partie par la complémentaire santé. C'est l'accord qui le détermine.

La complémentaire santé doit compléter jusqu'à une certaine hauteur les remboursements de la sécurité sociale. C'est l'accord qui permet de le définir.

Dans nos deux exemples, nous aurons ainsi :

Exemple 1

Payé par le patient 25€	BRSS 25€	Participation forfaitaire 1€	A la charge de l'assuré
		Ticket Modérateur 8,50€	Remboursé par la complémentaire santé (tout ou partie)
		Remboursement sécurité sociale ($25 \times 70\%$)-1€=15,50€	Remboursé par la sécurité sociale

Exemple 2

Payé par le patient 30€	7€ Dépassement d'honoraire		Eventuellement remboursé par le régime complémentaire
	BRSS 23€	Participation forfaitaire 1€	A la charge de l'assuré
		Ticket Modérateur 6,90€	Remboursé par la complémentaire santé (tout ou partie)
		Remboursement sécurité sociale ($23 \times 70\%$)-1€=15,10€	Remboursé par la sécurité sociale

Le ticket modérateur peut être remboursé en partie ou en totalité selon l'accord de branche d'entreprise.

Il faut avoir à l'esprit que :

- Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'assurance Maladie ;
- La participation forfaitaire de 1€ est une participation solidaire. Elle n'est ni prise en charge par l'Assurance maladie, ni par la complémentaire santé ;
- Si l'assuré est hors parcours de soin coordonné (pas de médecin traitant déclaré ou consultation d'un autre médecin que le médecin traitant, l'Assurance maladie majorera le ticket modérateur.

La sécurité sociale ne rembourse pas les soins et les actes de santé hors nomenclature. Les soins et actes de santé ne figurant pas sur la liste LPP ne disposent d'aucun tarif conventionnel, ce qui ne permet pas d'y appliquer les pourcentages de remboursement de l'Assurance Maladie.

Nomenclature générale des actes professionnels – NGAP

1. Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations (art. L162-1-7 du code de la Sécurité Sociale).
2. La décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) du 11 mars 2005 (JO du 30 mars 2005), au moment de la mise en œuvre des classifications commune des actes médicaux (CCAM), a distingué deux parties de cette liste :
 - **la CCAM** qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins, décrits au Livre I, et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au livre I et au Livre III aux articles 1,2 et 3 ;
 - **la NGAP** qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (modification des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes ...).

Depuis la décision Uncam du 11 mars 2005, toutes les modifications de la liste des actes et des prestations font l'objet de décisions (Uncam publiées au JO). Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la liste.

Site ameli.fr

Qu'est-ce qu'un contrat « responsable et solidaire » ?

Un contrat est dit solidaire lorsque l'organisme ne détermine pas les cotisations de ses assurés en fonction de leur état de santé et n'applique aucune sélection médicale (pas de questionnaire de santé).

Un contrat est dit responsable quand il concerne les majeurs et qui encourage ses assurés à respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire de désigner auprès de sa Caisse d'Assurance Maladie, un médecin traitant référent et de toujours passer par lui avant d'aller vers un spécialiste (sauf pour le gynécologue, le dentiste, l'ophtalmologue, le psychiatre et le neuropsychiatre) ou d'effectuer des examens médicaux.

Que et comment négocier ?

Il faut définir les prestations. L'accord doit se doter d'une définition d'un niveau de socle de garanties en laissant ouvert la possibilité à l'entreprise de faire mieux moyennant le paiement d'une cotisation supérieure à celles du régime « socle ».

Les principaux « postes » de remboursement sont les suivants :

1. Actes médicaux courants et pharmacie,
2. Hospitalisation,
3. Appareillage, prothèse,
4. Dentaire,
5. Optique.

Il est possible d'y ajouter la prise en charge des transports médicaux, des cures thermales et des consultations de médecine alternative.

En tout état de cause, les garanties doivent répondre aux conditions du « *contrat responsable* », ce qui impose :

a) Des obligations minimales de prise en charge :

- ⇒ au moins 30% du tarif opposable des consultations médicales,
- ⇒ au moins 30% du tarif de base servant au calcul des prestations d'Assurance Maladie pour les médicaments (sauf quelques exceptions).
- ⇒ au moins 35% du tarif de base servant au calcul des prestations d'Assurance Maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoire.
- ⇒ au moins deux prestations de prévention.
- ⇒ certains dépassements d'honoraires.

b) Des interdictions de prises en charge :

- ⇒ La participation forfaitaire de 1 € laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie sur chaque acte ou consultation.
- ⇒ La franchise médicale restant à la charge des assurés (0,50 euros par médicament, 2 € par transport sanitaire ...).
- ⇒ La majoration de la participation aux soins en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.
- ⇒ La majoration de la participation de l'assuré en cas de refus d'accès à son dossier médical personnel.
- ⇒ L'information des assurés pour les organismes concernant les frais de gestion du contrat.

64 conventions collectives ont aujourd'hui une complémentaire santé. Pour chacun des postes, nous pouvons retenir :

Postes	Moyenne	Mini	Maxi	Proposition fédération
Actes médicaux courants				
▪ Consultation généraliste	100% BR	100% BR	175% BR	270% BR
▪ Consultation spécialiste	100% BR	100% BR	175% BR	270% BR
▪ Actes de spécialités et techniques	100% BR	100% BR	150% BR	270% BR
▪ Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	150% BR	100% BR
▪ Analyses	100% BR	100% BR	150% BR	100% BR
▪ Imagerie médicale et échographie	100% BR	100% BR	150% BR	270% BR
▪ Pharmacie remboursée	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

Hospitalisation				
▪ Frais de séjour	150% BR	80% BR	200% BR	Frais réel
▪ Acte de chirurgie d'anesthésie, d'obstétrique	175% BR	80% BR	250% BR	300% BR
▪ Forfait hospitalier	100% BR *	100% BR	100% BR	Frais réel
▪ Chambre particulière	50 € par jour	25 € par jour	70 € par jour	60 € par jour
▪ Lit accompagnant	20 € par jour	-	40 € par jour	45 € par jour

*soit 18 € par jour

Appareillage – prothèse médicale				
▪ Prothèse auditive	Trop hétérogène	100% BR	Forfait : 1000 €/ an	260% BR
▪ Orthopédie et autre appareillage	Trop hétérogène	100% BR	Forfait : 1000 €/ an	2600% BR

Optique [BR = 2,84]				
▪ Monture * (1 monture annuelle)	100 €/ an	70 €/ an	154 €/ an	150 €
▪ Verres	100 €/ an	50 €/ an	220 €/ an	120 €
▪ Lentilles	Forfait : 150 €/ an	Forfait : 75 €/ an	Forfait : 350 €/ an	120 €
▪ Opération laser des yeux	Forfait : 150 €		Forfait : 375 €	450 €

Dentaire				
▪ Soins	100% BR	100% BR	100% BR	170% BR
▪ Prothèses (remboursés par SS)	250% BR	145% BR	375% BR	270% BR
▪ Inlays/ Onlays	200% BR	-	375% BR	200% BR
▪ Orthodontie	200% BR	150% BR	300% BR	300% BR
▪ Implants	250 €/ an	-	1200 € tous les ans	200 €

A ces éléments nous y ajoutons la maternité ; les cures thermales, la médecine douce, la contraception féminine et la prévention.

PROPOSITION DE LA FEDERATION DES SOCIETES D'ETUDES

FRAIS DE SANTE

Garantie dite "responsable"

Prestations en vigueur au 04/02/2013

Régime général	Prise en charge de la complémentaire *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	
OPTIQUE (suite)			
Opération de chirurgie réfractive cornéenne (6)			15 % du PMSS
<small>(4) Une monture Adulte toutes les 2 années civiles par bénéficiaire. Une monture Enfant par année civile et par bénéficiaire. (5) Deux verres Adulte toutes les 2 années civiles par bénéficiaire. Deux verres Enfant par année civile et par bénéficiaire. (6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</small>			
DENTAIRE			
Soins	70 %	30 %	+ 70 %
Prothèses remboursables par le régime obligatoire	70 %	30 %	+ 170 %
Prothèses non remboursables par le régime obligatoire			200 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	70 % ou 100 %	30 % ou 0 %	+ 200 %
Implantologie (6)			200 €
<small>Forfait par implant. Limite à 3 implants par année civile et par bénéficiaire. (6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</small>			
MEDECINE DOUCE			
Ostéopathie, chiropraxie et microkinésithérapie (6)			100 €/An
<small>25 € maximum par séance. (6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</small>			
CONTRACEPTION FEMININE			
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire			50 €/An
<small>(Selon liste sur simple demande à la complémentaire)</small>			
PREVENTION			
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose...) (6)			50 €/An
Equilibre alimentaire - Diététique (6)			60 €/An
<small>Prise en charge de 20 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés.</small>			
Vie sans tabac - Sevrage tabagique			50 €/An
<small>Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du régime obligatoire.</small>			
Vaccin anti-grippal (6)			Frais réels
Autres vaccins (6)			25 €/An
<small>(Selon liste sur simple demande à la complémentaire)</small>			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13 août 2004	60 % à 70 %	40 % à 30 %	100 %
<small>(6) Non pris en charge par le régime obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).</small>			
ASSISTANCE			
Assistance santé et assistance à l'étranger			Oui / Out

*** CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE**

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008)
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- Le ticket modérateur défini forfaitairement pour des actes supérieurs à 120€ est pris en charge par la complémentaire.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement du régime obligatoire.
- Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué comme s'ils étaient conventionnés.
- Les dépassements d'honoraires relatifs aux actes techniques des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation encadrés dans les conditions de l'article 36 de la convention médicale visées à l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale sont pris en charge à hauteur de 50% de la base de remboursement de la sécurité sociale.

ARGUMENTAIRE

Bien entendu, il ne s'agit que d'indications. Par exemple, il n'est pas certain qu'il faille prendre tous les dépassements d'honoraires notamment en ce qui concerne les médecins généralistes et spécialistes. De même nous avons à privilégier le secteur conventionné. De même nous avons à privilégier le secteur conventionné.

Le contenu de l'accord :

Il doit s'articuler autour du principe de solidarité professionnelle [avec la prévoyance ... une sorte de sécurité professionnelle]. D'où la désignation d'un opérateur unique qui dans ce cadre, assurera une mission d'intérêt général économique au nom des parties de la convention collective.

La fédération a un accord type qu'il s'agit de demander.