

Direction Expertise Réglementaire
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

GROUPE
vyv

Comment vous le SANTÉ ?

La conférence de
décembre



Au programme :

- **LFSS 2021 et l'après ?**
- **Impacts Covid-19 sur l'emploi et sur la protection sociale : les nouveautés**
- **Portabilité : Vers une position Groupe VYV - mutuelles**
- **Les brèves de CVLS : 100% santé, RIA, Services de santé au travail**

Support à usage exclusivement interne Groupe
VYV et entités

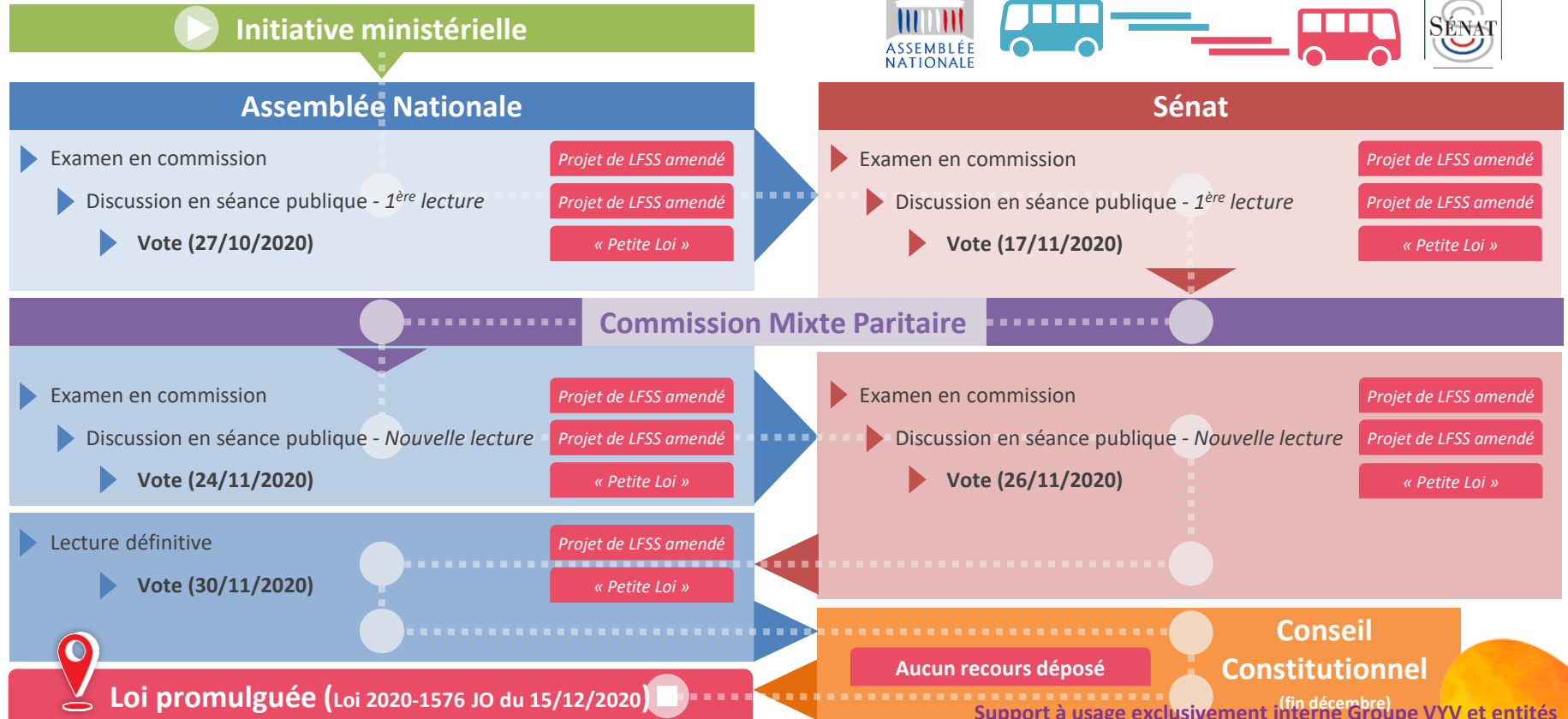
17 décembre 2020



Loi de Financement Sécurité Sociale 2021

Conception de la Loi

Le circuit du PLFSS 2021



L'évolution du financement de la Sécurité Sociale

L'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

Instauré en 1996 dans le cadre de la création des LFSS, il s'agit d'une enveloppe que le législateur se fixe pour objectif de maîtriser chaque année.

2020

Rectification de l'ONDAM 2020 :

à hauteur de 9,2%
(initialement prévu à 2,45%)

Une partie affectée aux dépenses des tests PCR et antigéniques et l'augmentation des moyens des établissements et services pour personnes âgées

Total : 218,9 milliards d'euros

Déficit prévisionnel du Régime Général + FSV (Fonds de Solidarité Vieillesse) = 49 milliards d'euros

2021

Progression de l'ONDAM + 6,2%
(prises en compte des mesures du Ségur de la Santé – hors covid)

**Dépenses estimées :
225,4 milliards d'euros**

Prévisions 2024

Branche maladie déficitaire de plus de 17 Md€

Pas de retour à l'équilibre global du Régime Général (-19,4 Md€) et même si rebond anticipé, insuffisant pour combler la dégradation observée en 2020

Vers une refonte de l'ONDAM

hcaann

Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Support à usage exclusivement interne Groupe VYV et entités

Nouveau financement

Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires : Taxe covid

- À verser en 2021 et 2022 (pour les années 2020 et 2021)
- Déclarée et liquidée selon les mêmes modalités que la TSA (Taxe de Solidarité Additionnelle)
- Assiette = sommes assujetties à la TSA (ensemble des cotisations versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire, hors IJ)
- Taux de 2,6 % en 2020 et 1,3% en 2021



Par Romain Guerry

[L'absurde et injuste taxation des contrats d'assurance santé complémentaire \(thinktankcraps.fr\)](http://thinktankcraps.fr)

€

1 milliard
d'euros en 2021

€

500 millions
d'euros en 2022

Les établissements de santé

La création du Forfait Patient Urgences (FPU)

- Mise en place d'une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en lieu et place du TM proportionnel actuellement exigible = Forfait Patient Urgences (FPU)

2020

TM = 20%

Prise en charge obligatoire au titre des contrats responsables



1^{er} septembre
2021

Participation forfaitaire nommée Forfait Patient Urgences (FPU) modulable

- ▶ Montant = a priori 18 €, exonération femmes enceintes, nourrissons
- ▶ Montant minoré pour certains patients bénéficiant d'un régime d'exonération (si le motif du passage aux urgences est en lien avec le facteur d'exonération du patient ou non) = a priori 8 €

Elle rappelle son souhait d'être plus particulièrement associée à la définition du Forfait Patient Urgences prévu à l'article 51 du PLFSS pour 2021 ou encore à la poursuite des travaux opérationnels autour de la réforme du ticket modérateur à l'hôpital.

N'ayant pas été consultée préalablement et n'ayant aucune visibilité de fait sur les conséquences pratiques et financières de ces réformes, l'UNOCAM adopte une position prudente sur les évolutions envisagées. Elle considère qu'il convient notamment de rester vigilant quant à ses impacts sur le reste à charge des patients.

Les établissements de santé

Le SEGUR de la SANTE, des idées de la GRANDE SECU



Depuis 2017, Martin Hirsch, directeur général de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris (APHP), défend l'abolition du ticket modérateur à l'hôpital.

Lors du Ségur de la santé en juin 2020, il a renouvelé ses propos.

Thierry Beudet , président de la Mutualité française, de son côté, se dit prêt à réformer le reste à charge à l'hôpital

Le comité du Ségur évoque trois possibilités :

1. approfondir les conditions et modalités de mise en place d'**un guichet unique, géré par la CNAM pour renforcer l'accès aux soins et économiser les coûts de gestion des AMC**
2. supprimer le reste à charge à l'hôpital (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier)
3. mettre en place le **tiers payant intégral** dans les établissements de santé, **avec un guichet unique national pour gérer la part obligatoire et la part complémentaire.**

La téléconsultation

Une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie Obligatoire

- **Jusqu'au 31 décembre 2021** : prise en charge à 100% des actes de téléconsultation (suppression de la participation forfaitaire 1 euro jusqu'à cette date)



- ▶ La prolongation a pour objectif de laisser le temps aux partenaires conventionnels de redéfinir les conditions du recours à cette pratique et aux professionnels de santé de s'équiper des outils et solutions techniques permettant sa gestion dans le droit commun
 - ⇒ Cette mesure fragilise le parcours de soins, élément important de la gestion du risque,
 - ⇒ Elle peut être interprétée en lien avec les réflexions ministérielles, du Ségur de la santé ou du HCAAM sur le concept de « grande sécu »,
 - ⇒ Le service MesDocteurs est moins différenciant pour les mutuelles.

Congé paternité

Allongement de la durée



- Dès le **1^{er} juillet 2021** ;
- Passage d'une durée du congé paternité de 11 à **25 jours calendaires** ou **32 jours calendaires en cas de naissances multiples**, soit de 14 à **28 jours** (cumul avec une période de 4 jours + congé de naissance de 3 jours + période de 21 jours) ;
- **Obligatoire sur une période de 7 jours consécutifs à la naissance de l'enfant** (3 jours de congé naissance + 4 jours de congé paternité) ;
- Possibilité de prendre 21 jours supplémentaires à la suite de la période obligatoire ou plus tard

La perte d'autonomie

Une nouvelle branche de la Sécurité sociale

■ Gestion par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

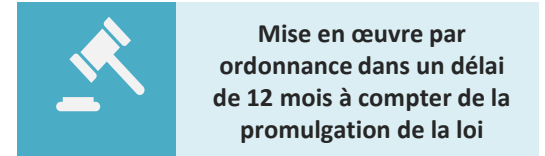
■ Ressources :

- ▶ Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) pour 2,8 milliards d'euros (taux 0,3 % pour les deux)
- ▶ CSG à hauteur de 1,93 % portant sur l'ensemble des assiettes de la CSG (28,1 milliards d'euros)
- ▶ En 2024 cette fraction de CSG sera augmentée de 0,15 % (actuellement affecté à la CADES)
- ▶ Au total ces recettes s'élèveront à 31,2 milliards d'euros en 2021



■ Pour l'année 2021, l'objectif de dépenses de la branche autonomie est fixé à **31,6 milliards d'euros** avec un déficit de 400 millions

■ Sur la base du rapport Vachey et à l'issue d'une concertation, le conseil de la CNSA formulera un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie. Il rendra public les conclusions de ces travaux au plus tard le 1er mars 2021.



Mise en œuvre par ordonnance dans un délai de 12 mois à compter de la promulgation de la loi

Après la LFSS 2021 ?

Un système de protection sociale à revoir

Les premiers éléments de décryptage du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie.

➤ Ses missions :

- évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme ;
- veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie.



Après la LFSS 2021 ?

Un système de protection sociale à revoir



Qu'attend la Nation des couvertures complémentaires ?

- ✓ Faut-il privilégier la résorption des inégalités de couverture complémentaire, en particulier en faveur des catégories les moins bien couvertes ou supportant les plus lourdes charges ?
- ✓ Faut-il maintenir le degré actuel d'encadrement des garanties, le renforcer voire pour certaines les intégrer à la couverture de base ou donner de nouvelles marges de manœuvre aux acteurs et, si oui lesquelles ?
- ✓ Les modalités de participation des organismes complémentaires à la gouvernance du système de santé sont-elles satisfaisantes ?
- ✓ Faut-il accorder une plus grande attention à la diffusion des garanties en matière de prévoyance ?
- ✓ L'exploration des “nouvelles terrains” nécessite-t-elle de lever certains verrous, et que faut-il en attendre ?



Impacts Covid-19

Mesures applicables sur l'activité partielle en 2021

Réforme de l'activité partielle de droit commun	
Entrée en vigueur	Demandes d'autorisation préalables adressées à l'autorité administrative à compter du 1 ^{er} janvier 2021
Indemnité d'activité partielle versée	<ul style="list-style-type: none"> • 60% de la rémunération horaire brute (au lieu de 70%) avec instauration du plafond à hauteur de 4,5 SMIC • Le salaire de référence servant au calcul de l'indemnité et de l'allocation d'activité partielle tient compte de la moyenne des éléments de rémunération variables (ou versés selon une périodicité non mensuelle) perçus au cours des 12 mois civils, ou sur la totalité des mois travaillés si le salarié a travaillé moins de 12 mois civils, précédant le premier jour de placement en activité partielle de l'entreprise • L'indemnité nette versée par l'employeur ne peut excéder la rémunération nette horaire habituelle du salarié (indemnité et rémunération nettes = après déduction des cotisations et contributions obligatoires retenues par l'employeur)
Allocation d'activité partielle versée	<ul style="list-style-type: none"> • 36% de la rémunération brut limité à 4,5 SMIC (au lieu de 60%) • Ce taux horaire ne peut être inférieur à 7,23 euros et 6,35 euros pour Mayotte (sauf pour contrats d'apprentissage ou professionnalisation)
Durée du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation = 3 mois renouvelables dans limite de 6 mois consécutifs ou non, sur une période de référence de douze mois consécutifs • En cas de sinistre ou des intempéries de caractère exceptionnel → Autorisation = 6 mois renouvelables

Fin du dispositif d'activité partielle pour certains salariés

Restriction au dispositif d'activité partielle pour les personnes vulnérables

- Le décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 a mis un terme au bénéfice de l'activité partielle pour les **proches cohabitant avec une personne vulnérable** et abroge le décret du 5 mai 2020 à compter du **1^{er} septembre 2020**



Le juge des référés du Conseil d'Etat dans une ordonnance du 15 octobre 2020 a suspend les dispositions du décret du 29 août 2020 qui ont restreint les critères de vulnérabilité au covid-19 permettant aux salariés de bénéficier du chômage partiel (réduction de la liste de 11 à 4 critères). Le juge estime que le choix des pathologies qui ont été conservées comme éligibles par rapport au décret du 5 mai dernier n'est pas cohérent ni suffisamment justifié par le Gouvernement.

- Un **nouveau décret** est donc paru le **11 novembre 2020** applicable à compter du **12 novembre 2020 (décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020)**.
- Le nouveau décret a **rétabli la liste des 11 critères** du **décret du 5 mai 2020** et a **ajouté un autre critère de vulnérabilité** à la liste

Fin du dispositif d'activité partielle pour certains salariés

Restriction au dispositif d'activité partielle pour les personnes vulnérables

- Les **personnes vulnérables** continuent à **beneficier** de l'**activité partielle** s'ils répondent aux **deux critères cumulatifs** suivants :
 - ✓ **Être dans l'une des situations de vulnérabilité suivantes :**
 - 1° Etre âgé de 65 ans et plus;
 - 2° Avoir des antécédents (ATCD) cardiovasculaires;
 - 3° Avoir un diabète non équilibré ou présentant des complications;
 - 4° Présenter une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale;
 - 5° Présenter une insuffisance rénale chronique dialysée;
 - 6° Etre atteint de cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie);
 - 7° Présenter une obésité (indice de masse corporelle (IMC) > 30 kgm²);
 - 8° Etre atteint d'une immunodépression congénitale ou acquise;
 - 9° Etre atteint de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins;
 - 10° Présenter un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie;
 - 11° Etre au troisième trimestre de la grossesse;
 - 12° Etre atteint d'une maladie du motoneurone, d'une myasthénie grave, de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de paralysie cérébrale, de quadriplégie ou hémiplegie, d'une tumeur maligne primitive cérébrale, d'une maladie cérébelleuse progressive ou d'une maladie rare.

Fin du dispositif d'activité partielle pour certains salariés

Restriction au dispositif d'activité partielle pour les personnes vulnérables

- ✓ **Ne pouvoir ni recourir totalement au télétravail, ni bénéficier des mesures de protection renforcées suivantes:**
 - L'isolement du poste de travail (mise à disposition d'un bureau individuel ou, à défaut, son aménagement, pour limiter au maximum le risque d'exposition, en particulier par l'adaptation des horaires ou la mise en place de protections matérielles);
 - Le respect, sur le lieu de travail et en tout lieu fréquenté par la personne à l'occasion de son activité professionnelle, de gestes barrières renforcés (hygiène des mains renforcée, port systématique d'un masque de type chirurgical lorsque la distanciation physique ne peut être respectée ou en milieu clos avec changement de ce masque au moins toutes les 4 heures et avant ce délai s'il est mouillé ou humide);
 - L'absence ou la limitation du partage du poste de travail;
 - Le nettoyage et la désinfection du poste de travail et des surfaces touchées par la personne au moins en début et en fin de poste, en particulier lorsque ce poste est partagé;
 - Une adaptation des horaires d'arrivée et de départ et des éventuels autres déplacements professionnels, compte tenu des moyens de transport utilisés par la personne, afin d'y éviter les heures d'affluence;
 - La mise à disposition par l'employeur de masques de type chirurgical en nombre suffisant pour couvrir les trajets entre le domicile et le lieu de travail lorsque la personne recourt à des moyens de transport collectifs.

- Le **placement en position d'activité partielle** est effectué à la **demande** du **salarié** et sur **présentation** à l'**employeur** d'un **certificat établi** par un **médecin**. Le **certificat** peut être celui **délivré** dans le cadre du **décret du 5 mai 2020** lorsque le médecin estime que le salarié présente un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2 le plaçant dans l'impossibilité de continuer à travailler).



Une procédure de saisine du médecin du travail est mis en place lorsque le salarié est en désaccord avec l'employeur sur l'appréciation des mesures de protection renforcées. Une fois saisi, le médecin du travail se prononce en recourant, le cas échéant, à l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Le salarié est placé en position d'activité partielle dans l'attente de l'avis du médecin du travail.

Prestations en espèces et Covid-19

Personnes vulnérables et garde d'enfants

- Un nouveau **décret du 14 novembre 2020 entrée en vigueur le 16 novembre 2020 rétablit le bénéfice des IJSS de manière dérogatoire** (suppression du délai de carence et des conditions d'ouverture) pour les assurés qui se trouvent dans **l'impossibilité de continuer à travailler, y compris à distance**, pour l'un des motifs suivants :
 - **L'assuré est une personne vulnérable** présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2, selon des critères définis par le décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020
 - **L'assuré est parent d'un enfant de moins de seize ans ou d'une personne en situation de handicap** faisant l'objet d'une mesure d'isolement, d'éviction ou de maintien à domicile
 - **L'assuré fait l'objet d'une mesure d'isolement** en tant que « *contact à risque de contamination* »
- Dans ce cadre, les **salariés de droit privé** se trouvant dans **l'impossibilité de continuer à travailler pour l'un de ces motifs** qui sont **placés en position d'activité partielle, ne peuvent pas bénéficier des indemnités journalières.**
- Pour ceux qui peuvent en bénéficier, l'arrêt de travail est établi par l'assurance maladie après déclaration en ligne via le téléservice mis en place à cet effet par la Caisse nationale de l'assurance maladie ou la Mutualité sociale agricole.
- Les dispositions du décret sont applicables jusqu'au **31 décembre 2020.**

Prolongation des mesures de protection sociale

	Contenus	Entrée en vigueur	Fin	Projet circulaire DSS
Maintien des garanties de protection sociale complémentaire en période d'activité partielle	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des garanties santé, prévoyance, inaptitude, chômage ou avantages sous forme d'indemnités ou de primes de départ en retraite ou de fin de carrière En cas de non-respect → perte du régime social et fiscal de faveur Pour les cotisations et prestations santé et prévoyance → substitution (à la référence aux revenus d'activité dans les actes juridiques) et reconstitution sur la base de calcul de l'indemnité d'activité partielle Complément à l'indemnité légale d'activité partielle versé par l'employeur, peut être pris en compte pour le calcul des cotisations et des prestations (loi du 14 novembre 2020) 	12 mars 2020	<p>30 juin 2021 (Loi n° 2020-1379 du 14 novembre 2020 autorisant la prorogation de l'état d'urgence sanitaire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Risque redressement URSSAF si non respect du maintien des garanties S'applique également pour les salariés placés en APLD Aucun formalisme n'est exigé car il s'agit d'une substitution sauf pour les modalités de reconstitution d'assiette des cotisations et prestations non prévu par l'article 12 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020) Retraite supplémentaire exclu donc le maintien n'est pas obligatoire l'employeur peut maintenir s'il le souhaite
Droits à retraite et activité partielle	<ul style="list-style-type: none"> Prise en compte des périodes d'activité partielle pour les droits à retraite pour les pensions de retraite prenant effet à compter du 12 mars 2020 	12 mars 2020	<p>31 décembre 2020 (Pérennisé dans le PLFSS 2021)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Concerne régime de retraite de base

Focus sur la portabilité

Un groupe de travail sur la portabilité et la liquidation judiciaire a été mis en place au niveau du Groupe afin d'avoir une position commune suite à la parution de l'arrêt de la Cour de cassation du 5 novembre 2020 :

- Consensus du groupe de travail sur l'opportunité de s'engager à ne pas résilier les contrats santé et prévoyance en période de difficulté précédant la mise en liquidation
- Pertinence de prendre un tel engagement nous démarquerait sur le marché et serait un engagement fort aligné avec nos valeurs :
 - transparence par rapport à notre discours
 - rupture par rapport aux pratiques habituelles de l'assurance
 - élément de différenciation et de prise de parole
 - principe d'accompagnement et de sécurisation des personnes dans leurs parcours professionnels
 - engagement de solidarité d'accompagner les salariés
- Réflexion autour de la dénomination du mécanisme de portabilité en raison
 - de la non connaissance du grand public de cette disposition concernant les contrats santé et prévoyance
 - et de la confusion avec des termes de même nature utilisés dans les transferts d'engagement vers d'autres opérateurs dans d'autres domaines d'activité (téléphonie mobile, contrat d'épargne,...)
- Modalité d'amélioration d'accès au dispositif de portabilité notamment au regard :
 - du défaut d'information qui est une barrière à l'entrée
 - le principe étant de faciliter l'accès (notamment en étant plus explicite) mais après avoir chiffré les incidences notamment en prévoyance au vu d'une large communication
- Concernant les impayés la posture à prendre est en cours d'étude



Les brèves de CVLS

100% santé

RIA


Services de santé au travail

Point d'étape du 100 % santé

CR Démarrage
Contrats
Responsables

2020
Lisibilité des garanties

2021




R A C O

Adultes : **Diminution du RAC**

R A C O **CR**

Adultes : **RAC 0**
Enfants ≤ 20 ans (depuis le 01/01/2019)



R A C O **CR**

RAC 0, uniquement sur une partie des :
couronnes fixes, couronnes transitoires,
inlay core, bridges

R A C O

RAC 0, uniquement sur une partie des :
prothèses amovibles



R A C O **CR**

RAC 0

2 Classes pour ces dispositifs

Classe I

▶ Reste à charge 0

Classe II

▶ Prix Libre

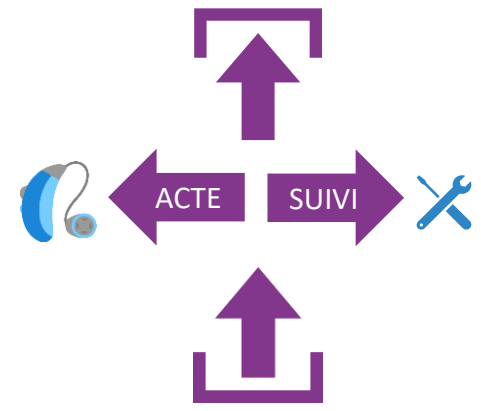
Prise en charge maximum
AMO + RC : **1 700 €** par
oreille dans le cadre des
contrats responsables.



Plafonner les prix ▶

Un appareillage de bon niveau,
pour maximum (par oreille) :

- ▶ 2020 : 1 100 €
- ▶ 2021 : 950 €



Dissocier le suivi de l'acte

(donc l'achat de l'entretien)

Augmenter la BRSS ▶

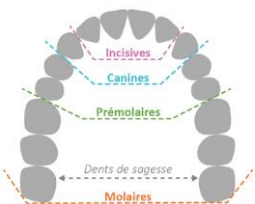
- ▶ 2020 : 350 €
- ▶ 2021 : 400 €



2021

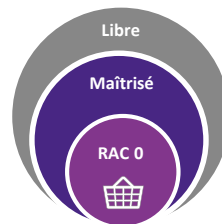
100 % santé effectif

En dentaire



Focus sur les techniques

1^{er} janvier
2020



1^{er} janvier
2021

	Inc	Can	1PM	2PM	1M	2M	3M		Inc	Can	1PM	2PM	1M	2M	3M	
Alliage non précieux (métallique)				290 €									290 €			
Céramo-métallique	500 €		550 €		Honoraires libres				500 €		550 €		Honoraires libres			
Céramique Monolithique (Zircone)	440 €			440 €						440 €			440 €			
Céramique Monolithique (Hors Zircone)	500 €		550 €						500 €		550 €					
Céramo-céramique	Honoraires libres						Honoraires libres									
Bridge (2 piliers d'ancrage céramo-métal et 1 élément intermédiaire céramo-métal)	1465 €	Honoraires libres								1465 €	1635 €					
Prothèse amovible (complète unimaxillaire à plaque base résine)	Honoraires libres						1100 €									
Prothèse amovible (complète unimaxillaire à châssis métallique)	Honoraires libres									2021 : Honoraires libres			2022 : 1600 €			
Inlay-Onlay céramique ou en alliage précieux	Honoraires libres						Honoraires libres									
Inlay-Onlay composite ou alliage non précieux	Honoraires libres						350 €									
Inlay-core	175 €*						175 €*									

* Pour les paniers 100 % santé et maîtrisé

Support à usage exclusivement interne Groupe VYV et entités

En optique



Enfants

- Au moins **20 montures de Classe A** en présentation physique /virtuelle
- Au minimum **10 modèles différents**
- **2 coloris**

Prix maximum de vente < 6 ans

si lunettes à coque **50 €** (sans coque 30 €)

- Au moins **35 montures de Classe A** en présentation physique /virtuelle
- Au minimum **17 modèles différents**
- **2 coloris**

Prix maximum de vente ≥ 6 ans

30 €



Adultes



- **Traitement de l'ensemble des troubles visuels**

- **Anti-reflet**

- **Amincissement en fonction du trouble**

- **Durcissement anti-rayures**

- **Verres avec filtre**

De **32,50 €** à **170 €** en fonction de la correction du verre

Devis



Il doit contenir au moins une offre de Classe A

Un support toujours disponible

[ORAC 2 \(sharepoint.com\)](https://sharepoint.com)

0 Reste A Charge 2 –
L'essentiel

Direction Expertise et Accompagnement Clients
DIRECTION DÉVELOPPEMENT COLLECTIF GROUPE

Retour Baromètre 100% santé

Le bureau de l'UNOCAM a décidé de mettre en place un baromètre régulier de suivi de l'impact de la réforme du 100 % santé dans les organismes complémentaires. L'objectif est de disposer d'éléments chiffrés, agrégés sur l'ensemble des OCAM, qui seront utilisés pour objectiver la montée en charge de cette réforme, notamment lors des comités de suivi de la réforme.

Les effets de la réforme sont importants pour les assurés qui optent pour les paniers réglementés.

Les effets sur les assurés ayant engagé une dépense sont :

assez clairs sur le dentaire (baisse de 80 € de la dépense qui se retrouve dans celle du RAC), à rapprocher de la forte proportion d'actes dans le panier à 100% (50%) et le panier maîtrisé (18%)

mitigés sur l'audio, mais cela peut venir du fait que plus d'assurés optent pour des appareils rechargeables et de la faible proportion d'équipements de classe 1 (9%),

difficiles à interpréter sur l'optique avec 128 € de baisse de dépense et une baisse de seulement 15 € du RAC, probablement concentré sur le panier A (qui ne représentent que 9% des équipements)

Des guides pratiques...

Le Groupe VYV a créé trois guides pratiques sur l'audio, l'optique et le dentaire. Son objectif est de mettre à disposition de ses adhérents, clients et patients, un support pédagogique sur ces trois sujets, dans le contexte de la réforme du 100% santé.

Alors que la mise en place de la réforme 100% santé a bougé les lignes de la prise en charge des patients dans les domaines optique, audio et dentaire, **le Groupe VYV a créé des guides « pratiques » adressant ces trois thématiques.** Un objectif, celui d'accompagner ses adhérents, clients et patients sur le sujet.

Conçus pour être des outils pédagogiques et utiles, ces trois guides sont illustrés autour d'un même concept, celui de repositionner les fondamentaux médicaux, le quotidien, la prévention, les soins et traitements alors qu'une seconde partie est destinée à la prise en charge intégrant un focus 100% santé accompagné d'exemples.

Ainsi en optique, vous trouverez des rappels concernant l'anatomie de l'œil, les éléments de prévention pour protéger ses yeux, les défauts de vision et les moyens pour les corriger et un volet sur la prise en charge et des éléments 100% santé intégrant des exemples de remboursements.

Par cette démarche, **le Groupe VYV va plus loin que ce qui a été demandé dans l'engagement lisibilité des garanties et dans la mise en place du 100% santé.** Il démontre sa volonté de contribuer à une meilleure information de ses différents publics.



...à télécharger

<https://www.groupe-vyv.fr/optique-dentaire-et-audio-telechargez-vos-guides-pratiques/>



...à partager sans modération

LES DERNIERS TWEETS DU GROUPE

Groupe VYV @Groupe_VYV · 15 Déc

La mise en place de la réforme 100% santé a bougé les lignes de la prise en charge des patients dans les domaines #optique, #audio et #dentaire. Pour vous accompagner sur ces sujets, nous avons créé trois guides pratiques : <https://t.co/8J8Vel4MT0>



Optique, dentaire et audio, téléchargez vos guides pratiques !
groupe-vyv.fr • Lecture de 1 min

Support à usage exclusivement interne Groupe VYV et entités

Service de santé au travail face à l'épidémie

Deux ordonnances adaptent les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire (ordonnance n° 2020-386 du 1er avril 2020 et ordonnance n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 publiée au JO du 3 décembre). Un décret doit fixer les conditions d'application des dispositions de l'ordonnance du 2 décembre 2020. Les principales mesures concernent :



- **La diffusion, à l'attention des employeurs et des salariés, de messages de prévention contre le risque de contagion**, l'appui aux entreprises dans la définition et la mise en œuvre des mesures de prévention adéquates contre ce risque et dans l'adaptation de leur organisation de travail aux effets de la crise sanitaire et **la participation aux actions de dépistage et de vaccination définies par l'Etat**
 - **Applicable jusqu'au 16 avril 2021**
- **Report des visites médicales** sauf lorsque le médecin du travail estime que le maintien de la visite est indispensable compte tenu notamment de l'état de santé du travailleur ou des caractéristiques de son poste de travail (le report ne fait pas obstacle à l'embauche ou à la reprise du travail)
 - **Applicable aux visites médicales dont l'échéance intervient avant le 17 avril 2021 et jusqu'à une date fixée par décret et dans la limite d'un an suivant l'échéance du 17 avril 2021**
- **Le médecin du travail peut :**
 - prescrire ou renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection à la covid-19
 - établir un certificat médical pour les salariés vulnérables en vue de leur placement en activité partielle
 - prescrire et réaliser, des tests de détection du SARS-CoV-2. Possible également pour d'autres professionnels de santé des services de santé au travail lorsqu'ils sont sous la supervision du médecin du travail
 - **Applicable jusqu'au 16 avril 2021**
- **Sur le site du Ministère du travail** → **Suivi individuel des salariés par téléconsultation** après accord du salarié, si communication en temps réel par vidéo-transmission garantit la confidentialité et la traçabilité des échanges (recours aux solutions télésanté répertoriées sur le site du ministère de la santé est possible ou outils grand public comme Skype sous réserve de respecter les conditions ci-dessus) / autres moyens techniques disponible si aucune solution de téléconsultation n'est disponible



Résiliation infra-annuelle

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 offre la possibilité pour un souscripteur d'une assurance complémentaire santé (individuel ou collectif/ régime obligatoire ou facultatif) de **résilier** son contrat d'assurance (assureurs) ou dénoncer son adhésion (mutuelles et institutions de prévoyance) **au-delà de la 1^{ère} année de souscription, à tout moment et sans frais ni pénalités**. Deux textes réglementaires sont parus afin de préciser les conditions de mise en œuvre de cette loi :

- L'arrêté du 6 mai 2020 relatif à l'obligation pour les organismes complémentaires d'assurance (OC) de communiquer les taux de redistribution des contrats à compter du 1^{er} septembre 2020 (obligation entrant dans le champs des contrats responsables)
- Le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020 sur la partie concernant la procédure de résiliation est entré en vigueur le 1^{er} décembre 2020 :
 - Contrats ayant pour objet ou garantie principale la santé mais aussi ceux qui comportent d'autres garanties limitativement énumérées par le décret « *garanties couvrant les risques décès, incapacité de travail ou invalidité, ainsi que des garanties d'assistance, de protection juridique, de responsabilité civile, de nuptialité-natalité ou d'indemnités en cas d'hospitalisation* » → en dehors de ces cas la faculté de résiliation infra-annuelle ne sera pas ouverte (courrier DSS du 26 novembre 2020)
 - C'est le nouvel organisme avec lequel le souscripteur souhaite contracter qui notifie au précédent organisme la dénonciation ou la résiliation par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique → La demande du souscripteur doit manifester expressément la volonté de dénoncer l'adhésion ou de résilier le contrat en cours et d'adhérer ou de souscrire un nouveau contrat auprès du nouvel organisme
 - L'ancien organisme doit dès réception de la demande de dénonciation ou résiliation, communiquer par tout support durable au souscripteur un avis de dénonciation ou de résiliation l'informant de la date de prise d'effet (cet avis rappelle le droit au remboursement du solde restant dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou résiliation)
 - La dénonciation ou la résiliation prend effet 1 mois + 1 jour à compter de la date d'envoi de la notification de dénonciation ou de résiliation
 - **La nouvelle adhésion ou le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la dénonciation de l'ancienne adhésion ou la résiliation de l'ancien contrat**



Contacts

Nicolas MOREL

Direction Expertise Règlementaire santé & prévoyance

nicolas.morel@groupe-vyv.fr



Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 532 661 832, numéro LEI 969500E0I6R1LLI4UF62.

Siège social : Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.

Support à usage exclusivement interne Groupe VYV et entités