

Prévoyons.com

décembre 2013 / N° 35 spécial

Le bulletin d'information Prévoyance et Santé des salariés d'Orange



Votre régime santé et prévoyance : du nouveau pour 2014 !

Le 4 décembre 2013, un avenant portant modification de l'accord cadre du Groupe pour la santé et la prévoyance a été signé par le Directeur des Ressources Humaines du Groupe et par 4 organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, FO et SUD).

Vous trouverez dans cette édition spéciale du Prévoyons.com le détail des dispositions de cet avenant et les réponses aux questions que vous pouvez vous poser.

Actualités



3

Pourquoi modifier le régime de prévoyance-santé du Groupe à compter du 1er janvier 2014 ?

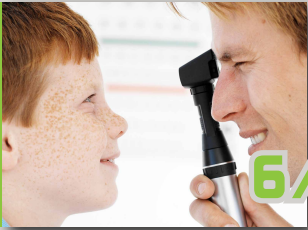
Frais de santé



4/5

Le réseau de santé Carte Blanche

Frais de santé



6/9

Zoom sur les changements prévus

Vos garanties
Prévoyance



10/11

Vos garanties décès-arrêt de travail : ce qui change en 2014

Informations



2

www.prevoyons.com :
votre outil de référence

Pourquoi modifier le régime de prévoyance-santé du Groupe à compter du 1^{er} janvier 2014 ?



Résultats de votre régime : le déficit se creuse

Comme vous en avez été informés par le bulletin "Prévoyons.com" N°33 (mai 2013), les résultats du régime du Groupe accusaient fin 2012, une fois les réserves épuisées, un déficit de 5,8 M€.

Les projections des résultats fin 2013 laissaient envisager un déficit de plus de 11 M€, sans compter les 3 M€ restant à provisionner au titre de la réforme des retraites.

Dans ces conditions, il n'était pas possible de maintenir le régime en l'état ; c'est pourquoi une négociation a été engagée entre la Direction du Groupe et les organisations syndicales représentatives.

Pourquoi ce déficit ?

Que ce soit en santé ou en décès-arrêt de travail, les causes du déficit sont extérieures au régime du Groupe.

Frais de santé, hausse des taxes sur les contrats :

Création d'une Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA), remplacement de la contribution CMU par une Taxe de Solidarité Additionnelle... les taxes prélevées sur les cotisations santé sont passées de 1,75 % en 2005 à 13,27 % en 2013, soit + 11,52 %. Ces augmentations de taxes ont pu être absorbées pendant un temps, sans répercussion sur les taux de cotisations, par prélèvement sur les réserves. Cependant, le régime doit désormais y apporter une solution.

Décès-arrêt de travail, les impacts de la réforme des retraites :

Le relèvement progressif de l'âge légal de départ à la retraite, voté en 2010, a eu des conséquences financières directes sur les résultats du régime Décès-arrêt de travail.

En effet, du fait du report de l'âge légal de la retraite de 60 à 62 ans, la durée d'indemnisation des salariés du Groupe en cas d'invalidité ou d'arrêt de travail a été prolongée de deux ans et les assureurs ont eu l'obligation de constituer des provisions supplémentaires, pour un montant de plus de 14 M€. Même si la loi a prévu que ce provisionnement pouvait être étalé sur 5 ans, les impacts sur les résultats du régime sont considérables.

La négociation entre les organisations syndicales et la Direction du Groupe s'est attachée à trouver des solutions, tant pour résorber le déficit passé que pour assurer l'équilibre futur de votre régime.

Résorption du déficit : compte tenu du caractère exceptionnel du provisionnement supplémentaire lié à la réforme des retraites, la négociation a conduit la Direction du Groupe Orange à prendre en charge la totalité de ce provisionnement dans la limite de 15 M€.

Ce versement qui sera effectué avant la fin 2013, sans impact sur les cotisations, permet d'absorber la totalité du déficit estimé du régime fin 2013.

Conditions de l'équilibre pour le futur : les négociateurs ont eu la volonté de maintenir un régime de haut niveau tant pour les garanties décès-arrêt de travail que pour les garanties santé, qui ont été "remises à plat" pour tenir compte des évolutions constatées en santé depuis quelques années. Ils ont également tenu compte du contexte économique et de la volonté de préserver le pouvoir d'achat en modérant les augmentations de cotisations notamment pour les premiers niveaux de salaires.

Ces évolutions ont pour objectif de maintenir la pérennité et l'efficacité de votre régime de protection sociale complémentaire afin de vous permettre de continuer à prendre soin de vous et de vos proches dans toutes les étapes de votre vie.

➔ **NOUVEAU à partir du 01/01/14 !**
Vous avez accès à un réseau de soins.

Dans ce contexte, dès le 1^{er} janvier 2014, votre régime santé vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le 1^{er} réseau de professionnels de santé, partout en France. A découvrir très vite.

Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Mis en place à la fin des années 1990 par des organismes complémentaires d'assurance afin de mieux gérer le risque santé, les réseaux de soins sont des organisations ayant passé des accords avec des professionnels de santé sélectionnés, en vue de faire baisser les prix des prestations offertes, mais aussi de contrôler la qualité des services rendus aux assurés et de respecter certaines normes ou pratiques professionnelles.

Vos soins facilités, votre budget maîtrisé

Carte Blanche vous donne accès à un réseau de 10 800 opticiens partenaires, 4 800 chirurgiens-dentistes, 2 221 audioprothésistes ainsi qu'aux partenaires du réseau de médecines complémentaires et préventives, ...



Concrètement, vous disposez d'une **carte de tiers payant** estampillée Carte Blanche qui permet aux professionnels de vous identifier (ainsi que vos ayants droit). Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour en bénéficier : **votre carte 2014 sera adressée à votre domicile d'ici la fin de l'année 2013.**

4 avantages immédiats

- 1. Vous réalisez des économies.** Les opticiens partenaires du réseau s'engagent sur des tarifs plafonnés. Tous ces opticiens pratiquent des prix inférieurs de 25 à 35% à ceux du marché, ce qui permet de diminuer, voire de supprimer dans certains cas, la somme restant à votre charge. Vous bénéficiez de tarifs des dentistes allant de - 12 à - 15 % des prix du marché.
- 2. Vous n'avancez pas les frais ;** lesquels sont pris en charge par votre complémentaire santé.
- 3. Vous recevez des soins de qualité** dans un environnement médical sécurisé (hygiène, traçabilité, ...). Ainsi,

les dentistes garantissent l'origine de leurs prothèses, et les opticiens la provenance de leurs verres.

- 4. Enfin, tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé,** vous savez facilement qui et où consulter : géolocalisation, documentation et dossiers en ligne... vous êtes en mesure de comparer les offres des praticiens, les devis qui vous sont proposés, et de faire des choix responsables en matière de frais de santé.

➔ **En réalisant des économies pour vous et pour votre famille, vous permettez également à votre régime d'en faire, ce qui permet de pérenniser le niveau de l'offre de prestations et d'éviter, pour le futur, les hausses de cotisations.**

LA MUTUELLE GENERALE - ORANGE GESTION 79 AVENUE DE FONTAINEBLEAU 94281 LE KREMLIN BICETRE CEDEX Tel : 0 600 01 31 31		almerys Tel. Praticiens : 0 825 826 214 Fax PEC almerys : 0 825 826 196		Édité le 26/11/2013 N° Mutuelle Type de convention Code secondaire		Période de validité 01/01/2014 au 31/12/2014 N° NNI 1551278670080 N° de télétransmission/DRE 98530001 N° Adhésion 16487445/NIV 02					
BÉNÉFICIAIRE : NOM - PRÉNOM QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE				GARANTIES OUVRANT DROIT À TIERS PAYANT (PART RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUSE)							
		code DRE/STS	021	021	060	060	060	060			
		TPNOE	SE*	PHAR	MG*	MS*	BIO	RAD*	AUX	SDENT	TRA
DUPONT Jean	1551278670080	NON	OUI	100%S	400%R	500%R	500%R	500%R	500%R	400%	100%
10018373205 Assuré	Né(e) le 15/12/1955										
DUPONT Sophie	2530541178007	NON	OUI	100%S	400%R	500%R	500%R	500%R	500%R	400%	100%
10018373206 Ayant droit	Né(e) le 28/05/1953										
* Tiers Payant si respect du parcours de soins. S : LPPR 500% du remboursement SS R: du RBSS PEC hospitalisation, dentaire, audioprothèse via almerys, PEC optique via CBPEC 09 69 39 66 39 (Numéro Cristal, appel non surtaxé). N° SIREN : 775 685 348 - MUTUELLE SOURCEUR AU LIVRE N° DU CODE DE LA MUTUELLE											

➔ **N'oubliez pas de la présenter chaque fois que nécessaire !**



Des services complémentaires

- Vous disposez de garanties ou de remises supplémentaires auprès de certains opticiens ou audioprothésistes. Ils vous en feront part sur présentation de votre carte de tiers payant. La liste de ces services, par professionnel de santé, est accessible sur votre espace adhérent. Lors de votre visite chez un praticien partenaire, n'hésitez pas à demander à en bénéficier.
- A compter du 1^{er} avril 2014, vous aurez également accès à des bulletins d'informations pratiques et d'actualité sur votre santé, à un classement des hôpitaux, à des dossiers thématiques sur les maladies. Ces informations seront accessibles sur votre espace adhérent.
- Vous pourrez consulter ces informations à tout moment.

En savoir plus sur Carte Blanche

- Dès le 1^{er} janvier 2014, rendez-vous sur lamutuellegenerale.fr et cliquez sur

 **Mon Espace Adhérent** >

- Une fois identifié, vous pourrez trouver un professionnel de santé proche de chez vous et accéder directement à toutes les informations du réseau Carte Blanche.

Si vous n'êtes pas encore inscrit : c'est facile !

1. Dans la zone « Mon identifiant » indiquez les 9 ou 10 premiers chiffres de votre n° d'adhésion (sur votre carte de tiers payant).
2. Dans la zone « Mot de passe », à la 1^{ère} connexion, entrez votre date de naissance JJMMAAAA. Vous pourrez ensuite personnaliser votre mot de passe.

Question : Suis-je obligé de consulter un praticien appartenant au réseau Carte Blanche ?

Non, vous avez le libre choix de votre professionnel de santé, même si nous vous recommandons de choisir un praticien appartenant au réseau afin de diminuer ainsi votre reste à charge.

Question : Si je consulte un praticien qui n'appartient pas au réseau, mes remboursements sont-ils modifiés ?

Non, ce seront les mêmes.

Question : Dans ce cas (praticien n'appartenant pas au réseau), ai-je toujours accès au tiers payant ?

Oui, sous réserve que le professionnel le pratique.

Question : Comment les praticiens savent-ils que je bénéficie du réseau Carte Blanche ?

Sur présentation de votre carte de tiers payant comportant le logo de Carte Blanche. ■

Vous pouvez également accéder à votre Espace adhérent via le site www.prevoyons.com à la rubrique Contacts.



Zoom sur les changements prévus à partir de 2014

L'offre de prestations dont vous bénéficiez n'avait pas évolué, si ce n'est à la marge, depuis 2006. La négociation qui vient de se terminer a été l'occasion de remettre à plat les garanties :

- de revoir à la hausse le niveau de certaines prestations, qui n'était plus adapté aux pratiques constatées (ex : prothèses dentaires),
- de rééquilibrer les dépenses en optique sans modifier les remboursements pour les fortes corrections,
- d'introduire de nouvelles prestations,
- de tenir compte des évolutions annoncées pour les contrats dits "responsables",
- et enfin de vous permettre de bénéficier d'un accès au réseau optique, dentaire et audioprothèse ainsi que de médecines complémentaires et préventives "Carte Blanche".

Le Régime du Groupe s'inscrit, comme auparavant, dans la logique des contrats responsables

Pour bénéficier de l'intégralité des remboursements et de la prise en charge de certains actes de prévention, vous devez **respecter le parcours de soins**.

Les contrats responsables participent ainsi à un système de santé vertueux dont vous êtes l'acteur principal. Le respect des obligations liées aux "contrats responsables" vous permet de bénéficier des exonérations fiscales et sociales, prévues par les textes, pour vos cotisations.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 : si le projet, en cours de discussion, prévoit que les contrats responsables doivent prendre en charge tout ou partie des frais remboursés par la Sécurité sociale : médicaments, consultations, analyses médicales, soins dentaires, transport, ticket modérateur et forfait journalier à l'hôpital, il précise également que, à l'avenir, les dépassements d'honoraires ne devront plus être remboursés au-delà d'un certain plafond.

Des remboursements plus importants pour les prothèses dentaires

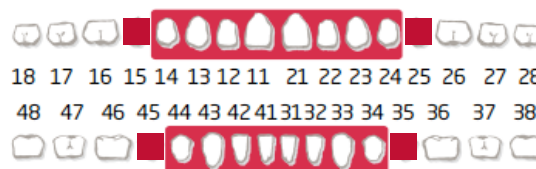
- Les prothèses dentaires sont mieux remboursées

Dents de devant :

- les remboursements du régime passent de 400 % à **500 %** du montant remboursé par la Sécurité sociale

et

- **4 dents supplémentaires (2^{èmes} prémolaires) sont considérées comme dents de devant de bouche (■).**



Dents de fond de bouche : les remboursements du régime passent de 250 % à **400 %** du montant remboursé par la Sécurité sociale.

Exemple de prise en charge par la Sécurité sociale et par le régime du Groupe Orange.

Sécurité sociale (Base de remboursement : 107,50 € taux de rbt : 70 %)	Régime du Groupe Orange Dent de devant	Régime du Groupe Orange Dent de fond de bouche
70 % x 107,50	75,25 x 500 %	75,25 x 400 %
= 75,25 €	= 376,25 €	= 301 €



Question : combien est remboursée ma couronne ?

- Vous réglez par exemple 650 € la couronne pour une dent de devant.

La Sécurité sociale vous rembourse 75,25 €.

Le régime Orange vous rembourse 376,25 €.

Votre reste à charge est de 198,50 €.

- Vous réglez par exemple 550€ la couronne pour une dent de fond de bouche.

La Sécurité sociale vous rembourse 75,25 €.

Le régime Orange vous rembourse 301 €.

Votre reste à charge est de 173,75 €.

Dans ces deux exemples, **vosre « reste à charge » est susceptible d'être diminué si vous consultez un dentiste du réseau Carte Blanche** (de l'ordre de moins 12 à 15 %).

- **Parce que c'est important pour vous, les implants, non remboursés par la Sécurité sociale, continuent à bénéficier d'un bon niveau de remboursement par votre régime :** 28 % du PMSS par personne et par an (soit 876,12 € en 2014).
- De même, **les remboursements au titre de l'orthodontie** sont inchangés.

Question : j'ai des prothèses dentaires en cours de traitement, comment serai-je remboursé ?

La Sécurité sociale va retenir la date de début du traitement ; votre régime complémentaire prend la date retenue par la Sécurité sociale.

Des garanties ajustées en optique

- Comme précédemment, l'accent est mis sur **les soins les plus lourds** pour que vous soyez remboursé au mieux lorsque vos besoins de correction sont les plus importants et les plus onéreux, le niveau de remboursement des **verres dits moyens ou complexes** est maintenu à 100 % des frais réels jusqu'à 15 % du PMSS pour une paire de verres moyens et 20 % du PMSS pour une paire de verres complexes.
- En revanche, la paire de **verres simples, pour laquelle les pratiques des opticiens entraînaient des dérives importantes**, est désormais limitée à 100 % des frais réels plafonnés à 8 % du PMSS.
- Enfin, pour les adultes, le régime rembourse désormais deux verres et une monture **tous les deux ans**.

Question : mes dernières lunettes m'avaient été facturées le 20 octobre 2013 quand pourrai-je bénéficier d'un nouveau remboursement ?

Vous pourrez bénéficier d'un

nouveau remboursement pour des lunettes facturées à partir du 20 octobre 2015.

- Vos enfants de moins de 16 ans continuent de bénéficier, quant à eux, du remboursement de **deux montures et de quatre verres par an au maximum**.

Question : Que se passe-t-il si j'ai une double prescription (vision de près et de loin) ?

Dans ce cas, votre régime vous remboursera les deux paires de lunettes à condition qu'elles aient été prescrites à la même date.

Et si ma vision évolue ?

Votre régime vous remboursera une nouvelle paire de lunettes si un changement de dioptries supérieur ou égal à 0,50 est constaté au cours de la même période de deux ans.

- Le remboursement des **montures** reste plafonné à 90 % des frais réels moins le montant remboursé par la Sécurité sociale dans la limite de 6,5 % du PMSS (soit 203,38 € en 2014).

Par exemple, vous achetez une monture à 210 €.

- La Sécurité sociale vous rembourse 1,70 €.
- Votre régime complémentaire vous rembourse (90 %x 210 €) - 1,70 € soit 187,30 €.
- Votre reste à charge est de 21 €.



Question : *En optique, dans le réseau, puis-je choisir le type de verres, les traitements et les montures ?*

Votre opticien va vous proposer une sélection de verres parmi une très large gamme de verres des fournisseurs référencés par Carte Blanche soit 95 % des verres du marché ; il vous proposera des verres amincis selon votre correction. Les principaux traitements sont inclus selon les verres choisis ; l'anti-reflets est même prévu obligatoirement.

En allant dans le réseau, ai-je accès aux offres promotionnelles (du type 2^{ème} paire de lunettes pour 1€...) ?

Oui, selon l'engagement de l'opticien. Ces informations sont disponibles, par opticien, sur votre espace adhérent.

Compte tenu du niveau de garanties du régime, la partie des frais restant à votre charge sera très fortement diminuée.

De nouvelles garanties

Autre résultat de la négociation : pour répondre aux souhaits de bon nombre de salariés, les consultations d'**ostéopathe, de chiropracteur, psychologue, diététicien et sophrologue** seront remboursées à hauteur de **30 € maximum par séance dans la limite de 4 séances par an toutes spécialités confondues.**

Pour votre information, le réseau Carte Blanche a sélectionné 1 073 ostéopathes, 253 diété-

ciens et 188 sophrologues. Des annuaires de spécialistes tels que les psychologues sont accessibles sur votre espace adhérent.

Le remboursement des dépassements d'honoraires révisé

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 prévoit, dans le cadre de la définition des contrats responsables, de limiter la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins. Cette mesure vise à réduire les dépenses de santé d'une part et à vous encourager à participer à un système de soins vertueux d'autre part.

Ainsi à compter du 1^{er} janvier 2014, les remboursements seront les suivants :

FRAIS DE MALADIE	Dans le parcours de soins (ou enfants de - de 16 ans)	Hors parcours de soins
Consultation généraliste	100 % des frais réels dans la limite de 200 % du remboursement de la Sécurité sociale	80 % des frais réels dans la limite de 100 % du remboursement de la Sécurité sociale
Consultation spécialiste	100 % des frais réels dans la limite de 250 % du remboursement de la Sécurité sociale	80 % des frais réels dans la limite de 150 % du remboursement de la Sécurité sociale

Exemple : Vous réglez 23 € la consultation d'un généraliste. Vos remboursements s'élèvent à :

- En parcours coordonnés : la Sécurité Sociale vous verse 16,10 € - 1 € = 15,10 € ; votre complémentaire vous règle 6,90 €, soit un total de 22 €
- En dehors du parcours de soin : la Sécurité Sociale vous verse 6,90 € - 1 € = 5,90 € ; votre complémentaire vous règle 6,90 €, soit un total de 12,80 €.

Exemple : Vous réglez 60 € la consultation d'un spécialiste. Vos remboursements s'élèvent à :

- En parcours coordonnés : la Sécurité Sociale vous verse 16,10 € - 1 € = 15,10 € ; votre complémentaire vous règle 40,25 €, soit un total de 55,35 €
- En dehors du parcours de soin : la Sécurité Sociale vous verse 6,90 € - 1 € = 5,90 € ; votre complémentaire vous règle 10,35 €, soit un total de 16,25 €.

→ **Mémo :** pour bénéficier d'un meilleur remboursement, pour vous et vos enfants de plus de 16 ans, si ce n'est déjà fait, pensez à déclarer votre médecin traitant !

Votre cotisation en 2014

Le réaménagement des prestations ne pouvait avoir pour effet de compenser l'augmentation des taxes pesant sur les cotisations, qui pour mémoire ont augmenté de 11,52 % entre 2005 et 2013.

Afin d'assurer l'équilibre futur du régime, il est nécessaire d'augmenter le volume global des cotisations santé de 7 % à compter du 1^{er} janvier 2014. Compte tenu du contexte économique et de la volonté de préserver le pouvoir d'achat pour les premiers niveaux de salaire, les négociateurs ont tenu à répartir cette augmentation de la façon suivante :

- 50 % de l'augmentation est répartie entre tous les salariés par une augmentation du taux de cotisation sur la tranche A du salaire*
- les 50 % restants sont répartis entre tous les salariés ayant une rémunération supérieure à la tranche A, par la création d'une cotisation sur les tranches B et C du salaire, traduisant ainsi la solidarité entre tous les salariés.

Ainsi, pour un salarié d'une entreprise dont la répartition des cotisations est de 60 % pour l'employeur et de 40 %

pour le salarié, l'augmentation de la cotisation santé sera de :

- 0,83 € par mois pour un salaire de 20 000 €/an.
- 1,95 € par mois pour un salaire moyen de 42 700 €/an.
- 6,27 € par mois pour un salaire de 100 000 €/an

Le taux de la cotisation minimum de 1,42 % du plafond de la tranche A n'est pas augmenté.

Pour les sociétés du Groupe ayant, historiquement, un taux de cotisation unique applicable aux tranches A et B du salaire, le taux est augmenté de 7 %.

*La tranche A des salaires va jusqu'à 3 129 €/mois en 2014

Les conjoints salariés ou assimilés


L'accord de 2001 selon lequel les résultats pour ces bénéficiaires doivent s'auto équilibrer reste en vigueur. Ces adhérents ont un taux de cotisation propre qui, compte tenu de leurs résultats, a été augmenté au 1^{er} juillet 2013. Dès lors, ils ne sont pas impactés par l'augmentation des cotisations applicable aux salariés, mais bénéficieront des nouvelles prestations et des services associés, dont le réseau, à compter du 1^{er} janvier 2014. ■

Retrouvez le tableau complet de vos garanties frais de santé dans la nouvelle version du livret d'information en ligne sur **anoo** et sur **www.prevoyons.com** à compter du 1^{er} janvier 2014.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur votre espace adhérent à partir du 1^{er} janvier 2014

Retrouvez le détail de toutes vos garanties, localisez facilement les professionnels de santé du réseau Carte Blanche proches de chez vous et suivez vos remboursements en temps réel.

Pour vous inscrire, c'est simple, 3 clics suffisent !

- 1 Rendez-vous sur lamutuellegenerale.fr et cliquez sur 
- 2 Dans la zone « Mon identifiant » indiquez les 9 ou les 10 premiers chiffres de votre n° d'adhésion (qui figure sur votre carte tiers payant).
- 3 Dans la zone « Mot de passe », à la 1^{ère} connexion, entrez votre date de naissance JJMMAAAA. Vous pourrez ensuite personnaliser votre mot de passe.

Vous pouvez également télécharger l'application gratuite sur votre mobile sur App Store (en tapant « La Mutuelle Générale ») ou Google play ou en flashant ce code.



Vos garanties Décès-arrêt de travail : ce qui change en 2014

Niveau des prestations, cotisations, équivalences... Explications, exemples.



Quelles sont les modifications concernant les garanties Décès-arrêt de travail ?

Les garanties "Arrêts de travail", sont maintenues au même niveau (100 % du salaire net).

Afin d'assurer l'équilibre futur du régime, **le niveau des prestations décès va être légèrement minoré**. La nouvelle offre de prestations reste ainsi d'un niveau tout à fait comparable,

voire supérieur, aux garanties offertes par les régimes proposés par les entreprises similaires au Groupe Orange.

Y a-t-il des augmentations de cotisations ?

Dès lors que la négociation a amené la Direction du Groupe à apurer le déficit prévu fin 2013, la seule baisse des prestations décès permet de **ne pas augmenter les taux de cotisations Décès-arrêt de travail** au 1^{er} janvier 2014 et de préserver ainsi le pouvoir d'achat.

Qu'en est-il du régime à équivalences ?

Rien ne change. Vous bénéficiez toujours du choix entre 4 équivalences, que vous pouvez éventuellement personnaliser (à l'exception de l'équivalence A). Ce choix vous offre l'opportunité de bénéficier de prestations adaptées à votre situation de famille et à son évolution et de protéger ainsi vos proches.

Zoom sur vos nouvelles garanties décès

Garanties	Equivalence A	Equivalence B	Equivalence C	Equivalence D
		CAPITAL	RENTE DE CONJOINT	RENTE POUR ENFANT
DECES DU SALARIE				
Capital Décès et capital invalidité 3 ^e catégorie	260 % S	430 % S	190 % S	340 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	110 % S	40 % S	70 % S
Capital supplémentaire en cas d'accident	260 % S	430 % S	190 % S	410 % S
Majoration par enfant à charge	70 % S	-	-	-
Base du capital infirmité accident si taux d'infirmité est supérieur à 30%	-	430 % S x taux infirmité	170 % S x taux infirmité	410 % S x taux infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	10% S/an	-	-	30% S/an
Rente de conjoint/an :				
Rente temporaire	0,45 % (âge-25) S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-	0,60 % (âge-25) S avec minimum de 20 % S pour la rente temporaire (rente versée à vie incluse)	-
Rente versée à vie	0,85 % (65-âge) S		1,25 % (65-âge) S	
DECES D'UN PROCHE				
Allocation décès :				
Conjoint/Concubin/PACS	16 % S	16 % S	16 % S	16 % S
Enfant à charge (>12 ans)	8 % S	8 % S	8 % S	8 % S
FRAIS D'OBSEQUES (> 12 ans)	-	80 % PMSS	80 % PMSS	80 % PMSS

S : somme des rémunérations annuelles brutes soumises à charges sociales - Âge : âge du salarié au moment du décès - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 129 € en 2014) - PACS : personne ayant conclu un Pacte Civil de solidarité avec le salarié

Les équivalences au cas par cas

Afin de vous aider à y voir plus clair, prenons l'exemple d'un salarié d'Orange et simulons le montant de ses prestations Décès pour chaque équivalence.



Sylvie, 53 ans

Mariée et mère de 2 enfants, sa rémunération annuelle brute s'élève à 42 700 €

Décès du salarié	Equivalence			
	A	B	C	D
Capital Décès et capital Invalidité 3 ^e catégorie	111 020 €	183 610 €	81 130 €	145 180 €
Majoration par enfant à charge	29 890 €	46 970 €	17 080 €	29 890 €
Capital supplémentaire en cas d'accident	111 020 €	183 610 €	81 130 €	175 070 €
Majoration par enfant à charge	29 890 €	-	-	-
Capital infirmité accident si taux d'infirmité supérieur à 30 %	-	430 % S* taux d'infirmité	170 % S* taux d'infirmité	410 % S* taux d'infirmité
Rente pour enfant à charge/enfant/an	4 270 €	-	-	12 810 €
Rentes de conjoint par an :				
> rente temporaire	5 380 €	-	7 147 €	-
> rente versée à vie	4 355 €	-	6 405 €	-
Décès d'un proche				
Allocation décès				
Conjoint/concubin/pacsé	6 832 €	6 832 €	6 832 €	6 832 €
Enfant à charge > 12 ans	3 416 €	3 416 €	3 416 €	3 416 €
Frais d'obsèques (> 12 ans)	2 503 €	2 503 €	2 503 €	2 503 €



Pour déterminer votre choix d'équivalence, vous pouvez simuler votre situation personnelle sur la page « Simulation » de www.prevoyons.com

Votre équivalence ne vous convient plus ? Changez là dès maintenant !

Aujourd'hui, vous êtes en activité et vous bénéficiez de l'une des 4 équivalences, que vous avez éventuellement personnalisée. D'ordinaire, vous avez la possibilité de modifier votre choix :

- à tout moment lorsque votre situation familiale évolue (mariage, naissance, etc.) ;
- le 1^{er} janvier des années impaires.

Même si les changements apportés à votre régime en 2014 ne sont pas de nature à modifier la structure des équivalences, **vous avez la possibilité de modifier votre choix d'équivalence du 1^{er} janvier au 28 février 2014.** Ainsi, vous êtes assuré de bénéficier d'une protection sociale toujours adaptée à vos besoins.

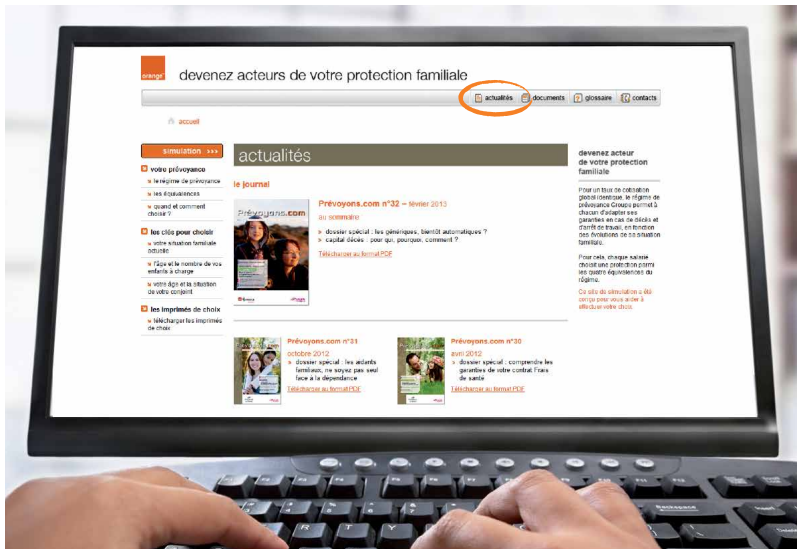
Si vous souhaitez modifier votre choix, nous vous donnons quelques conseils :

- 1 faites le point sur votre situation personnelle : êtes-vous célibataire ou marié ? Avez-vous un ou des enfant(s) à charge ? Votre conjoint est-il à votre charge ?
- 2 étudiez les différences entre chaque équivalence : montant du capital décès, présence ou non d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint... chaque équivalence a sa « spécificité ».
- 3 faites une simulation : en vous connectant sur le site www.prevoyons.com, vous pouvez déterminer si l'équivalence qui vous intéresse est adaptée à votre cas.
- 4 informez Humanis Prévoyance de votre choix **avant le 28 février 2014** en téléchargeant l'imprimé de choix en ligne sur www.prevoyons.com (**rubrique Documents / Les imprimés de choix**) à compter du 1^{er} janvier 2014. Renvoyez-le ensuite dûment complété et signé à :

Humanis - Equipe Orange - CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Bien choisir son équivalence est essentiel, puisqu'elle détermine le montant des prestations qui vous seront servies (ou à vos proches) en cas d'arrêt de travail ou de décès. Pensez-y !

www.prevoyons.com : votre outil de référence



*Besoin d'un formulaire, d'obtenir des informations sur vos garanties Prévoyance ou encore de consulter votre livret d'information ? Une seule adresse : **www.prevoyons.com**, le site d'information sur votre régime de prévoyance.*

Rubrique Actualités

Retrouvez l'ensemble des anciens numéros de Prévoyons.com en ligne !



Vous voulez :

- votre carte de tiers payant ;
- une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- une estimation de vos remboursements sur la base d'un devis dentaire ou optique ;
- des renseignements sur vos remboursements en cours ;
- des informations sur le réseau Carte Blanche

Vous voulez :

- vérifier votre affiliation ;
- communiquer votre changement d'adresse ;
- informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...)
- choisir ou modifier une équivalence ;
- modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système NOÉMIE).

Contactez

La Mutuelle Générale
Direction des Assurances collectives
Département Gestion
Portefeuille Orange

79 avenue de Fontainebleau
 94281 Le Kremlin Bicêtre cedex

Tél. : **N°Vert 0 800 01 31 31** du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Fax : **01 45 59 81 31**

E-mail : **orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**

Site internet : accès direct à l'espace adhérent
 Pour vous abonner ou consulter vos remboursements de santé en ligne : **www.lamutuellegenerale.fr**, rubrique Mon Espace Adhérent.

Contactez

Humanis
Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
 45953 Orléans cedex 9

Tél. : **N°Cristal 0 969 39 72 72**
APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8h à 18h

Fax : **01 58 82 40 70**

E-mail : **prevoyance@humanis.com**

Site internet : **www.humanis.com**

Les décès nous sont déclarés par les Responsables des Ressources Humaines ; ce sont donc les premiers interlocuteurs sur ces sujets.