

ma PRÉVOYANCE
by SAFRAN

La lettre d'information restitue les points majeurs de la vie de notre régime de prévoyance et frais de santé. Les différentes commissions paritaires qui assurent le suivi du régime ont fait le bilan de l'année 2015 et des tendances 2016 et décidé des évolutions qui interviennent au 1^{er} janvier 2017. Celles-ci vous sont présentées ci-dessous.



1 BILAN 2015-2016

LE RÉGIME INCAPACITÉ-INVALIDITÉ-DÉCÈS

Il assure une aide financière au salarié et/ou à sa famille en cas d'arrêt de travail de longue durée ou de décès du salarié. Il a permis d'indemniser 883 personnes en arrêt de travail et de verser des capitaux suite à 62 décès en 2015.

En 2015, les comptes se sont révélés légèrement déficitaires. Cette tendance devrait se confirmer en 2016, notamment pour la partie Incapacité-Invalidité.

Néanmoins, ce déficit reste faible et est compensé par les excédents mis en réserve au titre des exercices précédents.

LE RÉGIME FRAIS DE SANTÉ

Plus de 104 000 personnes en France bénéficient du régime Frais de santé Safran : 43 587 salariés et 61 215 conjoints et enfants.

81 % des bénéficiaires ont choisi de souscrire l'option Ma Prévoyance Santé +.

En 2015, le résultat du régime Frais de santé Safran présentait un solde excédentaire. Les comptes provisoires 2016 montrent que le régime devrait suivre globalement la même tendance, avec un niveau de cotisations perçues permettant de couvrir les remboursements et les frais de gestion du régime, et d'alimenter les réserves pour les années suivantes.



LE FONDS SOCIAL

Le fonds social Safran intervient en complément des aides qui peuvent être apportées par d'autres fonds sociaux (ceux des mutuelles gestionnaires, de Humanis Prévoyance et de l'Ocirp, ou d'autres organismes sociaux). Il prend en charge certaines dépenses liées à la santé entraînant des restes à charge importants, sources de difficultés financières pour le salarié.

Ainsi en 2016, la commission sociale s'est réunie à quatre reprises. 59 demandes d'aides exceptionnelles ont été examinées. Une suite favorable a été donnée à 36 dossiers, pour un montant global de près de 80 000 €.

La commission sociale a également financé 7 actions de prévention au bénéfice des salariés, menées par des sociétés ou établissements en ayant fait la demande, pour un montant global de près de 13 000 €.

LE FONDS DE SOLIDARITÉ INTERGÉNÉRATIONNEL

Depuis le 1^{er} juillet 2009, date de mise en place du régime de prévoyance complémentaire Safran, le fonds de solidarité intergénérationnel est alimenté par la contribution mensuelle de 0,08 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), versée par chaque salarié bénéficiaire du régime.

Il vise à pérenniser un allègement des cotisations des retraités Safran et de leurs conjoints, veufs ou veuves ayant les niveaux de ressources les plus faibles.

Les niveaux d'intervention du fonds de solidarité ont été améliorés par la Commission de suivi de l'Accord de Prévoyance pour 2017.



Le fonds de solidarité est utilisé, depuis le 1^{er} janvier 2012, pour les retraités Safran qui en font la demande sur présentation de justificatifs de revenus. Près de 4 000 bénéficiaires (retraités et conjoints de retraités) en ont ainsi bénéficié en 2015.

2 ÉVOLUTIONS POUR 2017

COTISATIONS AU 1^{ER} JANVIER 2017

MAINTIEN DES TAUX DE COTISATIONS PRÉVOYANCE AU 1^{ER} JANVIER 2017

La commission de suivi a décidé de reconduire les taux de cotisations prévoyance, malgré le léger déficit observé sur l'année 2015.

Ce maintien est permis par l'utilisation des excédents mis en réserve au cours des années précédentes.

Cotisations pour les salariés affiliés au Régime Général de Sécurité sociale

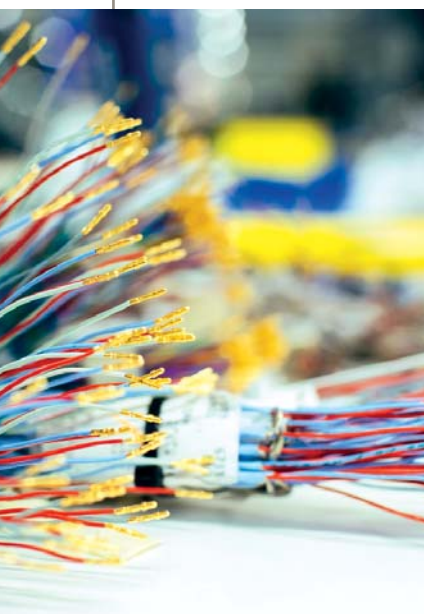
PART SOCIÉTÉ		PART SALARIÉ	
Tranche A*	Tranche B/Tranche C**	Tranche A	Tranche B/Tranche C
0,96 %	1,44 %	0,41 %	0,62 %

* TA : salaire dans la limite d'un Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € par mois pour 2017)
 **TB/TC : salaire compris entre un Plafond et huit Plafonds mensuels de la Sécurité sociale.

ÉVOLUTION DES COTISATIONS GARANTIES DÉCÈS ET INVALIDITÉ ACCIDENTELS

Pour 2017, la cotisation salariale annuelle pour le régime optionnel "vie privée" s'élève à 29,42 € (soit + 50 centimes par an).

La cotisation mensuelle s'élève donc à 2,45 €.



MAINTIEN DES PARAMÈTRES DE COTISATIONS FRAIS DE SANTÉ AU 1^{ER} JANVIER 2017

Compte tenu des résultats du régime, la **commission de suivi** a également décidé de **reconduire les paramètres de cotisations du régime Frais de santé pour 2017**.

Toutefois, les cotisations affichées évoluent du fait de :

- l'évolution du Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) qui augmente de 1,58 % au 1^{er} janvier 2017 (39 228 €) ;
- l'évolution de la cotisation au fonds de solidarité, exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, qui est ainsi portée à 2,62 € par mois. En contrepartie de cette augmentation, la part de la cotisation Frais de santé incombant à l'employeur augmente de 3 centimes qui sont déduits de la cotisation salariale ;
- la baisse de l'allègement de la cotisation salariale financée par les réserves des anciens régimes de prévoyance qui passe de 4,50 € à 3,50 € en 2017.

En conséquence, les cotisations au titre du régime Frais de santé évoluent de + 0,97 € par mois et par salarié (hors évolution de salaire).

Cotisations Frais de santé 2017 – Régime général

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ		OPTION	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +	
	Part société	Part salarié		Cotisation salarié	Part société
Catégorie ISOLÉ	27,34 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	21,20 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	3,58 €	27,34 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	24,78 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie DUO +	46,81 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	40,67 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	7,22 €	46,81 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	47,89 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie FAMILLE	56,33 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	50,20 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	8,90 €	56,33 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	59,10 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC

TA : salaire dans la limite d'un Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € par mois pour 2017) - TB : salaire compris entre un Plafond et quatre Plafonds mensuels de la Sécurité sociale
TC : salaire compris entre quatre Plafonds et huit Plafonds mensuels de la Sécurité sociale - Les montants affichés tiennent compte de l'allègement de 3,50 €

Cotisations Frais de santé 2017 – Régime Alsace-Moselle

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ		OPTION	MA PRÉVOYANCE SANTÉ +	
	Part société	Part salarié		Cotisation salarié	Part société
Catégorie ISOLÉ	15,13 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	9,01 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	3,58 €	15,13 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	12,59 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie DUO +	29,83 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	23,71 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	7,22 €	29,83 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	30,93 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC
Catégorie FAMILLE	36,41 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	30,29 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	8,90 €	36,41 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC	39,19 € + 0,560 % (TA+TB) + 0,280 % TC

TA : salaire dans la limite d'un Plafond mensuel de la Sécurité sociale (3 269 € par mois pour 2017) - TB : salaire compris entre un Plafond et quatre Plafonds mensuels de la Sécurité sociale
TC : salaire compris entre quatre Plafonds et huit Plafonds mensuels de la Sécurité sociale - Les montants affichés tiennent compte de l'allègement de 3,50 €

Cotisations Frais de santé 2017 – Régime Enfants salariés

	MA PRÉVOYANCE SANTÉ PART SALARIÉ
Régime général	49,16 €
Alsace-Moselle	31,98 €
Option	3,58 €

EN SAVOIR +

Toutes les informations concernant la prévoyance sont disponibles sur le site www.maprevoyancebysafran.fr (mot de passe : SAFRANPREVO9) accessible sur internet ou depuis l'Intranet Groupe (Insite/espace RH/Rémunération et avantages sociaux)

QUELLES ÉVOLUTIONS DANS MES REMBOURSEMENTS ?

La nouvelle convention médicale a été signée le 25 août 2016. Elle régit les relations entre l'assurance maladie et les médecins de ville.

Les syndicats de médecins signataires et la Sécurité sociale se sont accordés à cette occasion, sur une évolution des bases de remboursement de la Sécurité sociale en 2017. Il s'agit des tarifs fixés par la Sécurité sociale pour chaque acte médical et sur la base desquels sont calculés les remboursements de la Sécurité sociale ainsi que la plupart des remboursements de votre régime Frais de santé.

Attention : ces revalorisations interviennent à des dates différentes, tout au long de l'année 2017.

En pratique, cela conduit à revaloriser également les remboursements de votre régime Frais de santé.

La base de remboursement pour une consultation de médecin généraliste passe de 23 € à 25 € au 1^{er} mai 2017. La base de remboursement pour une consultation de médecin spécialiste "correspondant" (recommandé par le médecin traitant) passe de 28 € à 30 € au 1^{er} juillet 2017.

Vous pouvez consulter l'intégralité des évolutions des bases de remboursement et de leurs dates d'effet en page 5.

La convention médicale remplace également au 1^{er} janvier 2017 le "Contrat d'accès aux soins" (CAS) par "l'Option pratique tarifaire maîtrisée" (OPTAM ou OPTAM-CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens).

RAPPEL

Contrat d'accès aux soins (CAS), devenant OPTAM, OPTAM-CO au 1^{er} janvier 2017 : dispositif national mis en place en 2014 par lequel un praticien "conventionné secteur 2" (c'est-à-dire autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires) ou certains praticiens "conventionnés secteur 1" (non autorisés en général à pratiquer des dépassements d'honoraires), s'engagent auprès de la Sécurité sociale à limiter leurs dépassements.

Exemple 1 :

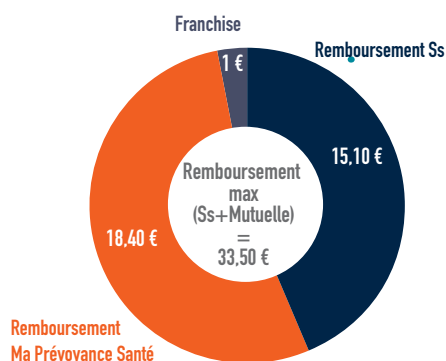
Vous bénéficiez du régime de base Ma Prévoyance Santé et consultez un médecin généraliste secteur 2 non-adhérent à l'OPTAM (anciennement "Contrat d'accès aux soins")

AVANT LE 1^{ER} MAI 2017

La base de remboursement est de 23 €.

La Sécurité sociale prend en charge 70 % de cette base de remboursement, moins la participation forfaitaire de 1 € à la charge de l'assuré, soit 15,10 €.

Ma Prévoyance Santé prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (6,90 €) et jusqu'à 50 % de la BR (11,50 €), soit 18,40 € en plus de la Sécurité sociale.

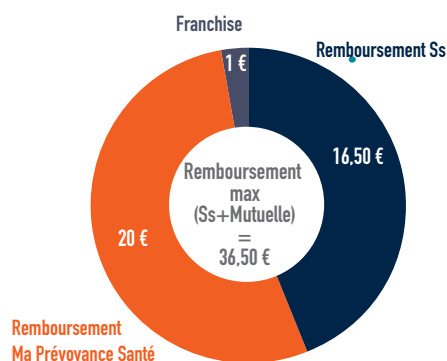


À PARTIR DU 1^{ER} MAI 2017

La base de remboursement est de 25 €.

La Sécurité sociale prend en charge 70 % de cette base de remboursement, moins la participation forfaitaire de 1 € à la charge de l'assuré, soit 16,50 €.

Ma Prévoyance Santé prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (7,50 €) et jusqu'à 50 % de la BR (12,50 €), soit 20 € en plus de la Sécurité sociale.



Ss = Sécurité sociale

Base de remboursement = tarifs fixés par la Sécurité sociale pour chaque acte médical et sur la base desquels sont calculés les remboursements de la Sécurité sociale ainsi que la plupart des remboursements de votre régime Frais de santé.

Franchise : une franchise de 1 € restant à la charge de l'assuré est appliquée pour chaque consultation de médecin. Cette franchise ne peut être remboursée par votre complémentaire santé.

Autrement dit, à partir du 1^{er} mai 2017, le remboursement global maximal (Sécurité sociale et mutuelle) est atteint à partir de 37,50 € de dépense pour ce type de consultation. Si le coût de celle-ci était supérieur, le remboursement global resterait limité à 36,50 €.

Exemple 2 :

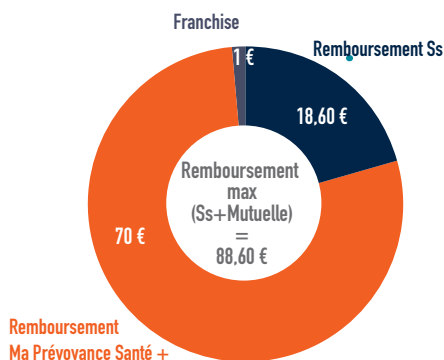
Vous avez souscrit à l'option Ma Prévoyance Santé + et consultez un médecin spécialiste secteur dans le respect du parcours de soins adhérent à l'OPTAM (anciennement "Contrat d'accès aux soins")

AVANT LE 1^{ER} JUILLET 2017

La base de remboursement est de 28 €.

La Sécurité sociale prend en charge 70 % de cette base de remboursement, moins la participation forfaitaire de 1 € à la charge de l'assuré, soit 18,60 €.

Ma Prévoyance Santé + prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (8,40 €) et jusqu'à 220 % de la BR (61,60 €), soit 70 € en plus de la Sécurité sociale.

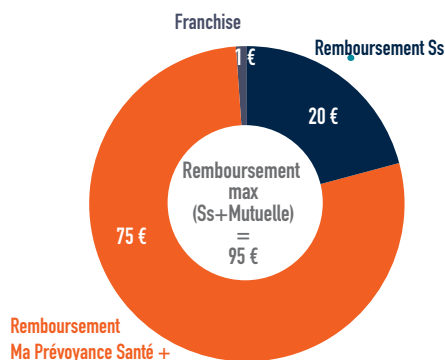


À PARTIR DU 1^{ER} JUILLET 2017

La base de remboursement est de 30 €.

La Sécurité sociale prend en charge 70 % de cette base de remboursement, moins la participation forfaitaire de 1 € à la charge de l'assuré, soit 20 €.

Ma Prévoyance Santé + prend en charge le ticket modérateur de 30 % de la BR (9 €) et jusqu'à 220 % de la BR (66 €), soit 75 € en plus de la Sécurité sociale.



Ss = Sécurité sociale

Base de remboursement = tarifs fixés par la Sécurité sociale pour chaque acte médical et sur la base desquels sont calculés les remboursements de la Sécurité sociale ainsi que la plupart des remboursements de votre régime Frais de santé.
Franchise : une franchise de 1 € restant à la charge de l'assuré est appliquée pour chaque consultation de médecin. Cette franchise ne peut être remboursée par votre complémentaire santé.

Autrement dit, à partir du 1^{er} juillet 2017, le remboursement global (Sécurité sociale et mutuelle) est atteint à partir de 96 € de dépense pour ce type de consultation. Si le coût de celle-ci était supérieur, le remboursement global resterait limité à 95 €.

Ces évolutions dans vos remboursements résultent d'une modification de la réglementation nationale et ne sont donc pas spécifiques à Safran. La législation est également intervenue en matière de capitaux décès en encadrant la recherche des bénéficiaires et en introduisant des règles de revalorisation.

ÉVOLUTION DES BASES DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Bases de remboursement applicables en 2017 - médecins de secteur 1 ou ayant souscrit à l'OPTAM

	Nouvelle BR	Date d'application	Pour mémoire, BR 2016
Généralistes			
Consultation	25 €	1 ^{er} mai 2017	23 €
Avec majoration enfant de - de 6 ans	30 €	1 ^{er} mai 2017	28 €
Avec majoration de coordination	30 €	1 ^{er} juillet 2017	28 €
Spécialistes			
Consultation dans le cadre du parcours de soins	30 €	1 ^{er} juillet 2017	28 €
Avis ponctuel	48 €	1 ^{er} octobre 2017	46 €
	50 €	1 ^{er} juin 2018	
Psychiatres, neuropsychiatres, neurologues	39 €	1 ^{er} juillet 2017	37 €
Cardiologues	47,73 €	1 ^{er} novembre 2017	45,73 €
Pédiatres : consultation enfant de 2 à 6 ans	32 €	1 ^{er} mai 2017	31 €
+ Création de deux nouvelles consultations "à forts enjeux de santé publique ou complexes »			
Consultation complexe*	46 €	1 ^{er} novembre 2017	-
Consultation très complexe**	60 €	1 ^{er} novembre 2017	(2017)

*Pathologies complexes (sclérose en plaques, épilepsie...) ou fort enjeu public, notamment 1^{re} consultation de contraception et de prévention des MST pour les jeunes filles de 15 à 18 ans ; prise en charge des enfants de moins de 12 ans en risque avéré d'obésité, etc.

**Notamment consultations d'annonce de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neuro-dégénérative.

3 LOI ECKERT : REVALORISATION DES CAPITAUX



QU'EST-CE QUE LA LOI ECKERT ?

Effective depuis le 1^{er} janvier 2016, la loi Eckert vise à **garantir une meilleure protection des bénéficiaires de contrats d'assurance-vie, de prévoyance ou de santé** avec des garanties obsèques. Elle **renforce les obligations des organismes assureurs en matière de recherche des bénéficiaires** des contrats afin que le choix et l'engagement du défunt soient respectés. Cela résulte du constat fait par l'Etat qu'un grand nombre de capitaux d'assurance vie ou décès n'étaient pas versés aux bénéficiaires.

QUELLE REVALORISATION POUR LES CAPITAUX ?

Conformément à la loi Eckert, le capital décès sera revalorisé au lendemain du jour du décès et se poursuivra jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement de la prestation. Celles-ci doivent être demandées par l'assureur dans les 15 jours suivant la réception de l'avis de décès. Humanis (l'assureur prévoyance pour le risque décès) verse le capital ou la rente garantis au bénéficiaire à compter de la réception des pièces dans un délai d'un mois. À défaut, des pénalités de retard sont dues.

COMMENT SONT EFFECTUÉES LES RECHERCHES ?

La loi prévoit la recherche des bénéficiaires par les organismes assureurs.

Au bout de 10 ans, à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur, les sommes concernées par un contrat en déshérence sont reversées à la Caisse des dépôts et consignations.

Au bout de 20 ans, à compter de la date de dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations, les sommes sont acquises à l'État et il n'est plus possible de les réclamer.

Soit un délai total de 30 ans.

