

Entretien

Caroline Aubry,
Directrice Générale
Adjointe.

Juridique

Arrêts maladies : des
précisions sur la contre-
visite médicale.

En bref

Catégories objectives et
obligation de mise en
conformité.

6, avenue du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé
CS 50993 60014 - Beauvais cedex. www.ccmo.fr
Tel. : 03 44 06 90 00 - Mutuelle régie par le livre II
du Code de la Mutualité - N°780508073.



Édito



Pol-Henri Minvielle

Directeur général

Les Jeux Olympiques 2024 se sont achevés il y a quelques semaines rappelant les valeurs universelles du sport : dépassement de soi, excellence et résilience. Ces qualités résonnent avec notre réalité professionnelle. Dans un environnement économique exigeant, les entreprises doivent ajuster leurs stratégies, améliorer leurs processus et innover pour anticiper les transformations de leur secteur.

À l'image des équipes sportives, elles doivent opter pour une vision à long terme tout en s'adaptant rapidement. Dans le secteur de la santé, où les attentes et les coûts évoluent, il est essentiel de répondre avec efficacité. CCMO Mutuelle s'inspire de cet esprit olympique et anticipe les évolutions du marché de la santé. Notre volonté reste la même, être une mutuelle indépendante, acteur majeur en santé et en prévoyance, qui soit la référence au niveau territorial tout en ayant une compétence nationale au seul service de ses adhérents.

Les prochaines semaines verront l'application de nouvelles mesures importantes suite à la dernière convention médicale signée le 4 juin. Il nous faudra considérer également les annonces qui pourraient figurer dans la loi de financement de la Sécurité sociale 2025. Autant de mesures pour lesquelles l'ensemble de nos équipes restent mobilisés pour vous accompagner dans vos enjeux sociaux.

Dossier



Consultations chez le médecin et le dentiste : ce qui va changer pour les patients

La nouvelle convention médicale et l'avenant N°1 à la convention dentaire, adoptés au printemps et à l'été 2024, impliquent une série d'évolutions. Tour d'horizon.

En décembre prochain, la consultation chez le médecin généraliste passera à 30 €. Cette revalorisation est la mesure phare de la dernière convention médicale, signée le 4 juin 2024 par l'Assurance Maladie, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) représentant les trois familles de complémentaires santé, et les syndicats des médecins libéraux. Pour rappel, ces tarifs avaient déjà augmenté, de 25 € à 26,50 €, fin 2023. Cette hausse sera intégralement prise en charge par les complémentaires

santé et l'Assurance Maladie. En revanche, les honoraires perçus pour une téléconsultation restent fixés à 25 €. Les tarifs vont également grimper chez certains spécialistes. Face à la détérioration de la santé mentale des Français depuis la crise sanitaire, un effort est fait pour les psychiatres. Le prix des consultations augmentera de 51,70 € à 57 € (en juillet 2025). Chez les gynécologues, ils passeront à 40 € et pour les gériatres à 42 €, à la même échéance.

L'accent est également mis sur la santé de l'enfant. Les tarifs des consultations





>>>

obligatoires seront revalorisés jusqu'à 60 € ainsi que l'ensemble des rendez-vous chez le pédiatre pour les moins de 6 ans.

« Consultation longue » pour les plus âgés

Les plus de 80 ans pourront bénéficier d'une « consultation longue », à partir de janvier 2026. Facturée 60 €, elle concernera plusieurs situations particulières : sortie d'hospitalisation, déprescription pour les patients prenant au minimum 10 traitements, ou encore entrée dans un parcours médico-social (nécessitant le remplissage d'un dossier médico-administratif).

La convention comprend également des mesures visant à améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les déserts médicaux, à travers 10 engagements partagés. Les partenaires conventionnels entendent notamment stabiliser la part de patients en affection longue durée (ALD) sans médecin traitant sous le seuil de 2% dès l'année prochaine et augmenter le nombre de premières installations de généralistes de 5% par an.

Selon l'Unocam, « malgré une situation très dégradée des finances publiques et l'enjeu de la soutenabilité des cotisations des complémentaires santé, l'effort conjugué de l'Assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires santé permettra d'apporter un soutien inédit aux médecins libéraux dont

le rôle est essentiel dans la prise en charge des patients ». Au total, les différentes mesures représentent un investissement de 1,9 milliard € pour 2024-2028, dont 300 millions € pour les complémentaires santé. Une enveloppe qui permettra d'accompagner les médecins libéraux et construire avec l'Assurance Maladie des dispositifs bénéficiant aux patients.

Génération sans carie

L'avenant 1 à la convention des chirurgiens-dentistes libéraux a, quant à lui, été signé le 4 juillet 2024. Il prévoit un renforcement du programme « Génération sans carie », qui sera étendu jusqu'à 25 ans dès 2025 puis s'élargira progressivement jusqu'à la génération 1-28 ans en 2028. L'Unocam a ratifié le texte « dans le prolongement de sa signature de la convention conclue en juillet 2023 ». Par sa validation, l'union nationale entend confirmer « le plein engagement des organismes complémentaires dans le programme " Génération sans carie " et sa mise en œuvre ».

L'avenant prévoit également un élargissement du recours à la télé-expertise (qui permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un confrère) dans le champ bucco-dentaire. Elle pourra notamment être requise en cas de suspicion de cancer oral ou de maladie rare.

→ Question réponse ←



CPF : quelles sont les règles pour la participation financière obligatoire ?

Depuis le 2 mai 2024, chaque bénéficiaire du Compte personnel de formation (CPF) souhaitant mobiliser ses droits doit s'acquitter d'une participation obligatoire. Objectif ? Responsabiliser les salariés.

Cette contribution, prévue par la Loi de Finances pour 2023, est fixée à 100 € et s'applique automatiquement lors de l'achat d'une formation sur la plateforme Mon Compte Formation. Toutefois, certaines exceptions sont prévues. Les demandeurs d'emploi sont exonérés, de même pour les salariés disposant d'un financement de la part de leur employeur ou de leur opérateur de compétences (OPCO). Les personnes mobilisant leurs droits dans le cadre de leur Compte professionnel de prévention (C2P) ou bénéficiant d'un abondement « accident du travail ou maladie professionnelle » sont également exemptées.

En 2023, 1 335 900 formations ont été suivies dans le cadre du CPF, en baisse de 28 % par rapport à 2022, selon la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares). Ce recul s'explique par la mise en place de mesures de régulation et de sécurisation. Après un léger repli de 4%, les transports (dont le permis B) restent le domaine le plus sollicité, représentant un tiers du total. En revanche, la diminution apparaît beaucoup plus marquée pour les formations à la création d'entreprise, en langues vivantes et en secrétariat (respectivement -69 %, -40 % et -44 %).

Entretien

La fraude dans les mutuelles santé représente un défi de taille, avec des impacts significatifs pour les mutuelles elles-mêmes mais aussi pour l'ensemble des entreprises et leurs collaborateurs. **Entretien avec Caroline Aubry, Directrice Générale Adjointe et Directrice Conformité Coordination et Projet**, pour comprendre les efforts déployés pour lutter contre ce fléau et protéger les intérêts de toutes les parties prenantes.

“ La fraude est en constante augmentation ”

Qu'est-ce que la fraude aux mutuelles santé et quels sont les cas les plus courants ?

La fraude à la complémentaire santé est un phénomène en constante augmentation ces dernières années. Elle consiste à obtenir de la mutuelle le remboursement de dépenses de santé fictives ou dont le tarif a été artificiellement majoré. Cette fraude peut être le fait d'adhérents ou de professionnels de santé, et parfois résulte d'une complicité entre un adhérent et son professionnel de santé. Le plus souvent elle repose sur la production de documents falsifiés, mais elle peut également prendre la forme de facturation d'actes fictifs.

Quelles sont les stratégies et mesures mises en place par CCMO Mutuelle pour détecter et prévenir la fraude ?

Nous nous sommes équipés d'un logiciel de détection automatique de faux documents. De plus, nous avons développé des requêtes informatiques pour détecter automatiquement les demandes de remboursement suspectes, telles que l'achat de lunettes ou de lentilles sans consultation préalable d'un ophtalmologiste. Les sanctions peuvent aller de la radiation à l'exclusion d'un adhérent, ainsi qu'à la résiliation de la convention de tiers payant avec un professionnel de santé indélicat, sans exclure d'éventuelles poursuites contentieuses.



Caroline Aubry, Directrice Générale Adjointe et Directrice Conformité Coordination et Projet.

Quel est le volume de dossiers de fraude en cours de traitement ?

Du 1^{er} janvier au 30 juin 2024 nous avons détecté pour plus de 190 000 € de dossiers suspects, alors que sur l'ensemble de l'année 2023, ce montant s'élevait à un peu plus de 115 000 €. La lutte contre la fraude est un projet crucial pour CCMO Mutuelle,

dont le premier objectif est de protéger les intérêts de ses adhérents. Les prestations payées à tort entraînent une dérive de la sinistralité et se traduisent par une augmentation des cotisations.

Des initiatives sont-elles prévues pour renforcer la lutte contre la fraude ?

Une lutte efficace contre la fraude repose non seulement sur l'utilisation optimale des outils informatiques, mais aussi sur l'engagement de nos gestionnaires. L'alliance de l'humain et de la technologie est la clé du succès. La mutuelle prévoit donc de continuer à investir sur ces deux plans pour améliorer son taux de détection des dossiers frauduleux.

Il est crucial que chaque adhérent comprenne l'importance de cette démarche et les avantages qu'elle apporte à l'ensemble de la communauté. Les entreprises adhérentes jouent un rôle clé en sensibilisant leurs collaborateurs et en les informant des mesures de prévention.

Juridique

Arrêts maladie : des précisions sur la contre-visite médicale



Un décret du 5 juillet 2024 encadre les modalités de la contre-visite qui peut être diligentée par l'employeur lorsqu'un salarié est en arrêt maladie.

En cas d'absence au travail justifiée par un certificat médical, l'employeur qui verse des indemnités complémentaires peut requérir une contre-visite médicale par le médecin de son choix. Toutefois, ce dernier ne peut pas être médecin du travail ou médecin conseil de la Caisse primaire d'Assurance Maladie.

Le travailleur doit désormais indiquer à l'employeur l'adresse de son lieu de repos si celui-ci est différent de son domicile, dès le début de son arrêt de travail ainsi qu'à l'occasion de tout changement. Si l'arrêt de travail porte la mention « sortie libre » les horaires durant lesquels la contre-visite peut être réalisée doivent également être précisés.

La contre-visite peut se dérouler, sur décision du médecin soit au domicile du salarié ou lieu indiqué par celui-ci (sans délai de prévenance), soit à son cabinet (sur convocation). Le praticien informe ensuite l'employeur du caractère justifié ou non de l'arrêt de travail, ou de l'impossibilité de procéder au contrôle pour un motif imputable au salarié.

CATÉGORIES OBJECTIVES : QUELLES OBLIGATIONS DE MISE EN CONFORMITÉ ?



Pour les entreprises ayant mis en place un régime de protection sociale complémentaire avant le 1^{er} janvier 2022, l'acte fondateur (DUE ou accord collectif) instaurant les garanties collectives doit être modifié avant le 31 décembre 2024.

Cette modification fait l'objet du décret du 30/07/2021, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2022, et relatif à la nouvelle définition des catégories objectives.

Avant le décret du 30/07/2021 : les catégories objectives étaient définies par la CCN AGIRC

Avec l'application du décret, les catégories objectives sont définies par l'ANI du 17/11/2017 issu de la fusion AGIRC/ARRCO, pour le régime de protection sociale complémentaire collectif.

Quelles sont les nouvelles références des catégories Cadres et Non-Cadres ?

ANCIENNES DÉNOMINATIONS	NOUVELLES DÉNOMINATIONS
Cadres : Article 4 et 4bis de la CCN AGIRC	Cadres : Article 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017
Non-Cadres : personnel ne relevant pas des articles 4 et 4bis de la CCN AGIRC	Non-Cadres : Personnel ne relevant pas des articles de 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17/11/2017

En l'absence d'agrément APEC, les articles 36 de la convention AGIRC du 14 mars 1947 doivent être rattachés à



la catégorie « Personnel ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI du 17 novembre 2017 ».

Point d'attention sur les accords collectifs agréés par la Commission paritaire APEC :

Le décret du 30 juillet 2021 prévoit que l'intégration de certains salariés non-cadres à la catégorie des cadres peut être prévue par accord interprofessionnel ou professionnel ou convention de branche, sous réserve d'être agréé par la Commission paritaire rattachée à l'APEC.

En conséquence, il vous appartient de vérifier en fonction de la convention collective appliquée à votre entreprise, si un accord collectif ou une convention a été conclu dans ce sens, et agréé par la Commission paritaire de l'APEC.

Quelle entrée en vigueur ?

Le décret du 30/07/2021 est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, mais autorisait une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024, sous réserve :

→ Qu'aucune modification de l'acte fondateur relative au champ d'application des bénéficiaires du régime de protection sociale complémentaire ne soit intervenue avant cette date.

→ Que le régime soit mis en place avant le 01/01/2022.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2025, votre acte fondateur devra être mis en conformité. En cas de contrôle, et en cas de non-mise en conformité, votre entreprise sera en risque URSSAF et pourrait se voir retirer le régime fiscal et social de faveur obtenu grâce à la mise en place d'un contrat collectif.

FACTURATION ÉLECTRONIQUE : BIENTÔT DE NOUVELLES OBLIGATIONS



Depuis 2020, les factures adressées par les entreprises aux structures publiques doivent être dématérialisées. Cette obligation sera prochainement étendue au secteur privé.

La facturation électronique (ou « e-invoicing ») concernera l'ensemble des opérations d'achats et de ventes de biens et services entre des entreprises assujetties à la TVA. Le déploiement devait initialement démarrer le 1^{er} juillet 2024 mais la loi de finances pour l'année en cours a fixé un nouveau calendrier. Les grandes entreprises et celles de taille intermédiaire seront concernées à partir du 1^{er} septembre 2026, puis les plus petites (PME et micro-entreprises) un an plus tard, soit le 1^{er} septembre 2027.

32%

des salariés pourraient quitter une entreprise à cause d'un déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

Source : baromètre du cabinet Randstad.