



L'année 2018 a été marquée par la préparation de la mise en œuvre de la délégation de gestion des prestations en nature auprès de la MSA (Mutualité Sociale Agricole). Cette délégation de gestion prendra effet au 2 janvier 2019. Une partie des activités qui étaient réalisées en interne à la CCAS ont été déléguées à la MSA, opérateur d'assurance maladie obligatoire qui gère de façon globale la protection des salariés et non-salariés agricoles (ayants droit et retraités).

Cette délégation de gestion a pour objectif d'améliorer l'efficacité de gestion de la CCAS, afin d'équilibrer les frais de fonctionnement de la Caisse sur le risque maladie. Les textes régissant les spécificités de la CCAS comme organisme de sécurité sociale intégré à l'entreprise ne sont pas remis en cause. Les prestations servies aux assurés sont maintenues et le régime spécial d'assurance maladie n'est pas modifié.

Les activités qui ont été déléguées concernent le traitement des remboursements des frais de santé, l'ouverture des droits, le traitement des dossiers CMU-C, l'accueil téléphonique et l'accueil physique des assurés sur ces sujets.

Les activités déléguées restent réalisées sous la responsabilité et le contrôle du Directeur de la CCAS et du responsable de la Comptabilité.

Cette délégation permet d'étendre l'accueil physique des assurés sur tout le territoire. Pour les remboursements des frais de santé, la gestion des droits, les dossiers CMU-C, les assurés de la RATP peuvent être accueillis en Ile-de-France dans neuf agences, dont l'une située dans les locaux du groupe Mutualiste RATP à Gare de Lyon, ou en région dans l'une des 144 agences de la MSA.

L'ensemble des points d'accueils (adresses, numéros de téléphone, heures d'ouverture,...) sont disponibles sur le site Internet de la CCAS.

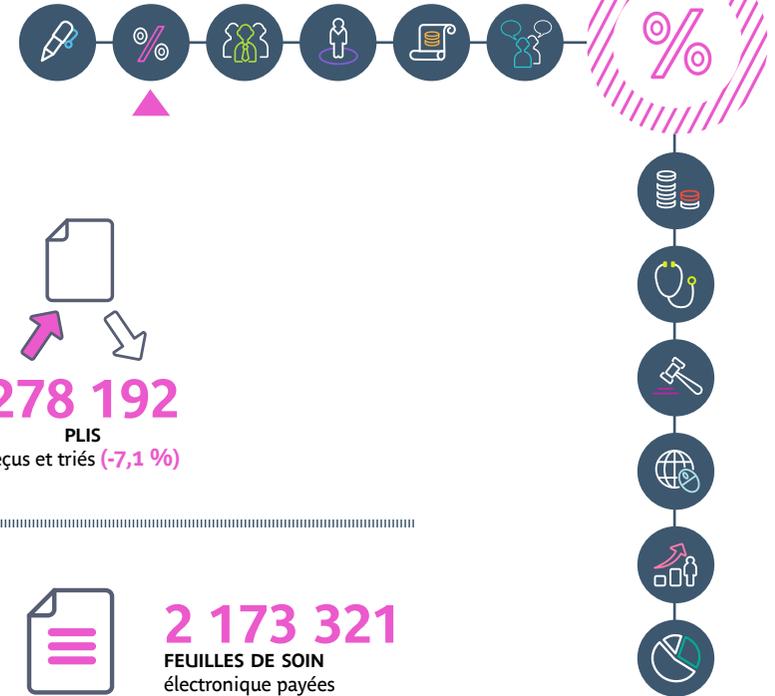
Ce site Internet ne cesse d'ailleurs de croître chaque année en nombre d'assurés qui optent pour la dématérialisation du remboursement de leurs feuilles de soins (+14 % en 2018 et + 13 % en 2017). Nous sommes à fin décembre à 35 771 assurés « webétiques ».

Je tiens à remercier les agents de la CCAS qui ont permis, par leur engagement quotidien et leur implication la bonne gestion de notre régime.

Le Directeur de la CCAS



Les Chiffres clés



109 885
RESSORTISSANTS

10 704
PERSONNES
accueillies (-3,5 %)

4 526
DOSSIERS DÉPOSÉS
à l'accueil (hors décembre 2018)

278 192
PLIS
reçus et triés (-7,1 %)

43 017
APPELS REÇUS
par les conseillers à
l'accueil téléphonique



39 347
APPELS TRAITÉS
soit un taux
de 92 % (+6 %)

130 550
FEUILLES DE SOIN
papier payées



2 173 321
FEUILLES DE SOIN
électronique payées

35 771
ASSURÉS
ayant opté pour la
dématérialisation des flux
(+14 %)

5 470
MESSAGES REÇUS
via le web-service dédié
« mes messages mes réponses »
(-11 %)

109
DÉCLARATIONS
de maladies
professionnelles
traitées



931
DÉCLARATIONS
d'accident de trajet
traitées

4 257
DÉCLARATIONS
d'accident du
travail traitées



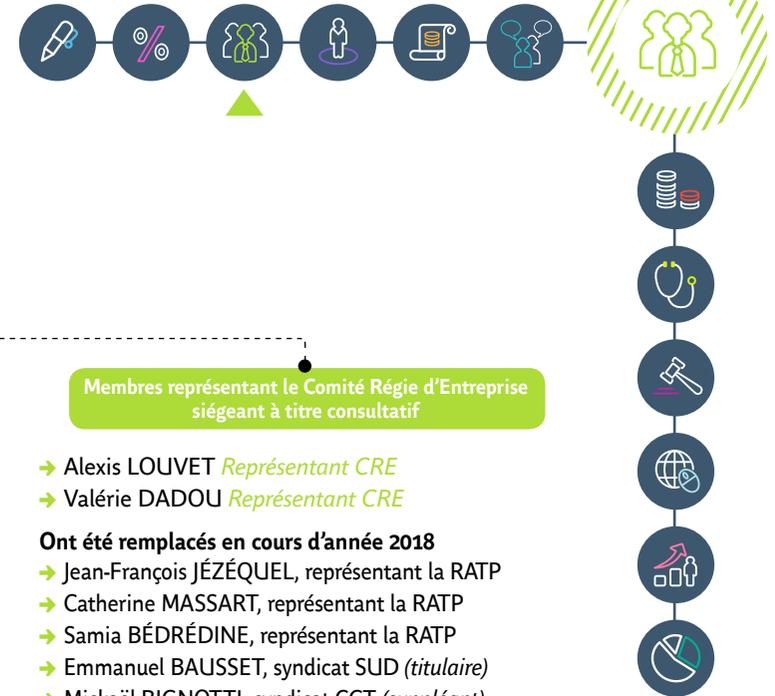
2 870 €
DE DÉPENSE MOYENNE
annuelle par bénéficiaire



14 777 352,15 €
DE COÛT DE FONCTIONNEMENT
du risque Maladie (hors charges exceptionnelles)

Le Conseil d'Administration

au 31 décembre 2018



Conformément aux dispositions de l'article 5 du décret n° 2004-174 du 23 février 2004, la CCAS est gérée par un Conseil d'administration paritaire dont la composition, au 31 décembre 2018, est la suivante :

Présidente du Conseil d'administration
Laurence COCHET
Présidente de la commission de contrôle financier

Membres administrateurs titulaires représentant la RATP

- Franck BARABAS
- Estelle BOYER
Présidente de la commission de recours amiable du risque AT/MP
- Alain BRILLION
- Geneviève CHARPENTIER
Présidente de la commission des rentes AT/MP
- Marie CHEVREUL
- Yves CREFF
- Sylvie FREDON-BONNAFÉ
- Annick GRENÈCHE
- Corinne HERREMANS
- Pierrette LACOUR
- Marc LAJUS
- Sylvie LAMOUREUX
- Véronique LUNEAU
- Pascal PAVARD
Président de la commission invalidité
- Hasina SAYED
- Charlotte TISSERAND
- Pascale VALETTE
- Caroline VANDENBORE
Présidente de la commission de recours amiable du risque maladie-maternité
- Eliette VENZIN

Membres administrateurs titulaires représentant les affiliés

CFE-CGC

- Annick NARDELLI (*suppléant Gilles Lafontan*)
- Jean-Pierre PLAULT (*suppléant Michel Satabin*)
Président de la commission action sociale et prévention
- Jean Marc GRISONI

CGT

- Marc DOREY (*suppléant Fabien Cosnefroy*)
- Sandra CROISIC (*suppléant Alain Landre*)
- Aziz BOUKRIF (*suppléant Tony Enesa*)
- Patrick MOUSSIN (*suppléant Yannick Stec*)
- Jean-Christophe TURLURE (*suppléante Corinne Joachim*)
- Frédéric LE GOFF
Président de la commission des secours

FO

- Philippe NAVET (*suppléant Olivier Chassagne*)

SUD

- Jean-Christophe DELPRAT (*suppléant Pascal Denoer*)
- Mikaël SPANO-OZIER (*suppléant Franck Clément*)
- Manuel MENDÈS (*suppléant Eric Vellard*)
- Hervé TÉCHER

UNSA

- Olivier GALLE (*suppléante Hassina Le Trouher*)
- Hervé CUSENIER (*suppléante Karine Charpentier*)
- Matthieu Murga PERRILLIAT (*suppléant Khalid Dalil*)
- David TÉTART

Retraités

- Geneviève NOËL *Retraitée CGT*
- Bernard COUDERT *Retraité LISTE COMMUNE*

Membres représentant le Comité Régie d'Entreprise siégeant à titre consultatif

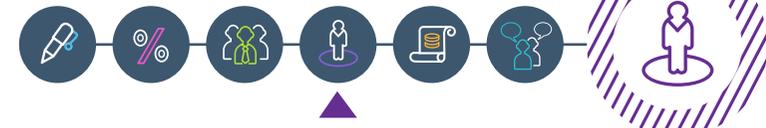
- Alexis LOUVET *Représentant CRE*
- Valérie DADOU *Représentant CRE*

Ont été remplacés en cours d'année 2018

- Jean-François JÉZÉQUEL, représentant la RATP
- Catherine MASSART, représentant la RATP
- Samia BÉDRÉDINE, représentant la RATP
- Emmanuel BAUSSET, syndicat SUD (*titulaire*)
- Mickaël BIGNOTTI, syndicat CGT (*suppléant*)
- Arnaud MOINET, syndicat CGT (*suppléant*)
- Lionel OMALY, syndicat CGT (*titulaire*)
- Jean-Jacques LHOUMAUD, FO (*titulaire*)

En 2018, le Conseil d'administration s'est réuni 11 fois.

Les ressortissants ^{1/4}



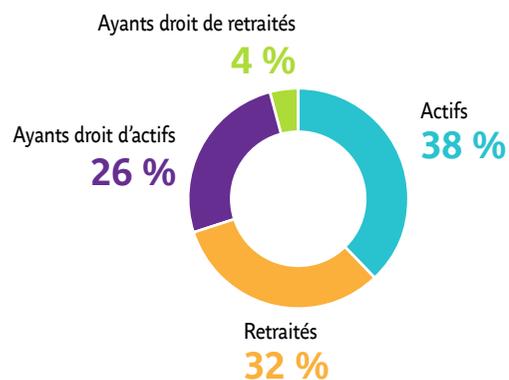
Le nombre de ressortissants de la Caisse est passé de 109 417 en 2017 à 109 885 en 2018, soit une augmentation de 468 personnes.

→ Répartition des 109 885 ressortissants

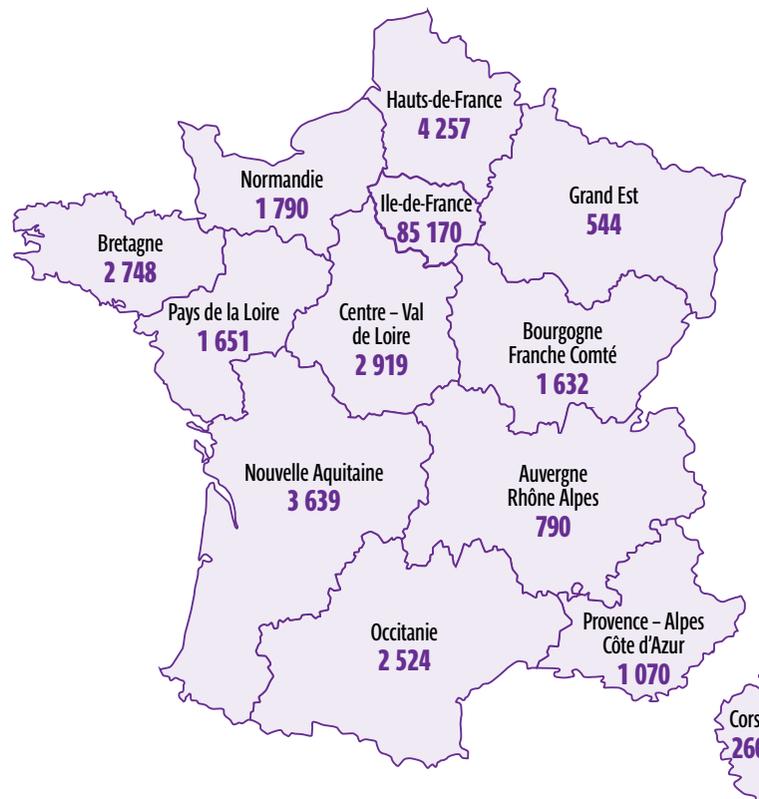
	2017	2018	Variation
Actifs	41 728	41 515	-213
Retraités	35 010	34 967	-43
Ayants droit d'actifs	28 079	28 965	+885
Ayants droit de retraités	4 600	4 438	-162

En 2018, le nombre d'ayants droit actifs augmente (+886) en comparaison aux actifs, retraités et ayants droit de retraités (-418).

→ La structure de la population est la suivante :



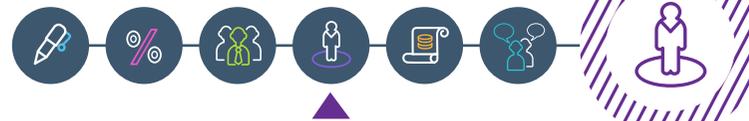
→ Répartition des ressortissants par région



776
de nos
ressortissants
résident dans
les DROM

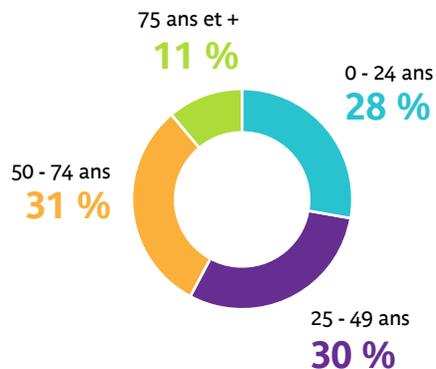
175
sont domiciliés
à l'étranger





RÉPARTITION DES ASSURÉS PAR TRANCHE D'ÂGE

→ Population totale par tranche d'âge

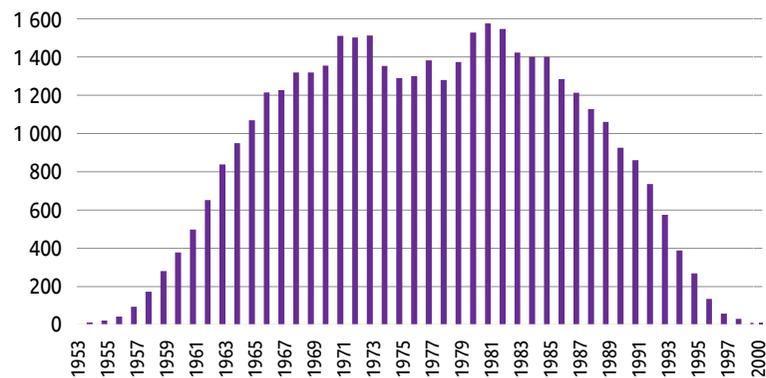


LES AGENTS ACTIFS AU SEIN DE NOTRE RÉGIME

La population active de notre régime est masculine à 79,81 %. La moyenne d'âge est de 41,5 ans contre 40,7 ans en 2017. Le plus jeune actif est né en 2000 et les plus anciens sont nés en 1953, soit une population active de 18 à 65 ans (identique à 2017).

Les années les plus représentées correspondent aux importantes vagues de recrutement de la RATP.

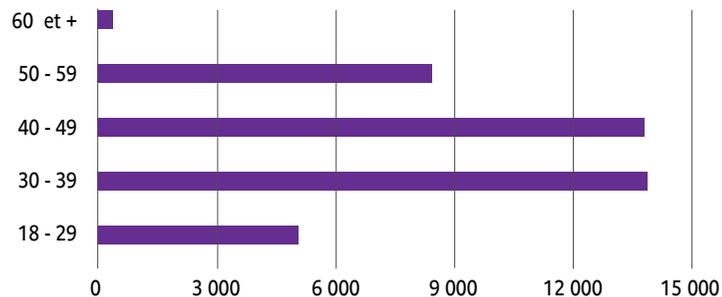
→ Actifs par année de naissance



Les ressortissants 3/4

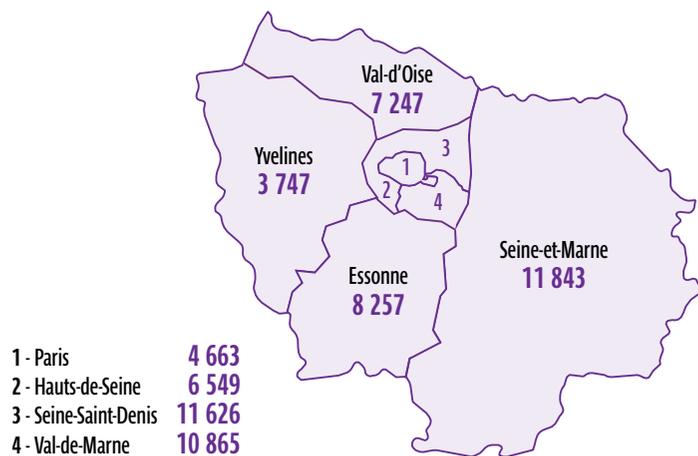


→ Actifs par tranche d'âge

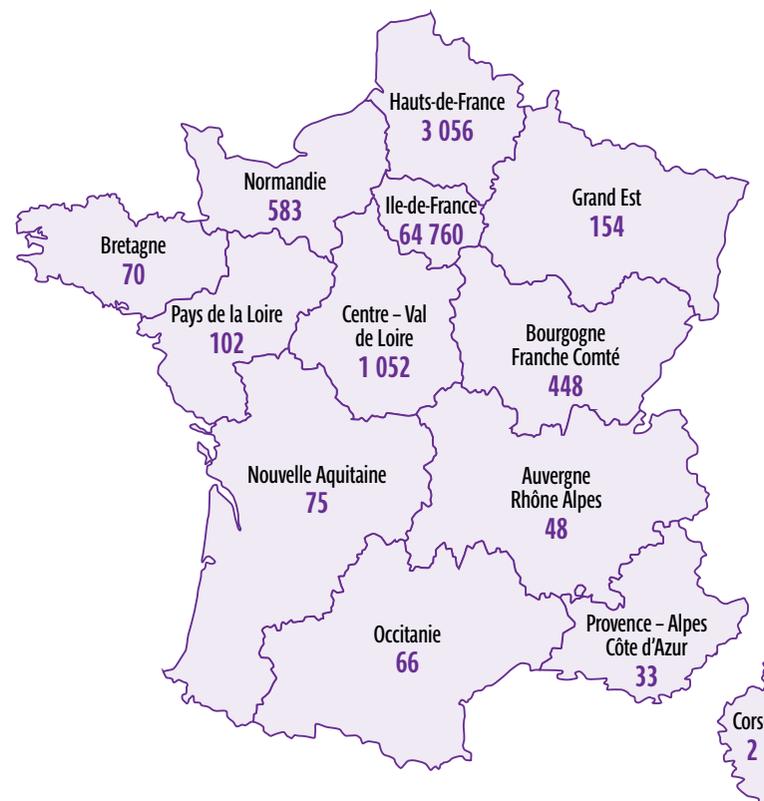


En terme géographique, s'il est logique de retrouver une très forte proportion de cette population dans les différents départements d'Île-de-France (92 % des actifs et de leurs ayants droit y résident), on en trouve aussi 4,33 % en Hauts-de-France et 1,49 % dans la région Centre-Val de Loire.

→ Répartition des actifs et de leurs ayants droit en Île-de-France



→ Répartition des actifs et de leurs ayants droit par région

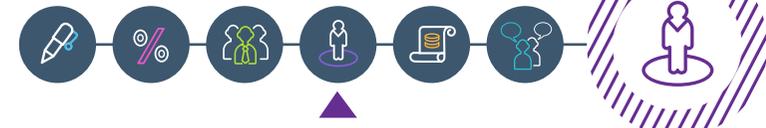


4
des actifs résident dans les DROM

3
sont domiciliés hors de France



Les ressortissants 4/4

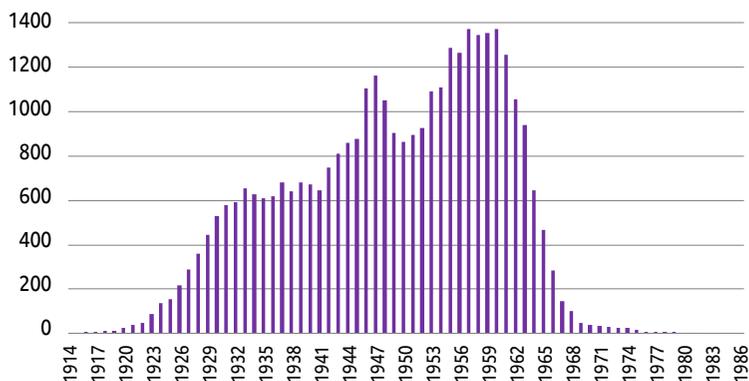


LES RETRAITÉS AU SEIN DE NOTRE RÉGIME

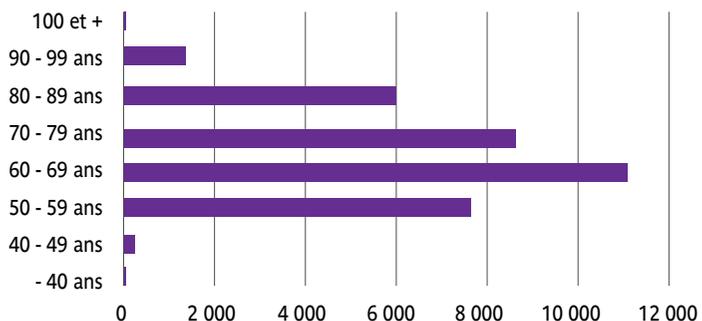
La population retraitée est largement masculine : 77,23 %.

Les retraités sont âgés de 32 à 105 ans, avec une moyenne de 68,5 ans.

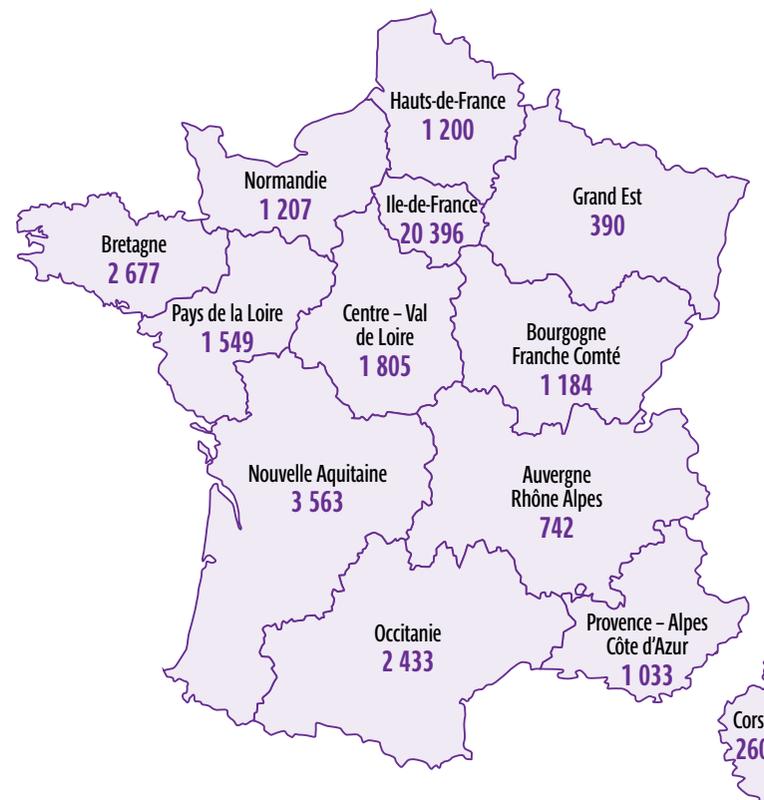
→ Retraités par année de naissance



→ Retraités par tranche d'âge



→ Répartition des retraités et de leurs ayants droit par région



770
des retraités résident dans les DOM

172
sont domiciliés hors de France



Les prestations en nature ^{1/2}



L'Entité Prestations en Nature est répartie en deux pôles, outre le service de la gestion documentaire :

- le Pôle production
- le Pôle service

LE PÔLE PRODUCTION

Le délai moyen de traitement des feuilles de soin papier a été de 3,75 jours sur l'année 2018 pour un objectif fixé à 5 jours.

130 550 feuilles de soins papier et 2 173 321 feuilles de soins électroniques ont été reçues, représentant ainsi un pourcentage de 94 % contre 6 % de feuilles de soins papier. Soit une augmentation de 0,59 % de flux dématérialisés par rapport à l'année 2017.

→ Répartition FSE (Feuilles de Soins Electroniques) et FSP (Feuilles de Soins Papier) 2018

Catégories	Répartition des factures électronique reçues par professionnel de santé		Répartition des factures papier reçues par professionnel de santé		Taux de télétransmission par professionnel de santé 2018	Taux de télétransmission par professionnel de santé 2017	Variations
	Quantité	Taux	Quantité	Taux			
Pharmacies	932 814	42,92 %	8 658	6,63 %	99,08 %	99,01 %	+0,07 %
Fournisseurs	65 570	3,02 %	18 163	13,91 %	78,31 %	75,72 %	+2,59 %
Auxiliaires	196 483	9,04 %	6 144	4,71 %	96,97 %	96,63 %	+0,34 %
Laboratoires	193 346	8,90 %	2 471	1,89 %	98,74 %	98,19 %	+0,55 %
Transports	50 588	2,33 %	4 706	3,60 %	91,49 %	89,40 %	+2,09 %
Etablissements	160 749	7,40 %	4 020	3,08 %	97,56 %	96,72 %	+0,84 %
Médecins	573 771	26,40 %	81 427	62,37 %	87,57 %	87,05 %	+0,52 %
Divers			3 537	2,71 %			
Régularisation			1 424	1,09 %			
TOTAL	2 173 321	100,00	130 550	100,00	94,33 %	93,74 %	0,59 %



Les prestations en nature

2/2

ACCUEIL SOMMAIRE



LE PÔLE SERVICE ET PRESTATIONS

43 017
APPELS REÇUS
(soit 442 appels de moins qu'en 2017)



39 347
APPELS TRAITÉS
soit un taux de 92 %
(+6 % par rapport à 2017)

10 704
ASSURÉS REÇUS
à l'accueil physique
(- 392 assurés par rapport à 2017)



4 526
DOSSIERS DÉPOSÉS
à l'accueil
(hors mois de décembre 2018)



5 470
MESSAGES REÇUS
via le télé-service dédié
« mes messages mes réponses »
sur le site ccas-ratp.fr



3 496
DÉCLARATIONS
de médecins traitants
enregistrées



2 139
OUVERTURES
DE DROIT



434
DÉCLARATIONS
de maternité saisies



935
DEMANDES
de cures thermales
traitées (-6 % par
rapport à 2017)



Remarque :

Tous les chiffres du mois de décembre n'ont pu être alimentés, du fait de la délégation de gestion des activités des Prestations en nature (remboursements des frais médicaux et de la relation de service de nos assurés). En effet depuis le 28 novembre 2018 notre partenaire MSA (Mutuelle Sociale Agricole) est en charge de la liquidation des feuilles de soins pour le compte de la CCAS de la RATP.

Nous enregistrons cette année une baisse du nombre d'accès aux télé-services sur le site internet CCAS-RATP à hauteur de -2,73 % avec 317 653 connexions.

Toutefois, le nombre de ressortissants ayant opté pour la dématérialisation des flux a bénéficié d'une hausse de 13,56 % sur l'année 2018, s'établissant à 35 771 assurés, ce qui représente 46,77 % des assurés de la CCAS.

L'utilisation du service « mes messages, mes réponses », dédié aux assurés et accessible depuis leur espace personnel sur le site ccas-ratp.fr est en augmentation constante.

GESTION DOCUMENTAIRE

278 192 plis ont été réceptionnés et triés, soit une baisse de 7,1 % par rapport à l'année 2017.



L'action sociale et la prévention 1/7

ACCUEIL

SOMMAIRE



Les travaux de la commission « Action Sociale et Prévention », validés par le Conseil d'administration de la CCAS, ont amené :

- La suspension du Bilan Orthodontique compte tenu d'un taux d'utilisation proche de zéro.
- La participation de la CCAS au Moi(s) sans tabac par le financement de substituts nicotiques délivrés gratuitement aux agents lors de cette campagne organisée au sein de la RATP.

LA PRÉVENTION

Chaque année, la CCAS propose à ses ressortissants de participer aux campagnes nationales (dépistage des cancers du sein, colorectal, prévention bucco-dentaire M'T dents et des femmes enceintes...) et aux campagnes institutionnelles récurrentes (bilan orthodontique pour les enfants âgés de 6, 9, 12, et 15 ans, les maladies prostatiques, la prévention gynécologique).

LA COMMUNICATION

L'équipe Action Sociale et Prévention a communiqué dans le périodique **RESPIRE** sur :

- L'aide complémentaire à l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)
- L'aide à l'achat d'une prothèse capillaire
- L'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)
- La participation de la CCAS au Moi(s) sans tabac par le financement de substituts nicotiques.
- L'aide aux vacances en faveur des enfants handicapés.

Des informations « flash » ont également été publiées sur le site de la CCAS concernant les campagnes de prévention des cancers et sur l'aide aux vacances pour les enfants handicapés.

Les décomptes ont été utilisés pour des messages d'information sur l'aide au diabétique de type 1 et sur les séjours en colonies pour les enfants handicapés.

LE FORFAIT DÉPENDANCE

Cette prestation, est destinée à prendre en charge une partie du forfait dépendance pour les assurés placés en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes.

526 personnes ont bénéficié du forfait dépendance d'un montant maximum de 165 € (518 en 2017).



L'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (AMD-PA)

Elle offre la possibilité aux ressortissants, qui rencontrent un problème de santé limitant leur autonomie, de recevoir des Chèques Emploi Service Universel (CESU) pour le paiement de tout ou partie des services favorisant leur maintien à domicile. Cette prestation est la plus importante en volume et en budget. On compte 1 012 assurés, dont 106 nouvelles demandes.

Le nombre de dossiers toujours actifs en fin d'année a baissé de 5 %.

Comme les années précédentes une forte majorité des bénéficiaires de l'AMD-PA se situe dans la tranche d'âge 80-89 ans (51 %) et dans le GIR 4 (25 %) et le GIR 6 (35 %).

→ Statistiques de consommation par sexe et par tranche d'âge (source chèque domicile chiffres provisoires)

Tranches d'âge	FEMME			HOMME			Nombre total d'utilisateurs
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'utilisateurs	Taux d'utilisateurs	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'utilisateurs	Taux d'utilisateurs	
60 - 69 ans	7	7	100 %	27	21	78 %	28
70 - 79 ans	67	52	78 %	95	80	84 %	132
80 - 89 ans	227	187	82 %	261	210	80 %	397
90 ans et +	121	103	85 %	132	102	77 %	205

FEMME	HOMME
46 %	54 %

Le taux partiel de consommation des titres CESU émis du 1^{er} au 31 décembre 2018 est de 48 %.



L'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION (ARDH)

L'ARDH s'adresse aux pensionnés pour lesquels la réalisation de certaines tâches quotidiennes devient difficile et pour lesquels une récupération totale ou partielle de l'autonomie est envisagée dans un court délai.

L'ARDH a permis à 82 ressortissants de bénéficier de CESU pour 151 demandes (54 %).

16 dossiers n'ont pu aboutir pour les motifs suivants :

- Refus pour revenus supérieurs au barème (1 personne au-dessus du plafond Personne seule de 2 952 € et 2 du plafond Couple de 4 133 €)
- Refus pour perte d'autonomie (GIR 4) (1)
- Décès (8)
- Hors délai (3)
- Hors cadre (1 ressort de l'AMD-PA).

41 demandes ont été classées sans suite malgré plusieurs relances ou sur demande de l'assuré (6), suite à une entrée en EHPAD (2), demande étudiée dans le cadre de l'AMD-PA (1).

12 dossiers sont en cours d'instruction (demandes effectuées en fin d'année 2018), en attente de pièces.

Le taux de consommation de cette prestation est de 50 % pour les titres émis du 01/01/2018 au 31/12/2018.

Pour les années précédentes, le nombre de bénéficiaires était de :

- 102 en 2017
- 110 en 2016
- 111 en 2015.

LES SOINS PALLIATIFS À DOMICILE POUR UN PROCHE EN FIN DE VIE

Cette prestation a pour but de participer au financement de dépenses liées à l'intervention d'une garde malade ou d'une auxiliaire de vie et à la prise en charge de produits non remboursables par l'assurance maladie mais indispensables au confort du malade.

9 dossiers d'accompagnement pour les soins palliatifs ont été traités (9 en 2017, 4 en 2016, 13 en 2015). Mais, suite au décès d'un bénéficiaire, la prestation n'a pu être mise en place et 5 prestations ont pris fin en cours suite au décès des bénéficiaires.

LES CHÈQUES SOLIDARITÉ NOËL

Le Conseil d'administration de la CCAS souhaite, au moment des fêtes de fin d'année, apporter un témoignage de sa solidarité à ses ressortissants âgés ou modestes.

Quelques jours avant Noël, la CCAS a adressé des Chèques de services selon les nouvelles modalités d'attribution, soit :

- Pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS, 200 € par ouvrant droit et 50 € par membre de la famille affilié à la CCAS, et 200 € pour toutes les autres catégories de bénéficiaire.

RSA/CMUC	FSV	Article 86	Article 84 ½ T	Centenaires	CMUC		ACS	
					Ouvrant Droit	Membre de la famille	Ouvrant Droit	Membre de la famille
1	5	3	18	31	51	85	49	78





L'AIDE AU FOYER

La CCAS apporte une aide financière aux familles lorsque, pour des raisons sociales ou médicales, celles-ci doivent faire appel aux services d'aide à la personne pour l'accomplissement de certaines activités quotidiennes ayant trait à la vie familiale. Le règlement, pour tout ou partie de cette prestation, s'effectue directement au prestataire.

162 dossiers d'aide au foyer ont été traités (161 en 2017).

Pour l'aide au foyer à destination des femmes enceintes, l'équipe ASP a adressé 321 courriers de rappel au 6^e mois et 267 au 8^e de grossesse informant les futures mamans de l'existence de cette prestation.

Sur 462 déclarations de grossesse, 130 forfaits ont été accordés (138 forfaits pour 485 déclarations en 2017).

L'AIDE À LA MUTUELLE DES AGENTS (CMUC)

La CCAS prend en charge la cotisation mutuelle, tant que l'agent est bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC).

13 agents ont bénéficié de cette aide (13 agents en 2017).

L'AIDE COMPLÉMENTAIRE À L'AIDE LÉGALE ACS

L'aide complémentaire à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé, permet de bénéficier d'un montant maximal de 200 euros supplémentaire, dans la limite du montant de la cotisation payée et plafonnée à celui de la cotisation de la garantie de base tranche A - MPGR-PSCE ou contrat individuel.

Lors de la notification d'attribution de l'ACS par la CCAS, celle-ci y insère la fiche d'information sur cette prestation.

→ 7 dossiers ont été instruits en faveur de 7 foyers.

Statut (O-D / A-D)	Montant ACS accordé	Montant dû reste à charge	Montant de l'AACS attribué	Montant total AACS accordé pour la famille	Reste à charge après AACS
Agent O-D	200,00 €	242,00 €	200,00 €	800,00 €	42,00 €
Conjoint	200,00 €	242,00 €	200,00 €		42,00 €
Enfant	100,00 €	242,00 €	200,00 €		42,00 €
Enfant	100,00 €	242,00 €	200,00 €		42,00 €
Enfant	100,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €
Agent O-D	200,00 €	246,76 €	50,00 €	264,59 €	11,69 €
Conjoint	200,00 €	246,76 €	50,00 €		11,69 €
Enfant	100,00 €	140,93 €	35,20 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	172,51 €	43,13 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	172,51 €	43,13 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	172,51 €	43,13 €		0,00 €
Agent O-D	200,00 €	132,70 €	106,16 €	367,20 €	0,00 €
Conjoint	200,00 €	132,70 €	106,16 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	96,80 €	77,44 €		0,00 €
Enfant	100,00 €	96,80 €	77,44 €		0,00 €
Retraité O-D	133,34 €	161,33 €	133,34 €	133,34 €	27,99 €
Agent O-D	350,00 €	48,28 €	48,28 €	48,28 €	0,00 €
Retraité O-D	550,00 €	61,74 €	61,74 €		0,00 €
Retraité O-D	175,00 €	153,18 €	153,18 €	153,18 €	0,00 €





LA PRISE EN CHARGE « MUTUELLE ART 84 À DEMI-TRAITEMENT »

Cette prestation, qui prend en charge le paiement de la cotisation mutuelle obligatoire, concerne les assurés en Art 84 en demi-traitement, qui ont été en arrêt maladie pour une durée supérieure à 30 jours sur 2 mois.

On compte 44 bénéficiaires (46 agents en 2017).

LES PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES FACULTATIVES

Elles ont vocation à prendre en charge, sous certaines conditions, les dépenses de santé non remboursables en prestations légales ou bien la part restant à charge de l'assuré, après l'intervention de la CCAS et/ou de la Complémentaire Santé.

→ 24 prestations supplémentaires ont été versées

Type de PSF	AT	MP	Métier	Transport < 100 €	Transport ≥ 100 €	TOTAL
2018	12	1	0	11	0	24
2017	20	2	0	4	1	27

L'AIDE AU TRANSPORT SANTÉ

Cette prestation, attribuée sans condition de ressource, permet la prise en charge de 5 transports non remboursables en prestations légales dont le montant par transport est inférieur à 100 €.

→ 296 prestations ont été versées pour 158 assurés, dont :

- 8 ont bénéficié de la prise en charge des 5 transports
- 9 ont bénéficié de la prise en charge de 4 transports
- 9 ont bénéficié de la prise en charge de 3 transports
- 61 ont bénéficié de la prise en charge de 2 transports
- 71 ont bénéficié de la prise en charge de 1 transport.

L'AIDE À L'ACHAT D'UNE PROTHÈSE CAPILLAIRE

Elle permet aux ressortissants de la CCAS atteints de certaines pathologies de bénéficier, après remboursement de la part obligatoire et complémentaire, d'une aide de 800 € maximum dans la limite de frais engagés.

→ 6 assurées ont sollicité cette aide dont

- 1 agent féminin
- 1 épouse d'agent
- 3 pensionnées
- 1 épouse de pensionné.

Le montant minimum versé a été de 84,85 € et le maximum de 574 €.





LA COMMISSION DES SECOURS

115 dossiers ont été instruits par la Commission.

Des secours d'un montant total de 212 278,35 €, soit 100,13 % du budget, allant de 292,16 € à 13 341,18 € ont été accordés.

→ Sur 96 dossiers de demandes financières :

- 59 ont reçu 100 % de la demande
- 21 ont obtenu une aide partielle
- 13 ont été refusés.

→ Sur 16 dossiers d'aide Mutuelle :

- 16 ont été accordés pour une période d'1 an (dont 3 pour les enfants uniquement).

La commission a été informée d'aides aux frais d'obsèques pour 6 dossiers.

Sur les 212 278,35 € attribués par la commission des secours, 112 412,25 € ont été consommés sur l'année 2018 soit 52,95 % (dont 43 dossiers clôturés dans l'année).

Demandes	Commission de secours 2017		Commission de secours 2018	
	Dossiers Actif	Dossiers Pensionné	Dossiers Actif	Dossiers Pensionné
Aide financière Dentaire	14	11	19	18
Aide Technique	1	19	0	11
Aides financières diverses	26	5	37	8
Aide Mutuelle	17	1	13	3
Frais d'obsèques	0	6	0	6
TOTAL	58	42	69	46

LE PASSEPORT SANTÉ

Le programme Passeport Santé permet d'accompagner nos assurés en perte d'autonomie et/ou atteint de certaines pathologies invalidantes dans la réalisation d'exercices adaptés aux capacités de chacun ou de chacune.

34 assurés ont fait une demande de passeport santé en 2018 dont l'âge moyen lors de la demande est de 69 ans 1/2.

Les demandes faisaient suite à une ALD (28), une ARDH (3) ou une AMD-PA pour un GIR 6 (3).

23 programmes ont été réalisés au cours de l'année dont 13 ont débuté en 2017.

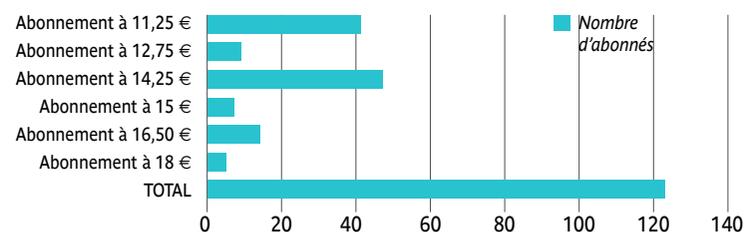
90 % des bénéficiaires sont satisfaits voire très satisfaits de cette prestation.

LA TÉLÉASSISTANCE

La CCAS participe en partenariat avec la société Bluelinéa/ Equinoxe aux frais d'abonnement à la téléassistance (prise en charge de la CCAS de 11,25 € à 18 €).

37 nouvelles demandes de prise en charge ont été accordées et 144 affiliés ont bénéficié de cette prestation. (En 2017, 34 nouvelles demandes ont été accordées et 125 assurés ont bénéficié d'une prise en charge).

→ Répartition par type d'abonnement au 31/12/2018





LAIDE AU FINANCEMENT DES PROTECTIONS CONTRE L'INCONTINENCE

Elle est attribuée sans condition de ressources à hauteur d'un forfait de 1 000 € annuel. Les bénéficiaires de cette aide ont le libre choix de leur fournisseur.

173 prises en charge ont été accordées (167 en 2017).

LE BUDGET

En Euros	Prestations 2016	Prestations 2017	Prestations 2018	Tendance	Budget 2018	Taux de réalisation 2018
Aides aux personnes âgées dépendantes	1 495 178	1 579 613	1 494 332	↘	1 800 000	83 %
Prestations d'action sociale	245 173	284 408	285 657	→	350 000	82 %
Prestations supplémentaires	21 159	16 313	18 039	↗	50 000	36 %
Secours	248 735	162 181	163 713	→	200 000	82 %
Prévention	370 192	388 229	432 883	↗	579 000	75 %
Capital décès	93 963	51 166	41 260	↘	100 000	41 %
TOTAL	2 474 401	2 481 912	2 435 885	→	3 079 000	79 %

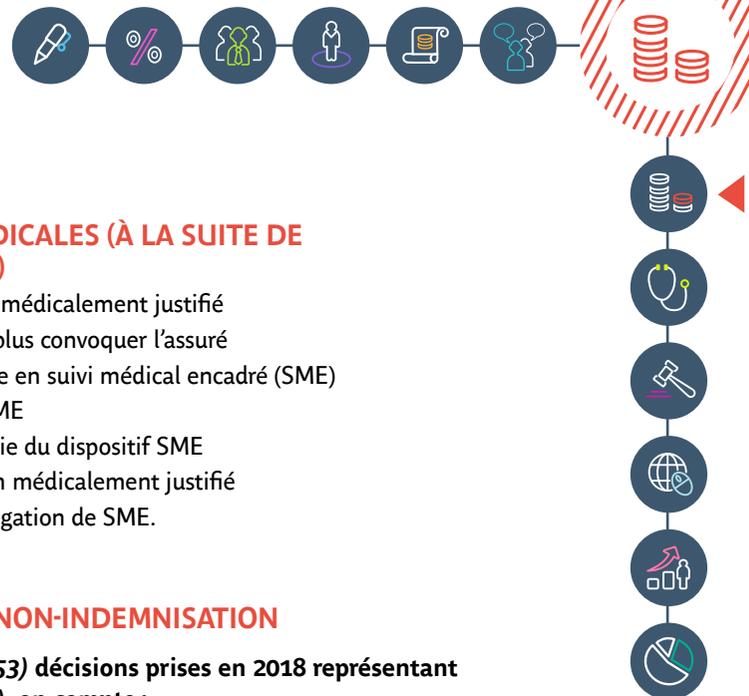


Les prestations en espèces

1/2

ACCUEIL

SOMMAIRE



LES ARRÊTS DE TRAVAIL

→ Répartition du nombre d'avis d'arrêt de travail :

- 60 705 (69 045) arrêts de travail maladie, soit 703 820 (708 317) jours
- 11 366 (10 932) arrêts de travail AT/AJ/Agression, soit 227 954 (208 722) jours
- 86 (68) arrêts de travail en maladie professionnelle, soit 2 551 (1 528) jours
- 382 (405) arrêts de travail en maternité, soit 55 943 (552 77) jours.

Soit un total de 72539 (80450) arrêts de travail (soit environ 10 % de moins par rapport à 2017) et 990 268 jours contre 973 844 en 2017.

LES CONTRÔLES À DOMICILE

→ On distingue deux types de contrôle :

- les contrôles enquêteurs : 2 921 (2 977) contrôles, soit 4,8 % des arrêts maladie
- les contrôles médicaux : 3 793 (3 676) contrôles au total, soit 5,3 % des arrêts maladie (3 221) et 5 % sur les AT (572).

Soit un taux de contrôle de 10,1 % sur les arrêts maladie.

LE SUIVI DES AGENTS EN NOMBREUX ARRÊTS (ENVOI DES COURRIERS PAT)

Les agents ayant plus de 7 actes sur les 12 derniers mois glissants (hors cas particuliers d'ALD, CLD, AT/MP, suivis en médecine conseil) ont, pour 796 d'entre eux, reçus une convocation leur demandant de se présenter en médecine conseil lors de leur prochain arrêt de travail.

Les agents qui ne se sont pas présentés sont au nombre de 218.

300 d'entre eux n'ont pas eu d'arrêt de travail pendant les 12 mois de validité de leur courrier.

LES DÉCISIONS MÉDICALES (À LA SUITE DE CONVOCATION PAT)

- 722 décisions d'arrêt médicalement justifié
- 373 décisions de ne plus convoquer l'assuré
- 150 décisions de mise en suivi médical encadré (SME)
- 27 suspensions de SME
- 163 décisions de sortie du dispositif SME
- 1 décision d'arrêt non médicalement justifié
- 3 décisions de prolongation de SME.

LES DÉCISIONS DE NON-INDEMNISATION

→ Parmi les 6 457 (8 553) décisions prises en 2018 représentant 22 201 jours (19 276), on compte :

- 3 777 (3 702) décisions d'absence d'acte médical reçus par la CCAS
- 76 (143) décisions d'arrêt de travail non envoyé dans les 48h
- 50 (58) décisions de SME
- 38 (49) décisions de fin d'indemnisation décidées par la médecine conseil
- 275 (256) décisions à la suite d'un contrôle à domicile
- 496 (516) décisions d'Avis Technique Impossible (ATI)
- 65 (46) décisions de fraude, fin de droits, surcharge d'avis d'arrêt, etc.
- 1 520 (2 523) décisions annulées.

Dans le même temps, on dénombre 160 (752) décisions de rappel de règles.

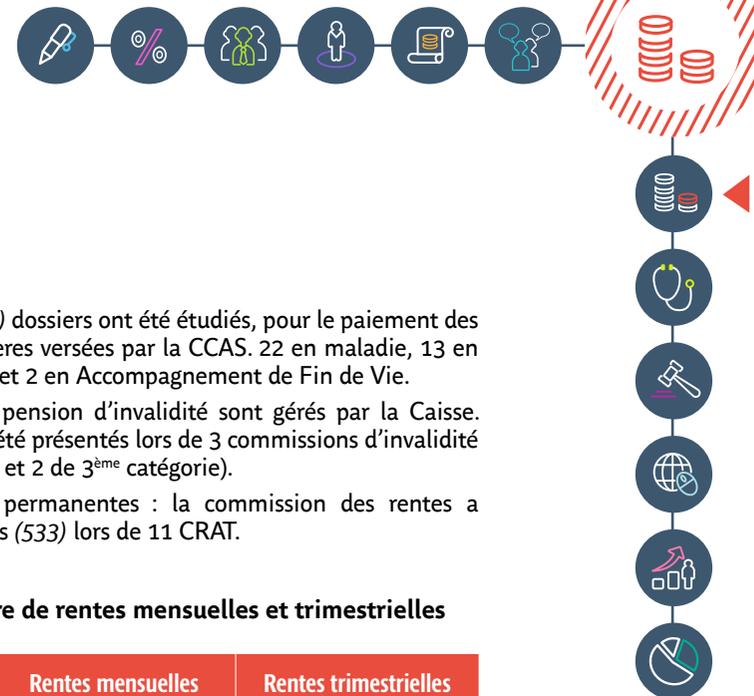


Pour l'ensemble des rubriques, lorsqu'ils sont mentionnés les chiffres entre parenthèses rappellent les valeurs de 2017.

Les prestations en espèces

2/2

ACCUEIL SOMMAIRE



LES ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES (données au 01/02/2019 non définitives)

→ L'entité a reçu :

- 4 257 (4 676) déclarations d'accident du travail
- 931 (1 016) déclarations d'accident du trajet
- 109 (96) déclarations de maladies professionnelles

→ Soit un total de 5 297 (5 785) déclarations

	Déclarées	Ouvertes	Reconnues
Accidents du travail*	4 257	2 668	2 103 soit 79 %
Accidents de trajet*	931	725	533 soit 73 %
Maladies professionnelles**	109	109	20 soit 19 %
TOTAL	5 297	3 502	2 656

* AT/AJ : ces résultats concernent les dossiers instruits du 1^{er} janvier au 30 novembre 2018
** Maladies Professionnelles : résultat des instructions de dossiers du 1^{er} janvier au 30 août 2018

→ Les 109 dossiers de maladies professionnelles représentent une augmentation par rapport à 2017 (13 de plus directement liés aux tableaux 30) et se répartissent comme suit :

- 21 déclarations pour les tableaux 30
- 2 déclarations pour le tableau 42
- 64 déclarations pour les tableaux 57
- 2 déclarations pour les tableaux 69
- 1 déclaration pour le tableau 79
- 5 déclarations pour le tableau 97
- 3 déclarations pour le tableau 98
- 11 déclarations hors tableau.

L'INDEMNISATION

→ On distingue :

- les ex agents : 47 (40) dossiers ont été étudiés, pour le paiement des indemnités journalières versées par la CCAS. 22 en maladie, 13 en AT, 10 en Maternité et 2 en Accompagnement de Fin de Vie.
- 17 (18) dossiers de pension d'invalidité sont gérés par la Caisse. 17 (41) dossiers ont été présentés lors de 3 commissions d'invalidité (15 de 2^{ème} catégorie et 2 de 3^{ème} catégorie).
- les indemnisations permanentes : la commission des rentes a examiné 377 dossiers (533) lors de 11 CRAT.

→ Paiement du nombre de rentes mensuelles et trimestrielles

Trimestres	Rentes mensuelles	Rentes trimestrielles
Janvier	212	
Février	213	3 493
Mars	0	
Avril	246	
Mai	217	3 518
Juin	0	
Juillet	212	
Août	213	3 551
Septembre	0	
Octobre	209	
Novembre	213	3 530
Décembre	0	



En 2018, les 8 praticiens-conseils, dont 6 médecins-conseils, 1 stomatologue, 1 chirurgien-dentiste conseil, assistés et soutenus par les équipes administratives de l'entité, ont étudié la situation médicale des assurés en respectant l'application des textes généraux de la sécurité sociale et les dispositions du Statut du personnel repris par le Règlement Intérieur de la CCAS.

LA GESTION DES AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Elle constitue le premier maillon de l'activité Médecine conseil

- **74 812 avis d'arrêt de travail** ont été analysés et traités, dont :
- 58 858 actes au titre de la maladie soit une baisse 13 % par rapport à 2017
 - 15 954 actes au titre des accidents du travail, en baisse de près de 6 % par rapport à 2017.



A noter une progression du taux de télétransmission par rapport à 2017 : 25,3 % des arrêts de travail soit 11 412 avis ont été reçus sous forme dématérialisée en 2018 contre 12 % l'année précédente.

ACTIVITÉ ACCIDENT DU TRAVAIL / MALADIE PROFESSIONNELLE

Ce secteur d'activité assure la gestion de l'ensemble des dossiers médicaux des assurés victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

- **2 278 dossiers ont été examinés** par les médecins conseil, un chiffre équivalent à l'année précédente (2 274) :
- 856 dossiers ont été traités sur pièce (hors présence de l'assuré)
 - 1 422 dossiers traités en présence de l'assuré soit une hausse de 10,83 % par rapport à l'année précédente.

Parmi ces dossiers :

- 198 consultations d'évaluation du taux d'IPP ont été réalisées.
- 205 dossiers présentés devant le comité médical d'expertise.

ACTIVITÉ MALADIE

Sur l'ensemble de l'année 2018, 23 715 analyses médicales ont été réalisées par la médecine conseil dans le cadre de ses prérogatives que ce soit lors de commissions médicales et de consultations (suivi, CSOM, TPT, SME) ou concernant les ententes préalables, les protocoles de soin ainsi que les dossiers d'expertises.

- **1 311 dossiers maladie** (hors CSOM, SME et commissions médicales) ont été étudiés, dont :
- 1 234 en présence de l'assuré. 147 vacations ont été dédiées à ces consultations, soit une baisse de 1,3 % par rapport à 2017 (149).

LA COMMISSION MÉDICALE

Elle est définie à l'article 94 du statut du personnel ainsi que le souligne l'article 31 du règlement intérieur de la CCAS ;

Elle est composée de trois membres :

- Un médecin du conseil de prévoyance, agréé par la Régie, Président
- Deux médecins conseil de la CCAS.

Elle se réunit périodiquement en vue de donner un avis sur les cas particuliers et obligatoirement dans les cas suivants :

- Prolongation des arrêts maladie de plus de trois mois,
- Attribution des congés de maladie prévus aux articles 83 et 84 du statut du personnel,
- Réforme des agents inaptes à leur emploi statutaire, à leur demande,
- Mise en disponibilité pour raison médicale prévue à l'article 86.

- **64 commissions** se sont réunies, dont 10 commissions de réforme
- **1 015 dossiers** ont été traités dont 602 en présence de l'assuré hors réforme
- **44 dossiers de réformes** ont été traités
- 29 décisions favorables
 - 19 avec invalidité
 - 10 sans invalidité
 - 15 refus.



LA COMMISSION MÉDICALE D'APPEL

Elle est définie à l'article 95 du statut du personnel ainsi que le souligne l'article 31 du règlement intérieur de la CCAS.

Elle est composée de trois membres :

- Un médecin du conseil de prévoyance, agréé par la Régie, Président
- Le médecin en chef de la RATP
- Un médecin-conseil de la CCAS, n'ayant pas été appelé à siéger en première instance.

→ **26 agents ont fait appel** des décisions devant la commission médicale d'appel.

→ **6 commissions d'appel** se sont tenues : 17 décisions ont été infirmées et 9 ont confirmé les décisions prises en première instance par la Commission Médicale.

LA GESTION DU CONGÉ SPÉCIAL D'ORDRE MÉDICAL (CSOM)

C'est un dispositif répondant aux attentes, en termes de reconnaissance sociale et professionnelle, d'agents fragilisés par une affection médicale très souvent lourde et contraignante.

Le CSOM peut être défini comme une autorisation d'absence avec solde permettant de concilier activité professionnelle et traitement médical.

Le protocole en cours date de février 2014.

843 dossiers ont été traités dans le cadre du protocole CSOM.

94 % des demandes ont fait l'objet d'un avis favorable :

→ **793 notifications d'accord CSOM** ont été éditées en 2018 soit une progression de 19 % par rapport à 2017 :

- 145 concernent une première demande,
- 622 concernent un renouvellement,
- 26 concernent une révision du taux.

→ Dans le cadre d'une 1^{ère} demande, **50 dossiers ont été refusés** pour des raisons administratives (critères du protocole) ou pour des raisons médicales.

→ Répartition pour les 1^{ères} demandes des taux d'incapacité de travail

Catégorie A	Nombre	Catégorie B	Nombre
10 %	59 soit 40,7 %	35 %	1 soit 0,7 %
15 %	28 soit 19,3 %	40 %	2 soit 1,4 %
20 %	35 soit 24,1 %	45 %	0
25 %	10 soit 6,9 %	50 %	2 soit 1,4 %
30 %	8 soit 5,5 %	60 %	0
TOTAL	140 soit 96,5 %	TOTAL	5 soit 3,5 %

LA GESTION DU TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

L'objectif est de favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré pour une reprise, à terme, d'une activité à temps plein.

→ **2 200 périodes de TPT** soit une hausse de 64 % par rapport à 2017 ont été accordées

→ **Seuls 8 dossiers** ont fait l'objet d'un refus médical.

LA GESTION DES PROTOCOLES DE SOINS

Il s'agit du traitement des demandes de reconnaissance et de prise en charge des affections de longues durées (ALD) nécessitant l'accord d'un médecin-conseil.

→ **4 877 demandes analysées et traitées (soit 100 %)** :

- 2 121 protocoles au format papier
- 2 756 protocoles électroniques. A noter une forte progression du taux de télétransmission qui est passé de 45,8 % en 2017 à 56,5 % en 2018.

→ **132 dossiers ont fait l'objet d'un refus** soit un taux stable de 2,7 %

Le délai de traitement progresse puisqu'il s'établit à 3,4 jours en 2018 vs 4 jours en 2017.

On peut noter une baisse significative de 18 % du nombre de demandes d'accord préalable sur les protocoles de soins.



LA GESTION DES ENTENTES PRÉALABLES

Le volume d'activité est globalement stable d'un point de vue des demandes.

→ **12 048** sur les 11 premiers mois de l'année 2018 demandes ont été traitées (indicateur plus suivi) :

- 9 458 demandes concernent la maladie.

Il s'agit des demandes liées à la maladie (transports, actes infirmiers, actes de biologie, prolongation de placements ...) qui nécessitent l'accord préalable d'un médecin-conseil.

- 2 590 demandes concernent l'activité dentaire.

Il s'agit de la réalisation d'avis techniques dentaires et le traitement des ententes préalables d'orthodontie dentofaciale (ODF) pour les enfants et pour quelques adultes, d'orthodontie dentofaciale pré chirurgicale, des demandes de remboursements de soins réalisés à l'étranger.

L'ACTIVITÉ EXPERTISE

Cela consiste au traitement de l'ensemble des procédures d'expertises diligentées à l'initiative de la CCAS ou à la demande des assurés en cas de contestation des décisions notifiées par l'entité médecine conseil.

→ **147 dossiers d'expertise** en 2018 vs 175 en 2017 ont été initiés dont :

- 95 dossiers au titre des AT/MP soit une diminution de 25,2 % par rapport à 2017
 - 61 dossiers ont été statués
 - > confirmées 21 → 34,42 %
 - > infirmées 10 → 16,39 %
 - > classées 30 → 49,18 %
- 52 dossiers au titre de la maladie soit une augmentation de 8,3 % par rapport 2017.
 - 35 dossiers ont été statués
 - > confirmées 13 → 37,14 %
 - > infirmées 3 → 8,57 %
 - > classées 19 → 54,28 %

Concernant la gestion des contentieux techniques devant le Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI), juridiction de premier degré compétente pour régler les litiges relatifs à l'invalidité ou à l'incapacité de travail d'un assuré, en 2018 :

→ **20 dossiers ont été initiés** soit une baisse de moitié par rapport à 2017.

→ **Lors de 17 audiences 31 dossiers 7 parmi ceux initiés en 2018 ont été traités.**

Les décisions rendues lors de ces 17 audiences se répartissent comme suit :

- 16 ont confirmé les décisions de la caisse
- 13 ont infirmé les décisions de caisse
- 1 incompétence du TCI
- 1 caduc non présentation de l'assuré.

Concernant la gestion des contentieux techniques qui vont devant la Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification des Accidents du Travail qui est la juridiction de second degré compétente pour régler les litiges relatifs à l'invalidité ou à l'incapacité de travail d'un assuré. (Appel après le TCI).

→ **6 dossiers ont été initiés**

→ **8 dossiers ont été traités en audience.**

Toutes les décisions rendues ont confirmé les décisions du TCI.

LES CONSULTATIONS DANS LE CADRE DU CONTRÔLE NOMBREUX ARRÊTS

La médecine conseil a assuré 1151 consultations dans le cadre de ce dispositif (1419 en 2017). A noter que la baisse du nombre de consultations est liée à la fois à la diminution, en nombre, des arrêts de travail et à la baisse du nombre d'assurés convoqués dans ce dispositif. En effet, depuis le dernier trimestre 2018, un avis médical de la Médecine Conseil est requis en amont.

- 154 agents ont fait l'objet d'une mise en suivi médical encadré (SME) soit 21,3 % des premières visites.
- 34 agents ont fait l'objet d'une suspension de leur mise en suivi médical encadré initial soit près de 8 %.

Les affaires juridiques 1/5

L'Entité Affaires Juridiques a été mobilisée par la mise en œuvre des différentes évolutions législatives et réglementaires en matière de sécurité sociale et plus particulièrement la réforme relative à la Loi « Justice du XXI^{ème} siècle » et la prolongation de l'affiliation des jeunes – étudiants et inactifs - enfants d'agents jusqu'à leur 24^{ème} anniversaire.

Elle a également accompagné la mise en conformité des activités du pôle avec le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Le Pôle Réglementation et Conseil l'année 2018 s'est caractérisée par une activité soutenue sur les activités traditionnelles de conseil et de veille réglementaire assurée par ce Pôle par une forte montée en charge des activités en matière de mobilité internationale des affiliés de la CCAS.

Le Pôle Commission de Recours Amiable (CRA) a enregistré 504 recours déposés par les assurés soit une baisse des recours de 11 % par rapport à l'année 2017.

Le Pôle Contentieux, en charge du contentieux général de sécurité sociale, a enregistré 88 recours devant les juridictions en 2018, en baisse de 25 % par rapport à 2017. Les décisions de justice – toutes juridictions confondues – notifiées au cours de l'année 2018 est de 116 (120 décisions en 2017).



LE PÔLE RÉGLEMENTATION & CONSEIL

VEILLE ET CONSEIL RÉGLEMENTAIRES

Dans le cadre de son activité de veille réglementaire, le Pôle Réglementation et Conseil a rédigé 60 notes postées sur la base réglementaire ESCO permettant au personnel de la CCAS de disposer d'une base d'information juridique fiable et de mettre en place les dispositifs et procédures adéquats.

Par ailleurs, le Pôle a été sollicité par les différents secteurs de la CCAS mais également par les assurés sociaux. Le Pôle a ainsi apporté 350 réponses au cours de l'année 2018.

FORMATION

Le Pôle Réglementation a organisé et dispensé en lien avec d'autres secteurs de la CCAS deux sessions de formation, en juin et en novembre 2018, regroupant au total 16 participants.

Ces deux sessions ont été dispensées à l'attention des responsables d'équipe ressources humaines.



GESTION DES DOSSIERS EUROPÉENS ET INTERNATIONAUX

Les détachements et les expatriations des assurés de la CCAS sont gérés par le Pôle Réglementation qui a traité des demandes en très forte hausse en 2018.

Ainsi on compte :

- 551 personnes déclarées par le biais des déclarations trimestrielles préalables, salariés susceptibles de partir en mission de moins de 3 mois (hausse de 25 % des demandes par rapport à 2017).
- 248 dossiers de détachés et missions de courte durée (détachement initial, prolongation et clôture du dossier). Il convient de noter que les demandes ont doublées entre 2017 et 2018.
- 15 dossiers d'expatriés dont 11 pour l'UE et EEE-Suisse et 4 pour des pays ayant passé une convention bilatérale avec la France.
- 9 dossiers de transfert de résidence au Québec au titre des études.

Le Pôle Réglementation traite également des séjours pour les pays ayant passés une convention bilatérale avec la France et des soins programmés pour les ressortissants soignés en dehors du territoire. Au cours de l'année 2018, 11 dossiers de ce type ont été traités au sein du Pôle.

Le CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale) sollicite le Pôle Réglementation afin de recueillir les éléments statistiques sur le traitement des remboursements effectués pour le compte des assurées détachés et expatriés, ainsi que pour celui des bénéficiaires de remboursements de soins effectués à l'étranger. Ces statistiques sont envoyées au CLEISS une fois par an au cours du premier trimestre.

Par ailleurs, le pôle réglementation a été associé par le Cleiss pour travailler au projet d'Échanges Electroniques d'Informations sur la Sécurité Sociale (EESSI) qui prévoit de dématérialiser, sous forme de SED (Structured Electronic Documents), les échanges entre organismes de sécurité sociale dans l'Union Européenne, aujourd'hui réalisés en papier.

LE PÔLE COMMISSION DE RECOURS AMIABLES (CRA)

→ En 2018, le secrétariat des Commissions de Recours Amiable a réceptionné 504 recours dont :

- 327 au titre du risque AT/MP
- 177 au titre du risque maladie/maternité

Ce chiffre est en baisse par rapport au chiffre de l'année précédente.

→ Les motifs de ces recours se répartissent de la manière suivante :

Absences au contrôle à domicile	9 %
Absences au contrôle médical de la Caisse	15 %
Absences au suivi médical encadré	1 %
Activités non autorisées	3 %
Refus de reconnaissance de maladie professionnelle	4 %
Refus de reconnaissance accident du travail	37 %
Refus de reconnaissance accident de trajet	11 %
Expertise	5 %
Refus de remboursement au titre des prestations en nature	6 %
Autres litiges (refus de contrôle, départs campagne sans autorisation, etc.)	9 %

Après examen, par le secrétariat de la Commission :

- 28 recours ont été admis avant CRA (dont 20 % correspondant au risque AT/MP et 80 % au risque maladie)
- 9 ont fait l'objet d'un rejet pour forclusion
- 30 ont fait l'objet d'un retrait du rôle

Ces recours n'ont pas, en conséquence, été présentés en séance.





Les commissions de recours amiable se sont réunies, conformément aux dispositions du Règlement Intérieur de la Caisse :

- 10 fois au titre du risque « AT/MP »
- 10 fois au titre du risque « maladie/maternité ».

Au cours des 20 séances, les Administrateurs ont examiné 233 recours d'assurés, soit :

- 161 recours concernant le risque « AT/MP »
- 72 recours au titre du risque « maladie/maternité ».

→ Décisions rendues en séance en 2018



A noter que ces décisions ont concerné également des recours effectués par les assurés en 2017.

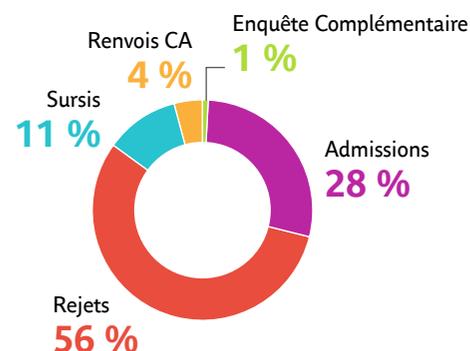
Les administrateurs ont confirmé les décisions de la Caisse pour 56 % des dossiers et ont fait droit à la demande de l'assuré pour 28 % des recours examinés.

- 25 dossiers (11 %) ont fait l'objet d'un sursis et 10 recours (4 %) ont été renvoyés devant le Conseil d'Administration.
- 3 dossiers (1 %) ont fait l'objet d'une enquête complémentaire.

→ Tableaux récapitulatifs des décisions rendues en séance

	AT/MP	Maladie/Maternité	TOTAL
Admissions en séance	44	21	65
Rejets en séance	83	47	130
Sursis	23	2	25
Enquête complémentaire	3	0	3
Renvois CA	8	2	10
Total des décisions	161	72	233

→ Décisions rendues en CRA en 2018



→ Bilan définitif suite aux sursis à statuer ou aux renvois auprès du Conseil d'administration

	AT/MP	Maladie/Maternité	TOTAL
Admissions	44	22	66
Rejets	94	49	143
Enquêtes complémentaires	3	0	3
Sursis	15	1	16
Total des décisions	156	72	228 (*)

(*) Le différentiel entre les décisions prises en première instance et les décisions définitives proviennent des dossiers qui ont donné lieu à sursis et qui ont fait l'objet ensuite soit d'une admission, soit d'un rejet, soit d'un renvoi au CA. Ils ont donc déjà été comptabilisés dans les résultats initiaux.



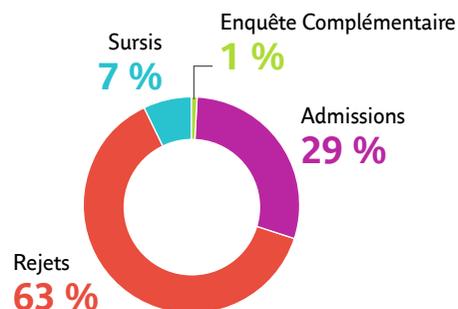
Les affaires juridiques 4/5



Les décisions de la Caisse ont été confirmées pour 63 % des dossiers. Les demandes des assurés ont fait l'objet d'une admission pour 29 % des recours.

7 % sont toujours en attente du retour des pièces complémentaires qui permettront un nouvel réexamen du dossier en séance.

→ Décisions définitives rendues en 2018



LE PÔLE CONTENTIEUX

Au cours de l'année 2018, **116 décisions relevant du contentieux général** ont été rendues (120 en 2017), dont 95 devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale, 21 devant la Cour d'appel par les différentes juridictions du Contentieux général de la sécurité sociale, qui se répartissent de la manière suivante :

→ Parmi les 116 décisions en 2018 :

- Décisions de la Caisse confirmées par les juridictions : 52 (42 devant le TASS et 10 devant la Cour d'appel), soit 44,83 % (59 en 2017 – 50,50 %)

- Décisions de la Caisse partiellement infirmées par les juridictions : 5, soit 4,31 % concernant des activités non autorisées (2) et des recours concernant les contrôles de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A - (3) - (3 en 2017 – 2,50 %)
- Décisions de la Caisse ayant fait l'objet d'une radiation : 22 (l'assuré ne s'est pas déplacé à l'audience – 21 en 2017) et d'un désistement : 4 (l'assuré a expressément renoncé à son action contre la Caisse – 12 en 2017), soit 26 décisions qui représentent 22,41 % (contre 33 en 2017 - 27,50 %)
- Décisions de la Caisse infirmées par les juridictions : 19, soit 16,38 % (16 en 2017 – 13,33 %). Les 19 décisions infirmées par les juridictions (15 devant le TASS et 4 devant la Cour d'appel), concernaient 6 chocs psychologiques, 6 faits accidentels, 1 tentative de suicide, 2 accidents de trajet, 1 expertise, 2 Maladies Professionnelles (tableaux MP30 et MP62), 1 absence au contrôle à domicile. La Caisse a interjeté appel de 7 jugements
- Décisions ayant fait l'objet d'un jugement avant dire droit (décision avant un jugement définitif, la plupart de ces décisions ont pour objet la désignation d'un expert, ou d'un CRRMP) : 14, soit 12,07 % (9 en 2017 – 7,50 %).

→ En synthèse :

- 76,47 % des décisions (rejet de la demande de l'assuré, radiation et désistement) ont été confirmées par les juridictions (78 sur 102), 82,88 % en 2017.
- 4,90 % des décisions ont été partiellement infirmées (5 sur 102), 2,70 % en 2017.
- 18,63 % des décisions ont été infirmées par les juridictions (19 sur 102), 14,41 % en 2017.

Enfin, le nombre de recours (88 en 2018) a baissé de 25 % en 2018 par rapport à 2017 (117 recours en 2017) dont 68 demandes concernent le TASS, 18 concernent la Cour d'appel et 2 pourvois en cassation (recours devant la Cour de cassation introduits par les assurés).

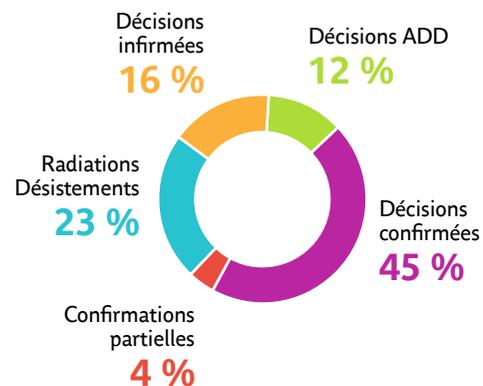




→ Analyse du contentieux général de la sécurité sociale 2018

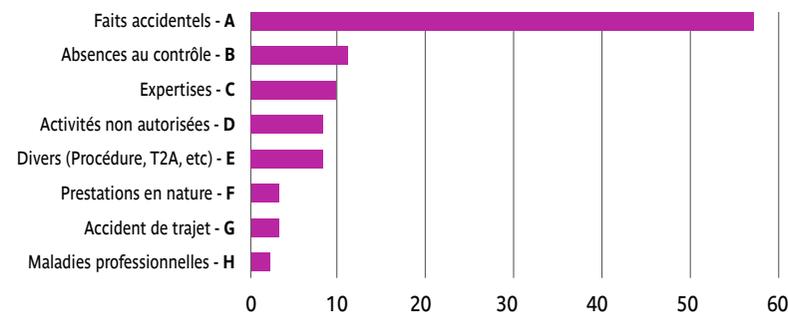
	TASS		Cour d'appel		Cour de cassation		Contentieux Général	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Recours reçus dans l'année	99	68	17	18	1	2	117	88
Décisions rendues	94	95	24	21	2	0	120	116
Décisions avant dire droit	8	12	0	2	1	0	9	14
Confirmation décisions CCAS	48	42	10	10	1	0	59	52
Confirmation partielle décisions CCAS	2	5	1	0	0	0	3	5
Radiation/Désistement	24	21	9	5	0	0	33	26
Infirmation décisions CCAS	12	15	4	4	0	0	16	19

→ Décisions contentieux général 2018



→ Contentieux général 2018 par thème (111 décisions définitives)

			Pourcentage de dossiers par thème
A	Faits accidentels	57	55,88 %
B	Absences au contrôle	11	10,78 %
C	Expertises	10	9,80 %
D	Activités non autorisées	8	7,84 %
E	Divers (Procédure, T2A, etc.)	8	7,84 %
F	Prestations en nature	3	2,95 %
G	Accident de trajet	3	2,95 %
H	Maladies professionnelles	2	1,96 %



La communication



LE SITE INTERNET www.ccas-ratp.fr

→ Statistiques

TOP 5 des téléservices les plus utilisés

- Paiements et décomptes santé : 220 796 (190 645 en 2017)
- Attestation médecin traitant : 6 715
- Mes derniers documents : 31 429 (37 749)
- Attestation de droits maladie : 21 417 (21 637)
- Participations forfaitaires et franchises : 12 289 (9 088).

→ Autres statistiques

- Nombre de visites : 480 101 sessions (492 970)
- Nombre de pages vues : 2 316 321 (2 096 878)
- Durée moyenne des sessions : 00:02:44 (00:02:27)
- Nombre d'utilisation des téléservices : 317 653 (343 745).

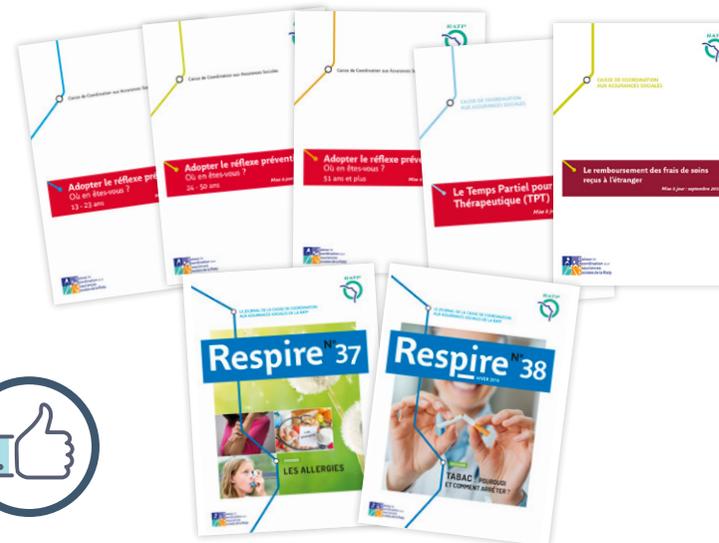
ÉDITIQUE ET WEBITIQUE

→ Assurés ayant opté pour la dématérialisation de leurs documents :

- 20 875 agents actifs
 - 14 896 retraités
- Soit un total de 35 771 assurés (+14 %).

LES PUBLICATIONS DE L'ANNÉE 2018

- Prévention gynécologique 13-23 ans (4 740 ex. mise à jour janvier)
- Prévention gynécologique 24-50 ans (8 920 ex. mise à jour janvier)
- Prévention gynécologique 51 ans et plus (11 830 ex. mise à jour janvier)
- Prévention des pathologies prostatiques (envoi 1 212 ex. de CD mai)
- Temps partiel pour motif thérapeutique (mise à jour juillet)
- Remboursement de frais de soins reçus à l'étranger (mise à jour septembre)
- RESPIRE n°37 (Printemps 46 640 ex. (-24 %))
- RESPIRE n°38 (Hiver 44 667 ex. (-23 %)).





Les indicateurs de performance et les résultats

1/2

LES IMPACTS DE LA LOI DE FINANCEMENT DE SÉCURITÉ SOCIALE 2016

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016 a mis en place la Protection Universelle Maladie communément appelée PUMA.

→ En terme de financement, celle-ci :

- Vise une refonte de l'architecture du financement du risque maladie,
- Achève l'intégration financière de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

→ Pour la CCAS de la RATP, la mesure consiste à substituer au mécanisme de compensation bilatérale une dotation d'équilibre de la CNAMTS et pour cela, la CCAS doit distinguer les charges et produits :

- Qui relèvent du régime de droit commun (périmètre PUMA) équilibré par la dotation d'équilibre de la CNAMTS,
- Qui relèvent du régime spécial (périmètre hors PUMA) équilibré par la contribution transporteur.

L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE-MATERNITÉ

→ Les dépenses moyennes par bénéficiaire du régime RATP ont été déterminées en tenant compte :

- Des frais de santé remboursés par la CCAS,
- Du coût des prestations effectuées par l'Espace Santé, c'est-à-dire le coût du personnel médical et paramédical ainsi que les dépenses de fournitures et matériels médicaux nécessaires aux activités de soins.

A partir de 2017, le ticket modérateur remboursé à la mutuelle dans le cadre de la gratuité des soins aux agents actifs n'apparaît plus dans les comptes de la CCAS. Avec la mise en place de la nouvelle PSCE, le budget de ce ticket modérateur est transposé dans les comptes de la RATP.

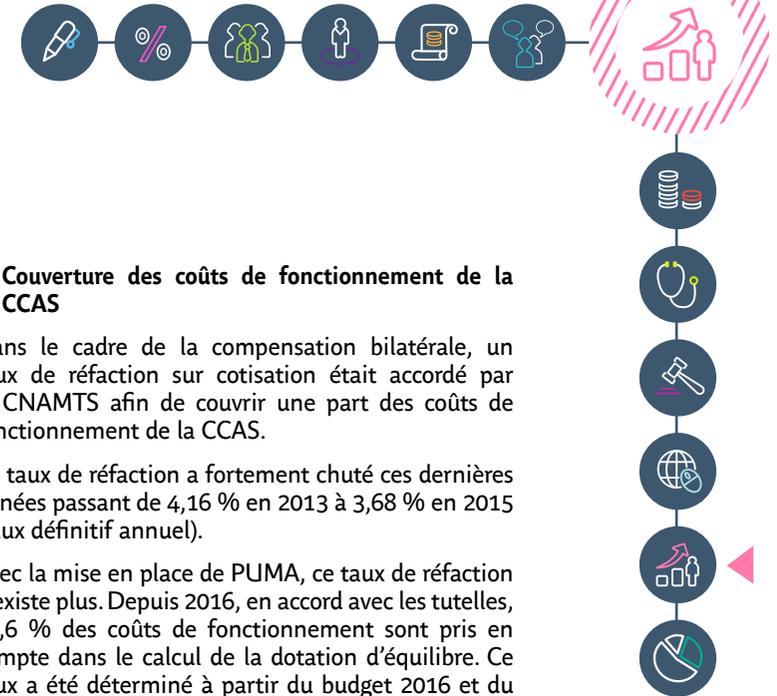
Il convient de préciser que les frais de santé servis par la CCAS affichés sont en droits constatés, c'est-à-dire qu'ils tiennent compte des prestations afférentes à l'exercice considéré, que celles-ci soient remboursées par la Caisse au cours de l'exercice ou dans les exercices suivants (une charge à payer est alors estimée).

→ Dépense moyenne annuelle par bénéficiaire

La dépense moyenne annuelle par bénéficiaire du régime RATP est estimée à 2 870 euros contre 2 920 euros pour le régime général, soit un ratio favorable pour notre régime de 0,98. Ce montant regroupe les remboursements des frais de santé aux ressortissants de la CCAS ainsi que les prestations de l'Espace Santé, la dotation hospitalière et les participations et subventions. Ce ratio tend à démontrer que la population couverte par la Caisse est légèrement moins consommatrice de soins de santé que celle qui relève du régime général. Nous pouvons le justifier par la qualité du parcours de soins offert dans le réseau de soins RATP, ce qui permet une maîtrise médicale des dépenses de santé même si l'on constate une très forte augmentation des frais de santé depuis 2015 et principalement la dotation hospitalière.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Régime général	2 380 €	2 449 €	2 505 €	2 563 €	2 648 €	2 708 €	2 771 €	2 857 €	2 920 €
Régime RATP	2 260 €	2 295 €	2 341 €	2 400 €	2 542 €	2 514 €	2 662 €	2 820 €	2 870 €
Ratio Régime RATP / Régime général	0,95	0,93	0,94	0,94	0,96	0,93	0,96	0,99	0,98

Les indicateurs de performance et les résultats



→ Evolution des dépenses d'assurance maladie-maternité

Après une baisse des dépenses d'assurance maladie en 2015 (- 1,08 %) et une très forte augmentation en 2016 et 2017 (respectivement + 5,87 % et + 5,93 %), les versements des prestations d'assurance maladie du régime RATP continuent d'évoluer en 2018 mais dans une moindre proportion (+ 1,8 %).

Pour 2018, on constate encore une hausse de la dotation hospitalière et des participations et subventions. On remarque également des frais de santé versés aux assurés en activité en augmentation contrairement à ceux versés aux retraités et aux ayants droit.

L'analyse des dépenses de santé sur les quinze dernières années (2003-2018) confirme la maîtrise des dépenses de santé du régime RATP.

Année	ONDAM	RATP	Régime général
2003	Base 100	Base 100	Base 100
2004	104,40	103,92	104,80
2005	107,74	107,98	109,68
2006	110,65	108,90	113,21
2007	113,75	113,21	117,85
2008	116,94	116,72	121,39
2009	120,80	120,57	126,73
2010	124,47	124,32	130,53
2011	127,96	126,27	134,32
2012	131,67	128,83	137,40
2013	134,96	132,02	140,83
2014	138,20	139,81	145,48
2015	141,10	138,30	148,82
2016	143,57	146,42	152,25
2017	146,59	155,10	156,97
2018	149,96	157,89	160,42
Evolution 2018/2003	49,96 %	57,89 %	60,42 %

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

→ Couverture des coûts de fonctionnement de la CCAS

Dans le cadre de la compensation bilatérale, un taux de réfaction sur cotisation était accordé par la CNAMTS afin de couvrir une part des coûts de fonctionnement de la CCAS.

Ce taux de réfaction a fortement chuté ces dernières années passant de 4,16 % en 2013 à 3,68 % en 2015 (taux définitif annuel).

Avec la mise en place de PUMA, ce taux de réfaction n'existe plus. Depuis 2016, en accord avec les tutelles, 77,6 % des coûts de fonctionnement sont pris en compte dans le calcul de la dotation d'équilibre. Ce taux a été déterminé à partir du budget 2016 et du dernier taux de réfaction.

Sur l'exercice 2018, une charge exceptionnelle a été constatée afin de régulariser la Contribution Nationale de Solidarité pour l'Autonomie de 2016 imputée en périmètre Hors PUMA au lieu du périmètre PUMA.

Année	Taux de couverture
2008	93 %
2009	90,5 %
2010	80,3 %
2011	75 %
2012	79 %
2013	79 %
2014	81 %
2015	78,31 %
2016	77,6 %
2017	77,6 %
2018	77,6 %

Compte de résultat

1/3

ACCUEIL SOMMAIRE



→ Risque AT/MP - Période du 01/01 au 31/12/2018

Charges	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017	Produits	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017
Frais de santé	1 709 353,10	1 875 000,00	1 929 425,27	102,9 %	12,9 %	Recouvrement sur tiers	1 439 090,96	2 600 000	2 241 139,93	86,2 %	55,7 %
Frais de santé servis par la CCAS	1 465 719,77	1 620 000	1 667 088,48	102,9 %	13,7 %	- Prestations en nature	232 496,21	500 000	453 744,62	90,7 %	95,2 %
Prestations servies par l'Espace Santé	100 831,07	100 000	115 153,03	115,2 %	14,2 %	- Rentes	163 992,68	1 000 000	505 441,65	50,5 %	208,2 %
Dotation hospitalière	141 819,54	150 000	144 858,33	96,6 %	2,1 %	- Indemnité forfaitaire	84 026,51	100 000	87 767,67	87,8 %	4,5 %
Participations et subventions	982,72	5 000	2 325,43	46,5 %	136,6 %	- Maintien du salaire	954 137,84	1 000 000	1 190 989,75	119,1 %	24,8 %
						- Pénalités	4 437,72		3 196,24		-28,0 %
Autres prestations légales	16 153 580,37	16 215 000	16 634 385,40	102,6 %	3,0 %	Contribution transporteur RATP	39 409 606,11	39 551 000	41 030 798,51	103,7 %	4,1 %
Arrérages de rentes	16 148 751,87	16 200 000	16 627 847,40	102,6 %	3,0 %	dont Contribution Transporteur	39 115 958,32		39 117 593,78		
Frais d'obsèques (part Sécurité Sociale)	4 828,50	15 000	6 538,00	43,6 %	35,4 %	dont Insuffisance de Contribution Transporteur	293 647,79		1 913 204,73		
						dont financement du Conseil de Prévoyance	745 622,05	780 000,00	684 162,81		
Autres prestations	21 438,66	20 000	15 201,02	76,0 %	-29,1 %	Produits exceptionnels	156,69		1 170,33		
Prestations supplémentaires	21 438,66	20 000	15 201,02								
Prestations en espèces	17 530 655,69	17 900 000	19 079 386,96	106,6 %	8,8 %						
Maintien du salaire	17 432 338,24	17 800 000	18 981 999,87	106,6 %	8,9 %						
Indemnités journalières	98 317,45	100 000	97 387,09	97,4 %	-0,9 %						
Participation du régime	662 609,45	800 000	714 482,05	89,3 %	7,8 %						
Cotisations fonds assurance AT	662 609,45	800 000	714 482,05								
Autres charges	11 404,50	20 000	13 748,85	68,7 %	20,6 %						
Frais d'obsèques (part RATP)	11 404,50	20 000	13 748,85								
Conseil de Prévoyance	745 622,05	780 000	684 162,81	87,7 %	-8,2 %						
Coût de fonctionnement CCAS	4 014 189,94	4 541 000	4 202 316,41	92,5 %	4,7 %						
Frais de personnel	2 870 467,64	3 350 000	2 974 938,34	88,8 %	3,6 %						
Matières et Fournitures	3 070,40	9 000	2 740,23	30,4 %	-10,8 %						
Autres charges externes	206 454,46	270 000	205 933,20	76,3 %	-0,3 %						
Expertises	13 918,00	50 000	19 400,77	38,8 %	39,4 %						
Coût du juridique	131 340,43	160 000	145 747,48	91,1 %	11,0 %						
Frais judiciaires	496 186,30	450 000	472 156,66	104,9 %	-4,8 %						
Autres intermédiaires	0,00	0	57 704,47								
Dotation aux amortissements	0,00	0	0,00								
Coût des locaux	292 233,00	252 000	322 707,00	128,1 %	10,4 %						
Charges exceptionnelles	519,71		988,26		90,2 %						
Total charges	40 848 853,76	42 151 000	43 273 108,77	102,7 %	5,9 %	Total produits	40 848 853,76	42 151 000	43 273 108,77	102,7 %	5,9 %



Compte de résultat

2/3

ACCUEIL SOMMAIRE



→ Risque maladie - Période du 01/01 au 31/12/2018

Charges	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017	Produits	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017
PÉRIMÈTRE PUMA						PÉRIMÈTRE PUMA					
Frais de santé	293 364 142,00	283 017 000	298 413 203,73	105,4 %	1,7 %	Cotisations maladie RATP	180 728 885,33	189 662 000	173 391 843,16	91,4 %	-4,1 %
Ayants droit et retraités	109 008 475,98	109 500 000	108 666 657,86	99,2 %	-0,3 %	CSG activité	107 039 942,12	106 575 000	145 243 871,71	136,3 %	35,7 %
<i>dont expertises</i>	<i>1 039,26</i>		<i>1 667,50</i>			Contribution Nationale Solidarité Autonomie	1 935 213,13	1 980 000	1 691 475,12	85,4 %	-12,6 %
Agents actifs	30 926 354,59	31 400 000	32 328 835,07	103,0 %	4,5 %	Recouvrement sur tiers - Frais de santé	665 685,48	600 000	1 004 921,69	167,5 %	51,0 %
<i>dont expertises</i>	<i>22 534,97</i>		<i>8 635,03</i>								
Prestations servies par l'Espace Santé	8 729 685,82	9 117 000	8 908 608,59	97,7 %	2,0 %						
Dotation hospitalières	108 950 128,85	100 000 000	111 284 623,79	111,3 %	2,1 %						
Subventions et participations	35 749 496,76	33 000 000	37 224 478,42	112,8 %	4,1 %						
Coût de fonctionnement CCAS	11 620 290,48	12 141 000	11 452 924,43	94,3 %	-1,4 %						
Frais de personnel	7 953 606,35	8 458 000	7 659 045,92	90,6 %	-3,7 %						
Matières et fournitures	20 675,97	32 000	15 925,35	49,8 %	-23,0 %						
Autres charges externes	2 032 223,89	1 970 000	2 086 193,08	105,9 %	2,7 %						
Autres intermédiaires	314 808,71	388 000	286 852,51	73,9 %	-8,9 %						
Coût du juridique	25 480,06	72 000	28 275,00	39,3 %	11,0 %						
Frais judiciaires	42 074,16	40 000	68 509,56	171,3 %	62,8 %						
Dotation aux amortissements	160 762,06	181 000	127 588,00	70,5 %	-20,6 %						
Coût des locaux	1 070 659,28	1 000 000	1 180 535,01	118,1 %	10,3 %						
Dotation d'équilibre		3 659 000	11 465 984			Dotation d'équilibre	14 614 706,42				
Total charges PÉRIMÈTRE PUMA	304 984 432,48	298 817 000	321 332 111,68	107,5 %	5,4 %	Total produits PÉRIMÈTRE PUMA	304 984 432,48	298 817 000	321 332 111,68	107,5 %	5,4 %



Compte de résultat

3/3

ACCUEIL SOMMAIRE



→ Risque maladie - Période du 01/01 au 31/12/2018 (suite)

Charges	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017
PÉRIMÈTRE HORS PUMA					
Frais de santé	3 560 361,83	4 121 000	3 762 264,21	91,3 %	5,7 %
Prestations spécifiques actifs	369 432,73	550 000	419 161,04	76,2 %	13,5 %
Prestations servies par l'Espace Santé	3 128 100,26	3 496 000	3 278 078,18	93,8 %	4,8 %
Prestations CMU-C	62 828,84	75 000	65 024,99	86,7 %	3,5 %
Ticket modérateur remboursé à la mutuelle	0,00	0			
Autres prestations	2 481 911,52	3 079 000	2 435 885,32	79,1 %	-1,9 %
Aide aux personnes âgées dépendantes	1 579 613,46	1 800 000	1 494 332,12	83,0 %	-5,4 %
Prestations action sociale	284 407,91	350 000	285 657,17	81,6 %	0,4 %
Prestations supplémentaires	16 313,25	100 000	18 039,40	18,0 %	10,6 %
Secours	162 181,48	200 000	163 713,41	81,9 %	0,9 %
Prévention (dont Espace Santé)	388 229,42	529 000	432 883,22	81,8 %	11,5 %
Capital décès	51 166,00	100 000	41 260,00	41,3 %	-19,4 %
Prestations en espèces	66 015 702,91	66 180 000	63 502 910,46	96,0 %	-3,8 %
Maintien du salaire agents actifs	65 684 909,12	65 780 000	63 146 987,20	96,0 %	-3,9 %
Indemnités journalières	140 891,35	200 000	150 304,17	75,2 %	6,7 %
Pensions d'invalidité	189 902,44	200 000	205 619,09	102,8 %	8,3 %
Participation du régime	0,00	0	0,00		
Financement sécurité sociale étudiant	0,00	0	0,00		
Autres charges	1 841 924,65	2 480 000	1 723 753,89	69,5 %	-6,4 %
Indemnité décès	1 096 302,60	1 700 000	1 039 591,08	61,2 %	-5,2 %
Conseil de prévoyance	745 622,05	780 000	684 162,81	87,7 %	-8,2 %
Coût de fonctionnement CCAS	3 861 083,16	3 508 000	5 122 022,53	146,0 %	32,7 %
Frais de personnel	2 295 886,39	2 441 000	2 210 858,58	90,6 %	-3,7 %
Matières et fournitures	5 968,33	9 000	4 654,20	51,7 %	-22,0 %
Autres charges externes	607 000,94	570 000	620 571,78	108,9 %	2,2 %
Autres intermédiaires	90 872,59	112 000	82 802,80	73,9 %	-8,9 %
Coût du juridique	7 355,07	22 000	8 161,85	37,1 %	11,0 %
Frais judiciaires	12 075,84	12 000	19 775,97	164,8 %	63,8 %
Dotation aux amortissements	46 405,47	53 000	36 829,55	69,5 %	-20,6 %
Coût des locaux	309 055,72	289 000	340 772,99	117,9 %	10,3 %
Charges exceptionnelles	486 462,81		1 797 594,81		
Coût de fonctionnement de l'Espace Santé	336 639,12	350 000	351 273,02	100,4 %	4,3%
Achats de prothèses	336 639,12	350 000	351 273,02		
Total charges PÉRIMÈTRE HORS PUMA	78 097 623,19	79 718 000	76 898 109,43	96,5 %	-1,5 %
TOTAL CHARGES	383 082 055,67	378 535 000	398 230 221,11	105,2 %	4,0 %

Produits	Réalisation 2017	Budget 2018	Réalisation 2018	% du budget	Evolution 2018/2017
PÉRIMÈTRE HORS PUMA					
Prestations CMU-C	79 055,74	79 000	55 828,84	70,7 %	-29,4 %
Remboursement prestations CMU	79 055,74	79 000	55 828,84		
Prestations Espace Santé	1 551 553,47	1 700 000	1 493 502,15	87,9 %	-3,7 %
Refacturations aux Accidents du travail	100 831,07	100 000	115 153,03	115,2 %	14,2 %
Refacturations à la Médecine du travail	48 905,05	100 000	45 467,38	45,5 %	-7,0 %
Prothèses dentaires	991 352,23	1 100 000	931 056,30	84,6 %	-6,1 %
Ticket modérateur agents retraités	410 465,12	400 000	401 825,44	100,5 %	-2,1 %
Recouvrement sur tiers	489 066,19	450 000	605 481,11	134,6 %	23,8 %
Recouvrement - Maintien du salaire	440 508,40	400 000	542 735,46	135,7 %	23,2 %
Recouvrement - Indemnités forfaitaires	48 557,79	50 000	62 745,65	125,5 %	29,2 %
Ressources du régime	209 688,54	200 000	209 636,60	104,8 %	0,0 %
Cotisations CCAS	209 688,54	200 000	209 636,60	104,8 %	0,0 %
Contribution Nationale Solidarité Autonomie	0,00				
Produits exceptionnels	9,00		417,19		
Contribution transporteur RATP	75 768 250,25	77 289 000	74 533 243,54	96,4 %	-1,6 %
dont Contribution transporteur	75 847 857,14		76 109 973,75		
dont Insuffisance ou excédent de Contribution transporteur	-79 606,89		-1 576 730,21		
dont Conseil de Prévoyance	745 622,05	780 000	684 162,81		
Total produits PÉRIMÈTRE HORS PUMA	78 097 623,19	79 718 000	76 898 109,43	96,5 %	-1,5 %
TOTAL PRODUITS	383 082 055,67	378 535 000	398 230 221,11	105,2 %	4,0 %





CCAS de la RATP

CH 34 LAC CG01
30, rue Championnet - 75887 Paris Cedex 18

www.ccas.ratp.fr

Tél. : 01 58 76 03 34 (de 8h30 à 16h30)