La Mutuelle a fait sa mue

Edito

Après le départ des salariés, début 2018, nous avons passé le cap du changement de gestionnaire. Cela ne s'est pas fait simplement pour la plupart d'entre nous.

De Mutuelle d'entreprise du Télégramme, nous sommes devenus Mutuelle Le Télégramme, complémentaire santé interprofessionnelle ouverte sur l'extérieur, via les contrats Teremis proposés par Redéo, notre partenaire sur la Bretagne.

Après ces deux années difficiles, il est temps maintenant de nous projeter sur les futures évolutions. Les premières mesures du reste à charge zéro commencent à se mettre en place. Les évolutions tarifaires vont s'étaler sur 2020 et 2021.

Seront concernées les dépenses auditives, optiques et dentaires. Nous n'avons pas suffisamment d'informations pour savoir l'incidence que cela aura sur vos cotisations et vos prestations.

Notre actualité c'est aussi l'augmentation des taxes sur les complémentaires santé.

La part prélevée par l'État passe de 13,27 % à 14,07 %. Une baisse de ces taxes est demandée depuis plusieurs années, notamment par la Mutualité Française.

Le groupe LREM, à l'Assemblée nationale, a aussi en projet de permettre de résilier les contrats, à tout moment, après une année d'ancienneté. La résiliation n'importe quand va avoir pour premier effet une augmentation des frais de gestion. *(Lire ci-contre)*

Ce serait une étape supplémentaire pour réduire la santé à un bien de consommation courante, où la seule question serait le calcul coût-avantage immédiat pour soi-même et rien que pour soi-même.

Vous le voyez, des changements s'annoncent. Nous en reparlerons lors de votre assemblée générale qui se tiendra le 8 juin prochain.

Le tiers sortant du conseil d'administration sera à renouveler lors de celle-ci. A ce jour aucune nouvelle candidature sur le contrat des retraités ne nous est parvenue. C'est une fragilité pour la continuité de votre Mutuelle.

Je ne désespère pas que d'ici au 8 juin une prise de conscience aura lieu.

Prenez soin de vous. A bientôt.

Alain Boursier

Mutuelle Le Télégramme

Mut' infos

N° 27 Mai-Juin 2019

Les risques de la résiliation à tout moment

Dans une tribune parue dans *Les Echos*, le président de la Mutualité Française, Thierry Beaudet, et le président du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Djamel Souami, montent au créneau pour dénoncer une proposition de loi que vient de déposer le groupe LREM de l'Assemblée nationale. Le texte des députés vise à instituer la résiliation à tout moment d'une complémentaire santé après un an de contrat.

Outre le fait que cette mesure est jugée « idéologique » et « proposée sans concertation et sans étude d'impact sérieuse », les deux représentants des complémentaires santé estiment qu'elle est « contraire à l'esprit de la réforme du reste à charge zéro, qui vise à faire reculer les inégalités et à améliorer l'accès aux soins pour tous. »

Avant toute chose, remarquent-ils, l'objectif d'un tel projet est nébuleux. S'il s'agit pour les pouvoirs publics de faire baisser les cotisations, l'échec est annoncé. En effet, « les cotisations sont directement liées aux taxes qui pèsent sur elles et aux dépenses de santé qu'elles remboursent, elles-mêmes en constante augmentation », rappellent les signataires. S'il s'agit de diminuer les frais de gestion, là encore l'effet produit ne sera pas celui escompté, car la résiliation à tout moment va au contraire faire augmenter lesdits frais : « Les complémentaires seront incitées à mobiliser des ressources supplémentaires pour traiter les flux, fidéliser les assurés qui seraient tentés de partir, ou en attirer de nouveaux », poursuivent-ils.

« Contre les adhérents les plus fragiles ... »

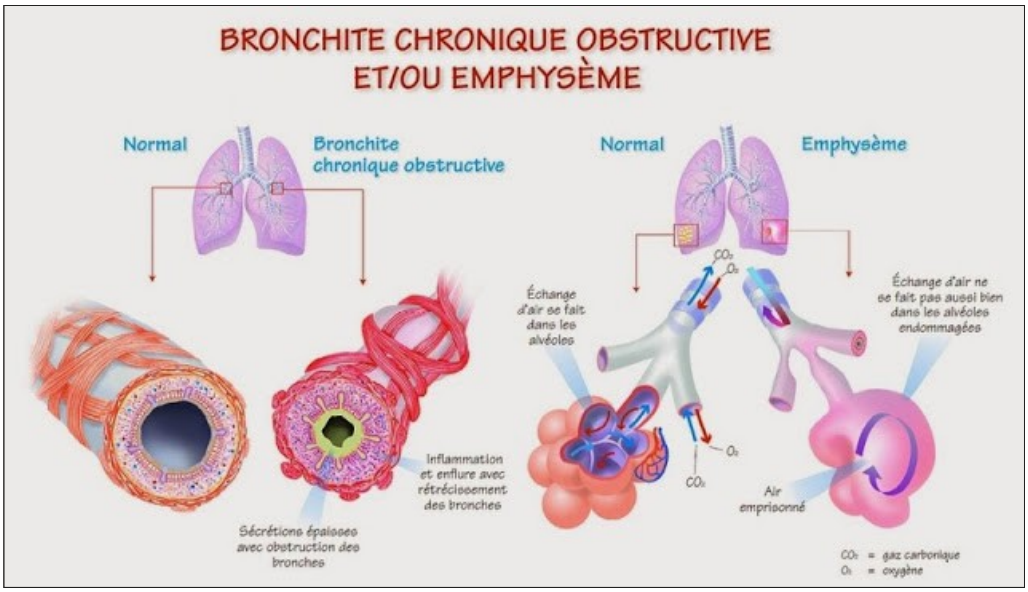
Par ailleurs, Thierry Beaudet et Djamel Souami soulignent que les particuliers peuvent déjà changer de complémentaire tous les ans, en fin d'année. Or si la résiliation s'effectuait « à tout moment », elle produirait une « démutualisation » qui se retournerait contre les adhérents les plus fragiles.

Seuls les plus « avertis », et de surcroît les plus consuméristes, seraient aptes à s'emparer de cette option lorsque certains soins coûteux s'annonceraient pour eux. En d'autres termes, les principes de solidarité inscrits dans le temps long en souffriraient. Réaffirmant « leur attachement à garantir l'accès aux soins pour le plus grand nombre, à des soins de qualité, à tous les âges de la vie, tout en réduisant les restes à charge », la Mutualité Français et le CTIP se déclarent prêts à travailler avec l'ensemble des parties afin que « la santé reste, au cœur du pacte républicain, notre bien commun. »

Mais la résiliation des contrats à tout moment leur paraît être « un mauvais coup porté à la solidarité et à la cohésion sociale, qui ne contribuera en aucune manière à la maîtrise des dépenses de santé ! »

Maladies chroniques

Connaissez-vous la BPCO ?



La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie respiratoire silencieuse, concerne environ 3,5 millions de Français, dont la moitié sont des femmes. Sa cause principale est le tabac. Deux tiers des malades ignorent qu'ils en sont atteints.

Quels sont les signes de la BPCO ?

Cette maladie respiratoire atteint les bronches et peut évoluer longtemps silencieusement.
Les premiers signes apparaissent après 40 ans. Ils se manifestent par une toux, surtout le matin, que l'on appelle la « toux du fumeur ». Celle-ci devient peu à peu persistante.
Progressivement, un essoufflement (appelé dyspnée) s'installe d'abord à l'effort, puis au repos, pouvant gêner les gestes de la vie courante.
Des épisodes d'infection broncho-pulmonaire (dus à des virus grippaux, par exemple) aggravent les signes de la BPCO. On parle d'exacerbation de la maladie. Il est alors urgent de consulter.

Comment traiter la BPCO ?

D'abord en cessant de fumer ! Plus facile à dire qu'à faire, surtout pour les femmes qui craignent de prendre du poids. Pourtant, c'est le seul moyen de ralentir le déclin de la fonction pulmonaire. Des médicaments (corticoïdes, broncho-dilatateurs) permettent de dilater les bronches et de faciliter le passage de l'air. Enfin, la réhabilitation respiratoire : c'est un ensemble de moyens proposés au patient atteint d'une maladie respiratoire chronique pour réduire le handicap et améliorer la qualité de vie, notamment en pratiquant des activités physiques quotidiennes.

Mesurer le souffle

Un examen très utile, sans risque et facile à exécuter existe : c'est la mesure du souffle par l'exploration fonctionnelle respiratoire (EFR). Elle permet de mesurer les volumes et les débits pulmonaires et de faire le point sur la capacité respiratoire de vos poumons. Cet examen est pratiqué par des pneumologues, en cabinet ou à l'hôpital.
Le patient respire à travers un embout buccal relié à des appareils de mesure, le nez fermé par un pince-nez afin que la respiration ne se fasse que par la bouche.
La mesure du souffle doit être réalisée régulièrement et est indispensable pour le dépistage et le diagnostic de la BPCO chez tout sujet à risque, qu'il présente ou non une bronchite chronique.
Actuellement, la BPCO ne se guérit pas, mais un traitement suivi de façon précoce permet de ralentir l'évolution de la maladie et de diminuer les symptômes.

Marilyn Perioli (Viva)

L'ACS : un coup de pouce ?

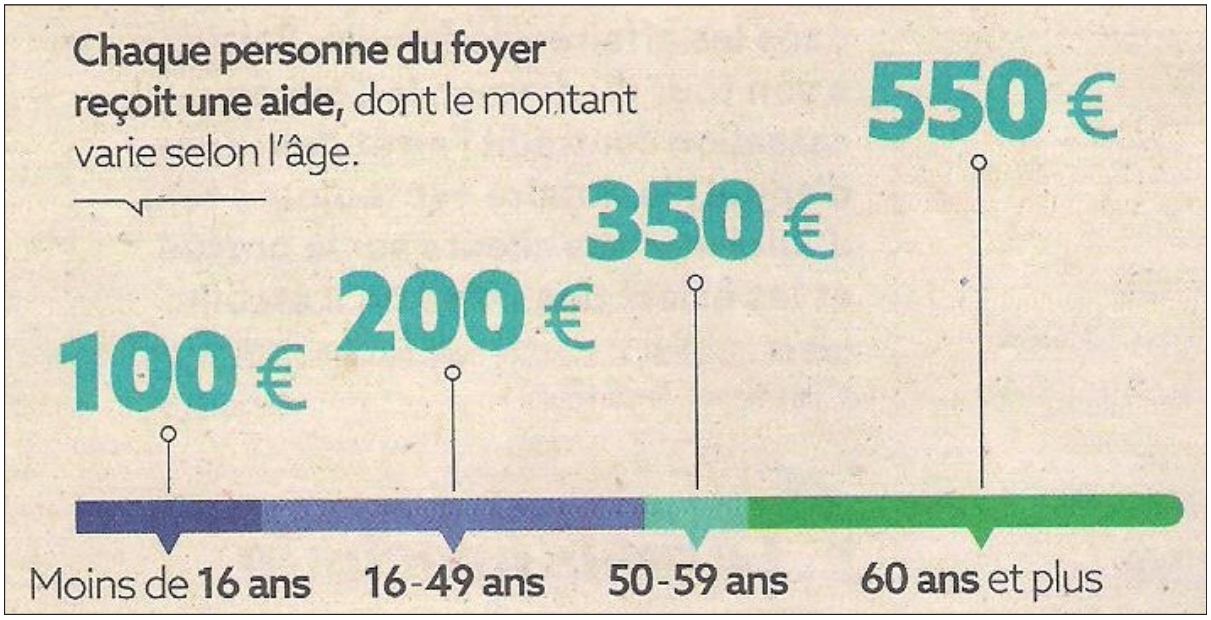
Un million deux cent mille personnes ont bénéficié de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) en 2017. Son but : réduire le risque de renoncement aux soins.

Qui peut en bénéficier ?
L'ACS est une aide financière versée par l'État pour aider les personnes aux revenus modestes à payer leur complémentaire santé. Pour être éligible, il faut résider en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière et que l'intégralité des ressources du foyer (salaire, retraite, revenus immobiliers...) perçues dans les 12 derniers mois ne dépassent pas les plafonds suivants : 991 € pour une personne par foyer ; 1.487 € pour deux ; 1.784 € pour trois ; 2.081 € pour quatre ; + 397 € par personne supplémentaire.
Pour savoir si l'on est éligible à l'ACS : www.ameli.fr/simulateur-droits

Comment ça fonctionne ?
Les bénéficiaires reçoivent une attestation-chèque qu'ils envoient à leur complémentaire santé. Son montant est alors déduit de leur cotisation. Chaque personne du foyer reçoit une aide dont le montant varie selon l'âge (100 €, moins de 16 ans ; 200 €, 16-49 ans ; 350 €, 50-59 ans , 550 €, 60 ans et plus). Attention, l'ACS ne fonctionne pas avec n'importe quelle mutuelle. Il faut, pour en bénéficier, avoir souscrit un contrat auprès de l'un des onze organismes sélectionnés par l'État dont la liste est consultable sur www.info-acs/acs_comparateur_1.php

Quels types de contrat sont possibles ?
Les onze organismes de mutuelle ont été sélectionnés par l'Etat pour leur rapport qualité/prix. Chacun propose trois types de contrat, avec un socle commun.
- Contrat A (socle commun) : prise en charge à 100 % des consultations médicales et pharmacie ; forfait journalier à l'hôpital illimité ; + 25 % de remboursement pour les prothèses dentaires et l'orthodontie par rapport à la Sécurité sociale.
- Contrat B : + 125 % de remboursement pour les prothèses dentaire et l'orthodontie ; remboursement de 100 à 200 € sur une paire de lunettes.
- Contrat C : + 200 % de remboursement pour les prothèses dentaires et l'orthodontie ; de 150 à 350 € pour des lunettes et 450 € pour des prothèses auditives.

Comment procéder ?
Il suffit de remplir le formulaire, accessible à l'adresse :
www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13375
puis l'envoyer, avec les pièces justificatives demandées, à sa caisse d'assurance maladie.
L'ACS, si elle est accordée, ne l'est que pour un an, le renouvellement n'est pas automatique.



Brèves

« Vas-Y » : Allez-y !

Emanation de la Fondation Ildys, « Vas-y » intervient dans le domaine de la prévention en santé, bien-être et vie pratique, dans le Finistère, pour les personnes de 60 ans et plus.
Des professionnels mettent leurs compétences au service des participants lors de conférences et ateliers.
Pour en savoir plus :
www.vas-y.bzh

Dossier médical partagé (DMP)

C'est un carnet de santé numérique qui réunit toutes vos informations médicales. Le DMP vous permet de partager vos informations de santé avec les professionnels de santé de votre choix qui en ont besoin pour vous soigner.
Il peut être ouvert en quelques minutes par vous-mêmes, votre pharmacien ou dans votre caisse d'assurance maladie.
Pour en savoir plus :
https://www.ameli.fr/assure/sante/dossier-medical-partage/tout-savoir-sur-dossier-medical-partage

Pratique

Vous voulez contacter les élus du conseil d'administration :

contact@mutuelle-letelegramme.fr

en précisant vos coordonnées.

Par courrier :

Mutuelle Le Télégramme
11, rue Anatole-Le-Braz
29600 Morlaix.

Cotisations. Pensez à alimenter votre compte bancaire avant la date du prélèvement de votre cotisation.
Un compte non approvisionné génère des frais pour la Mutuelle et pour vous-mêmes.

Les étudiants et les Français sans mutuelle de plus en plus nombreux

La proportion de jeunes Français de 18 à 24 ans couverts par une complémentaire santé a considérablement diminué en 2018, en particulier chez les étudiants, selon le baromètre du cabinet Epsy pour la Fnim (Fédération nationale indépendante des mutuelles). « Le taux d'équipement des jeunes générations dégringole », affirme la Fnim dans un communiqué de presse. **Seuls 66%** des 18-24 ans déclarent être couverts par une assurance santé complémentaire, contre 75 % en 2017 et 79 % en 2016.

Les étudiants particulièrement touchés

Parmi les étudiants, ce pourcentage est passé de 85 % à 69 % en un an. Il faut sans doute y voir le fait que, depuis le 1er septembre, les nouveaux inscrits à l'université sont automatiquement affiliés à la Sécurité sociale alors qu'ils devaient, par le passé, adhérer à une mutuelle étudiante pour bénéficier de la couverture de base de l'assurance-maladie. Ils souscrivaient en général, dans la foulée, la garantie complémentaire. Ce n'est plus le cas aujourd'hui. Mais pour la Fnim, cette désaffection est aussi « certainement l'expression à la fois des difficultés économiques rencontrées et de la défiance envers la protection sociale collective ».

Un Français sur dix sans mutuelle

La Fédération juge aussi inquiétante la baisse observée **dans les ménages aux revenus modestes** (moins de 20.000 € par an), dont le taux d'équipement est passé de 84 % à 80 %.
10 % des Français interrogés (toutes tranches d'âges confondues) disent ne pas être couverts par une complémentaire santé, une **« tendance qui s'aggrave »,** selon la Fnim.
Depuis 2013, le taux tournait entre 6 % et 8 %. Le résultat de l'enquête réalisée fin 2018 « nous éloigne des niveaux généralement admis, notamment par les pouvoirs publics ».

Anne-Marie Thomazeau *(Viva, 9-1-2019)*

Santé physique : j'apprends à nager

Pratiquer la natation est une activité non traumatisante pour les articulations et permet à presque tout le monde de se mouvoir en souplesse dans un milieu porteur.
Actuellement, près d'une personne de plus de 65 ans sur trois ne sait pas nager. Désormais, quel que soit notre âge, nous pouvons nous lancer et découvrir ce plaisir en toute sécurité.
Les cours ne sont pas réservés aux non-nageurs. Il faut débuter en douceur. A 60 comme à 80 ans, il faut d'abord déraciner des peurs parfois anciennes, en tête celle de ne pas flotter.
Il faut aller à son rythme. Personne ne vous demandera de plonger brutalement dans le bassin ! Il est souvent proposé de commencer par la nage sur le dos où la respiration est plus facile.
Il faut compter un an d'apprentissage, à raison d'une heure par semaine en cours collectifs pour devenir autonome. Certains préfèrent les cours individuels.
Prendre ou reprendre des cours de natation, c'est aussi gagner en autonomie en dehors du bassin.