



N° 19 - MAI - JUIN 2014



Assemblée générale
SAMEDI 24 MAI 2014
à partir de 9 h 30
au siège de l'entreprise
(salle des rotatives)

Edito

L'engagement, c'est maintenant !

Face aux contraintes diverses et à maintes mesures fiscales et juridiques, les mutuelles ont été dans l'obligation de changer de rythme et de mode de fonctionnement, depuis un certain temps. Pour la mutuelle d'entreprise du Télégramme, ce nouveau régime imposé est le même ! Nous n'y échappons pas... et nous l'assumons.

Preuve en est ; il nous a fallu, ces derniers mois, nous « adosser » à une autre mutuelle (Ma Nouvelle Mutuelle). Et cela, dans l'objectif de poursuivre notre activité de complémentaire santé tout en maintenant notre autonomie et nos choix de gestion. Mais cela ne suffit pas... car nous ne sommes plus assez nombreux à nous investir et... les principaux responsables sont vieillissants.

Afin de garantir et de développer un service de qualité aux adhérents - à vous qui en êtes les adhérents, actifs et retraités -, il nous faut donc un conseil d'administration efficace, vigilant et réactif. Pour ce faire, nous devons renforcer cette instance en comptant sur votre futur investissement, à nos côtés. Cela est possible et à la portée de tous... Dans le cas contraire, notre mutuelle serait amenée à disparaître... faute de « combattants » !

En devenant de fait acteur de votre mutuelle, vous participerez ainsi à son fonctionnement et vous contribuerez à l'allègement de la tâche de l'équipe en place. Appel est de nouveau lancé aux salariés afin d'assurer l'avenir et la pérennité de notre mutuelle.

Tous ensemble, offrons-lui un nouvel horizon !

Bien cordialement

Michel Buriens

PROTECTION SOCIALE

Les Français y sont attachés...

A la question « Considérez-vous normal de consacrer un tiers du revenu national au financement de la protection sociale ? », 64 % des Français ont répondu oui en 2013, contre 54 % en 2000. Un attachement manifeste, à nuancer par le fait qu'ils étaient en revanche plus nombreux en 2000 à juger insuffisante cette part et moins nombreux à l'estimer excessive...

... Et vous ?

Nous serons heureux de vous retrouver le **samedi 24 mai 2014** pour en discuter et de bien d'autres choses encore.

C'est votre assemblée générale, il est important pour tous les bénévoles qui œuvrent à votre complémentaire santé que vous y participiez. Si par extraordinaire vous aviez un empêchement impératif, vous pouvez toujours nous adresser votre pouvoir.

VERS UN NOUVEAU CONTRAT MUTUALISTE (VÉRITABLEMENT) RESPONSABLE

Fin mars devait être publié le décret définissant les critères des contrats solidaires et responsables des complémentaires de santé.

A quoi ressembleront demain ceux-ci. Nés dans les années 2000, ils ont pour but d'offrir une garantie santé complémentaire accessible au plus grand nombre et ayant un rôle efficace dans la diminution des restes à charge. Pour cela ils reposent sur des critères contraignants qui devraient s'accompagner d'incitations financières proportionnelles aux contraintes, afin de ne pas pénaliser les contrats les plus vertueux.

La question des dépassements d'honoraires doit être emblématique. La prise en charge par les mutuelles ne devrait pas dépasser un certain seuil (56 € pour une consultation de spécialiste à 28 €) ; au-delà ils seraient jugés abusifs.

75 % des médecins français pratiquent des tarifs opposables, sans dépassements, 12 % pratiquent des tarifs à 50 % supérieurs à ceux de la Sécurité sociale, 6 % dépassent de 100 % et 2 % de 150 %.

Ce n'est pas aux mutuelles de solvabiliser les dépassements d'honoraires d'une minorité avec le risque d'entraîner chez les autres une incitation à dépasser, ce qui entraînerait une inflation des tarifs. La situation évolue car 50 % des jeunes médecins qui s'installent pratiquent des dépassements d'honoraires.

Dans le cadre de ces nouveaux contrats responsables, il faut encourager le développement des génériques en permettant leur remboursement à 100 %. Cela donnerait un signal clair pour changer les habitudes de consommations des patients et de prescription des médecins.

Plafonner les remboursements optiques ?

Si l'on peut se considérer comme bon élève pour ce qui concerne le non remboursement des dépassements d'honoraires des médecins, il n'en est pas de même pour l'optique. L'on peut dire qu'à notre « petit niveau » nous participons à l'inflation des tarifs. Si l'on ne veut pas avoir une fiscalité plus forte, il faudra nous adapter à cette nouvelle législation.

Le projet de décret prévoit un plafond de prise en charge des dépenses d'optique. Il serait de 100 € pour la monture, 350 € pour des verres simples en 2015 et baisserait jusqu'à 200 € en 2018 ; pour les verres complexes – multifocaux par exemple – la prise en charge maximum passerait de 600 € l'an prochain à 400 € en 2018. Autre restriction, le remboursement serait limité à une paire de lunettes tous les deux ans, « sauf chez les enfants ou en cas d'évolution de la vue ».

Si la Mutualité française trouve que les plafonds sont trop élevés pour les verres complexes, les opticiens sont vent debout contre le projet.

La Mutualité veut aller plus loin. Elle ne compte pas désarmer sur la possibilité de contractualiser avec les professionnels de santé dans le cadre de réseaux de soins. Ces derniers devraient limiter l'inflation.

MÉDICAMENTS

EFFETS INDÉSIRABLES : LE DÉNI

Environ 20.000 personnes meurent chaque année, en France, à la suite des effets indésirables graves d'un médicament, selon la revue médicale indépendante « Prescrire », qui a organisé une conférence-débat sur ce thème. Un problème qui représente 5 % des hospitalisations en Europe, mais qui reste négligé et sous-estimé par les médecins et les autorités de santé et qui laisse les victimes seules avec leur détresse. Pourtant, selon Prescrire, il n'y a pas de fatalité, il faut « écouter les victimes sans a priori ».

DÉPENSES DE SANTÉ :

L'INFLATION

Les dépenses du régime général de l'assurance maladie ont atteint l'année dernière 142 milliards d'euros, en hausse de 2,3 % sur un an, selon la Cnam. Ce sont les soins infirmiers qui ont fortement progressé (+ 8,3 %), devant la kinésithérapie (+ 6,4 %) et les transports sanitaires (+ 6,4 %).



RETRAITÉS

Les prélèvements des cotisations de février et mars ont été effectués avec retard. Nous avons eu quelques rejets déclenchant des frais bancaires pour la mutuelle.

Veillez à ce que vos comptes bancaires soient suffisamment alimentés.

ACCIDENTS

Pensez à faire vos déclarations auprès de votre assurance, la mutuelle n'intervenant qu'en tout dernier ressort.

WEB

Vos décomptes sont accessibles via www.mutuelle-letelegramme.fr

LES PATIENTS TRINQUENT

Les dépassements d'honoraires sont le principal frein à l'accès aux soins. Champions toutes catégories : les chirurgiens.

A NOTER

L'agence de Morlaix sera fermée du 23 au 29 juin et du 28 juillet au 9 août 2014. Possibilité de contacter l'agence Ma Nouvelle Mutuelle de Quimper : Damien Pasco au 02.30.97.06.00.

HORAIRES DU SECRÉTARIAT

Les permanences téléphoniques, renseignements et accueil sont assurés :

du lundi au vendredi

de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 17 h 30

Une idée, une remarque, une info...

contactez **MUTif**

02.98.63.36.02 - Fax : **02.98.63.97.84**

contact@mutuelle-letelegramme.fr

PLAN CANCER : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

- Comme l'a annoncé François Hollande le 4 février dernier, le troisième plan Cancer a pour objectif la lutte contre les inégalités. Le défi est de taille : chaque année en France, 150.000 personnes meurent du cancer et 350.000 apprennent qu'elles en sont atteintes. Or, si un malade sur deux guérit, les inégalités s'aggravent : entre 30 et 65 ans, le risque de mourir d'un cancer est deux fois plus élevé chez les ouvriers que chez les cadres et les professions libérales. De même, les femmes cadres meurent moins souvent d'un cancer du sein que les ouvrières alors qu'elles sont plus touchées.
- Pour y remédier, le frottis de dépistage du cancer de l'utérus va être généralisé à tout le territoire. Actuellement, seuls 13 départements le proposent gratuitement. Réalisé tous les trois ans, il devrait permettre de réduire la mortalité de 30 % en dix ans. Les examens complémentaires, après une mammographie douteuse par exemple, seront pris en charge à 100 %, les patientes n'auront plus à faire d'avance de frais.
- L'aide au sevrage du tabac, premier facteur de risque évitable, sera renforcée : en 2015, un numéro unique sera créé pour orienter les personnes qui veulent s'arrêter de fumer vers le professionnel le plus proche. Le forfait annuel de 150 euros pour les substituts nicotiques, réservé aux moins de 25 ans, sera étendu aux 25-30 ans, aux bénéficiaires de la CMU et aux malades du cancer. Une stratégie nationale de lutte anti-tabac est attendue avant l'été. Concernant le diagnostic, le délai d'attente pour une IRM sera ramené de 27 à 20 jours au maximum.
- Le plan propose aussi que les frais liés à une reconstruction mammaire soient entièrement pris en charge par l'assurance maladie pour les patientes ayant subi une ablation du sein. Pour avoir droit aux indemnités journalières, à partir du 1^{er} janvier 2015, 150 heures dans le trimestre suffiront. Enfin, un « droit à l'oubli » est institué : les personnes guéries, dont l'espérance de vie est souvent la même que celle de la population générale, n'auront plus à mentionner leur cancer dans le questionnaire exigé pour un emprunt.

Source Viva mars 2014

QUELLE SÉCURITÉ SOCIALE POUR LA JEUNESSE ?

- « La jeunesse est un âge spécifique de la vie qui nécessite une prise en charge particulière. De la même manière que la société a su protéger les personnes âgées contre le risque de dépendance en créant le statut de retraité et la pension qui lui correspond, il faut instaurer un statut social du jeune en formation ou en insertion. »
- C'est par ces mots que le président de l'Union nationale des étudiants de France (Unef), William Martinet, a introduit l'appel lancé lors des états généraux de la santé et de la protection sociale de la jeunesse, qui se sont tenus le 31 janvier à Paris. En effet, beaucoup de jeunes sont mal remboursés - 19 % n'ont pas de complémentaire santé -, ou renoncent à des soins du fait des remboursements et des dépassements d'honoraires. 92 % ont recours à l'automédication.
- **Informez dès le lycée**
- Quant au régime étudiant de Sécurité sociale, violemment critiqué ces derniers mois, l'Unef estime que c'est lui faire un faux procès.
- Le sous-financement chronique du régime de base s'est accompagné depuis trois ans d'une hausse brutale de la fiscalité sur les complémentaires santé. Cette hausse a fait grimper le prix des mutuelles étudiantes. Bon nombre d'étudiants ont dû y renoncer.
- Pour l'Unef, il ne s'agit pas de supprimer le régime de Sécurité sociale des étudiants, mais, au contraire, de le conforter par une refonte globale. Le syndicat étudiant demande que :
 - les démarches administratives pour l'inscription au régime étudiant de Sécurité sociale (RESS) soient facilitées;
 - les jeunes soient informés dès le lycée de leurs droits et du fonctionnement de la Sécurité sociale;
 - les jeunes puissent bénéficier de l'ACS (aide complémentaire santé) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Des barrières législatives (nécessité de disposer cumulativement d'un logement indépendant, d'une déclaration fiscale indépendante et de ne pas percevoir de pension alimentaire de la part des parents) empêchent les jeunes d'accéder à ces aides. Or, la plupart des étudiants boursiers entrent dans les grilles de revenus prises en compte pour y accéder. D'autre part, alors que la loi du 14 juin 2013, de sécurisation de l'emploi, généralise la couverture complémentaire santé à tous les salariés à compter du 1^{er} janvier 2016, l'Unef estime anormal que des jeunes soient une des seules catégories de la population, à côté des chômeurs de longue durée et des personnes retraitées, à devoir prendre en charge seules leurs couvertures maladie complémentaire.
- **Création d'un chèque-santé**
- le tiers-payant systématique soit ouvert aux jeunes dès l'année prochaine;
- un chèque-santé, accessible à tous les étudiants et géré par les Crous, soit créé et qu'une tarification spécifique pour les soins en optique et dentaires soit mis en place;
- le régime étudiant de Sécurité sociale soit géré par un seul opérateur. Il y gagnerait en lisibilité pour les étudiants. La nouvelle mutuelle jeune, car il n'y en aurait plus qu'une, se concentrerait alors sur ces missions de service public;
- la gestion démocratique du régime soit renforcée.

Source Viva mars 2014