Votre Mutuelle en 2020

Edito

Après deux années de changements importants (départs des actifs et recentrage sur les adhérents retraités), votre mutuelle devrait connaître une année 2020 de transition, sans grands bouleversements.

En 2020, pour la deuxième année consécutive, la délégation de gestion de la Mutuelle Le Télégramme sera assurée par Alptis.

Les espoirs que nous fondions sur un développement extérieur, par la diffusion d'une gamme spécifique de complémentaire santé (Térémis) en direction de populations bretonnes dépourvues de cette garantie, ne se sont pas concrétisés. Rédéo Assurances et Rédeo Association, qui portaient ce projet, en partenariat avec la Mutuelle Le Télégramme, n'ont pas trouvé le créneau favorable à ce nouveau produit. D'un commun accord, nous avons choisi de mettre un terme à ce partenariat. Pour autant, l'idée d'accueillir de nouveaux adhérents, hors le groupe des retraités Télégramme, n'est pas abandonnée. Miltis s'est proposée pour reprendre la diffusion de Térémis. Ce que nous avons accepté.

Sur le plan financier, depuis le départ des adhérents actifs du groupe Télégramme, nous connaissons des bilans déficitaires, supportables du fait de nos réserves, fruit de longues années de prudente gestion, mais contraignant à de sensibles hausses de cotisations.

Pour 2020, le conseil d'administration a validé un nouveau barème comportant quatre niveaux de cotisation (au lieu de trois en 2019) et tenant compte des niveaux de revenus annuels. Il est sans changement pour les revenus les moins élevés.

Ces augmentations ne pouvaient être différées. Elles devraient limiter nos pertes en 2020, année où nous ne bénéficierons plus du contrat de réassurance Miltis. En 2019, ce traité partageait à 50/50 pertes et gains entre Mutuelle Le Télégramme et Miltis. En l'absence de toute perspective de gain, dans l'immédiat, Miltis a fait le choix de dénoncer ce traité.

Point positif : le tableau des prestations est inchangé pour 2020 et nous conservons notre principe de solidarité, même s'il ne s'exerce plus qu'entre jeunes et moins jeunes retraités.

Malgré ce tableau tout en nuances de gris, je vous assure de l'engagement du conseil d'administration pour faire vivre notre mutuelle. A tous, mes vœux cordiaux pour l'année à venir. Prenez soin de vous.

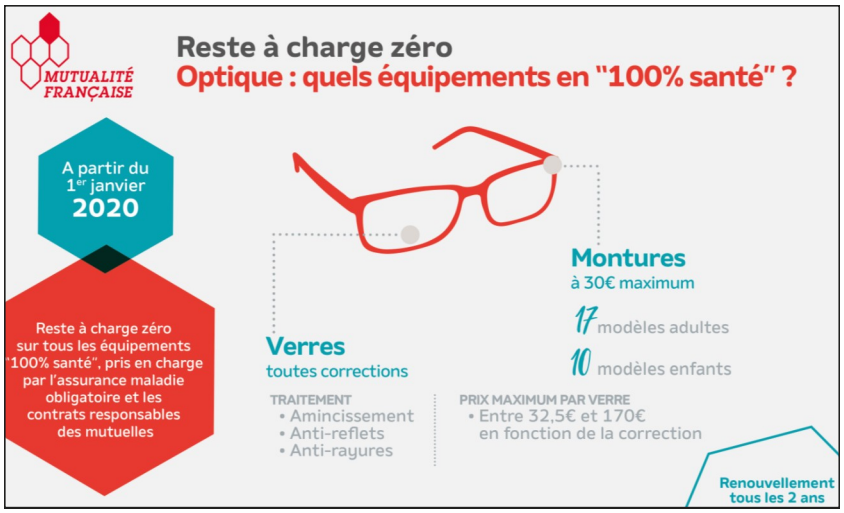
Maryvonne Calcine

Mutuelle Le Télégramme

Mut' infos

N° 28 novembre-décembre 2019

La réforme 100 % Santé ou reste à charge zéro



Cette nouvelle mesure – inscrite dans la Loi de financement de la Sécurité sociale 2019 – prévoit le remboursement intégral, par la Sécurité sociale et les organismes de complémentaire santé, de certains équipements optiques, prothèses dentaires et appareils auditifs contenus dans l'offre 100 % Santé.

En attendant la prise en charge complète des aides auditives du panier 100 % Santé à partir du 1er janvier 2021, les appareils 100 % Santé nécessitent déjà 200 € de frais en moins en moyenne par oreille en 2019. La base de remboursement des audioprothèses par la Sécurité sociale a, quant à elle, été revalorisée de 200 € à 300 €, tandis que le taux de remboursement par la Sécurité sociale reste à 60 %.

Le reste à charge zéro : pour qui et pourquoi ? Le **reste à charge zéro** ou **offre 100 % Santé** s'adresse à tous les bénéficiaires d'un contrat de mutuelle santé responsable, c'est-à-dire d'un contrat frais de santé qui ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des assurés et qui assure une couverture complémentaire minimale répondant à un cahier des charges (ticket modérateur, forfait journalier illimité, etc.).

La réforme **100 % Santé** prévoit un reste à charge zéro (**RAC 0**) dans trois domaines spécifiques où les remboursements ne sont pas toujours à la hauteur des dépenses des assurés sociaux. Il s'agit de certains **remboursements d'optique** (lunettes), de certains **remboursements de frais dentaires** (prothèses dentaires) mais aussi de certains **remboursements d'appareils auditifs** (aides auditives). Elle concerne un panier de soins défini réglementaire.

Reste à charge zéro Dentaire.- Avant la mise en place du **reste à charge zéro**, les **frais dentaires** (prothèses) étaient mal remboursés par la Sécurité sociale. Il était donc nécessaire de souscrire une mutuelle santé offrant des **remboursements conséquents sur les prothèses dentaires**. Beaucoup d'assurés renonçaient aux soins en raison d'un **remboursement de couronne dentaire** ou **d'inlay core** jugé insuffisant et incompatible avec leur budget.

Dès 2020, le reste à charge zéro proposera des **remboursements dentaires intégraux** pour votre **inlay core**, ainsi que pour certaines **couronnes et autres prothèses dentaires** contenues dans les équipements du 100 % Santé.

Pour rappel, l'inlay core est une alternative à la couronne. Les dentistes posent cette prothèse lorsque la dent est trop abîmée et qu'elle ne peut accueillir une couronne.

(à suivre page 2)

Bon à savoir : pour les couronnes contenues dans l'offre 100 % Santé, la prise en charge intégrale s'applique aux couronnes métalliques sur toutes les dents. Le **remboursement à 100 % pour la couronne céramo-métallique et céramique** s'applique sur les dents visibles, à savoir : les incisives, les canines et les premières prémolaires.

Pour une couronne dentaire céramo-métallique de l'offre 100 % Santé (aspect blanc pour les dents du sourire), le reste à charge zéro s'applique sur une dépense de 500 € maximum. Dans ce cas, la Sécurité sociale prend en charge 84 €. La mutuelle vous remboursera 416 €, vous n'aurez donc rien à payer.

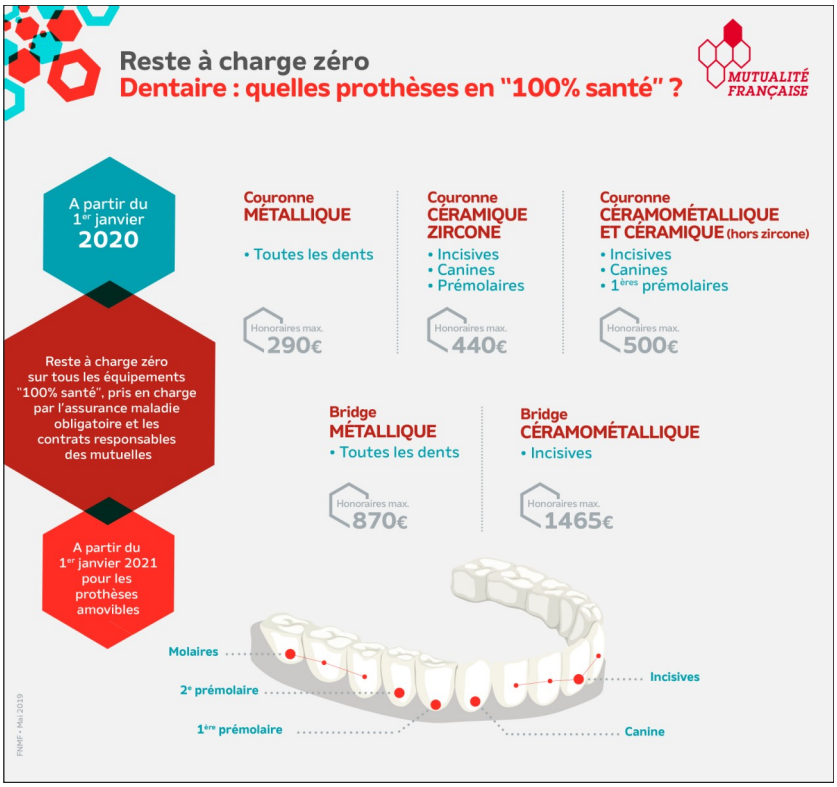
Reste à charge zéro Optique. - Le **remboursement optique** de la Sécurité sociale étant très faible, le **reste à charge optique** est important. C'est pourquoi, le **remboursement des lunettes par la mutuelle** est un élément déterminant pour le budget des assurés. Afin de diminuer le reste à charge en optique et limiter le prix de vente des montures et des verres, votre contrat inclut des équipements optiques intégralement remboursés, conformément à la réforme du 100 % Santé.

Avec le **reste à charge zéro pour les lunettes** (une monture et deux verres), vous obtenez un remboursement tous les deux ans, sauf cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement. La réforme 100 % Santé prévoit le remboursement intégral des montures de l'équipement 100 % Santé, dont le prix de vente est de 30 € maximum, parmi un choix de 17 modèles pour adultes et 10 modèles pour enfants. Si vous choisissez un modèle de monture plus cher, le remboursement de votre mutuelle sera limité à 100 € et tout supplément sera alors à votre charge.

Le prix maximum de vente est compris entre 95 et 265 € pour un verre unifocal et entre 180 et 370 € pour un verre progressif.

Exemple de simulation de remboursement lunettes avec le RAC 0 optique Dans le cadre du **RAC 0 optique**, pour des verres progressifs dont le coût s'élève à 260 €, le remboursement de la Sécurité sociale atteint 59 €. Le remboursement de votre mutuelle optique atteint, quant à lui, 201 €.

Remboursement des appareils auditifs. - Le **remboursement de l'appareil auditif** 100 % Santé permet une **prise en charge intégrale de certaines prothèses auditives**. Les prothèses auditives concernées sont celles dont le prix de vente est limité à 1.400 € par oreille pour un enfant, et 950 € par oreille pour un adulte à partir du 1er janvier 2021.



Exemple de remboursement de prothèse auditive avec un reste à charge zéro. - Dans le cadre du **remboursement de la prothèse auditive** avec **le RAC 0,** si vous avez plus de 20 ans et que votre dépense atteint 950 €, la Sécurité sociale prendra en charge 240 €, tandis que la mutuelle santé vous remboursera 710 €. Vous n'aurez donc rien à payer.

Application du reste à charge 0 : c'est pour quand ? La réforme 100 % Santé se met en place de manière progressive depuis le 1er janvier 2019 jusqu'en 2021. Le **reste à charge zéro** entrera en vigueur au 1er janvier 2020 pour les équipements du 100 % Santé dentaire et optique et à compter du 1er janvier 2021 pour l'offre 100 % Santé audiologie.

Site de la mutuelle : http://www.mutuelle-letelegramme.fr

Ostéoporose : une maladie silencieuse

L'ostéoporose est une maladie pas toujours diagnostiquée. Elle touche surtout les femmes après 50 ans, mais les hommes peuvent aussi en être atteints.

C'est quoi ?

L'ostéoporose est une maladie qui touche le squelette. Elle se caractérise par une diminution de la masse de l'os et une détérioration de la structure interne du tissu osseux. Conséquence ? Le risque de fractures. Elle touche surtout les femmes ménopausées, à cause du déficit en œstrogènes, mais peut concerner aussi les hommes.

Les chiffres

On estime que 39 % des femmes autour de 65 ans – jusqu'à 70 % pour les plus de 80 ans – en souffrent. En France, l'ostéoporose est à l'origine de 400 000 fractures (vertèbres, col du fémur et poignet essentiellement). Après une fracture, seulement 20 % des femmes sont orientées vers un dépistage de la maladie, puis prises en charge.

Le dépistage

L'ostéodensitométrie est un examen radiologique, rapide et indolore qui mesure la densité minérale osseuse (la masse de calcium contenue dans l'os).

Elle est remboursée à 70 % sur la base de 39,96 €, sur prescription médicale, pour les patients présentant les facteurs de risques.

Les traitements

On envisage une prise en charge médicamenteuse après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D et lorsque le risque de fracture est jugé élevé. Les médicaments les plus utilisés contre l'ostéoporose sont ceux de la famille des bisphosphonates qui peuvent être administrés en intraveineuse

La prévention : ça marche

- Bougez tous les jours pour diminuer le risque de chute.
- Mangez équilibré en favorisant les aliments riches en calcium et en vitamine D. En cas de carence en vitamine D, un supplément (ampoules) peut être apporté.
- Maintenez votre poids à un niveau correct : un poids insuffisant accroît le risque de fracture.

Dites « non » à la cigarette, modérez votre consommation d'alcool.

D'après Marilyn Perioli (Viva)

Pour vous expliquer la Complémentaire santé solidaire…

La Complémentaire santé solidaire remplace la Cmu-c et l'Aide à la complémentaire santé (Acs), à partir du 1er novembre 2019. L'Acs, qui permettait à des personnes dont les revenus sont supérieurs à ceux nécessaires pour obtenir la Cmu-c d'accéder à une complémentaire santé, n'a jamais atteint sa cible (non-recours à ce droit : de l'ordre de 50 %).
Par la fusion Acs - Cmu-c, le gouvernement veut la rendre lisible et plus accessible. Le 1er novembre 2019, la Cmu-c sera étendue aux bénéficiaires de l'Acs et devient, pour tous, la Complémentaire santé solidaire (Css). Le bénéficiaire est libre de choisir sa complémentaire auprès de son organisme d'assurance maladie (Cnam, MSA) ou auprès d'une complémentaire parmi les 134 organismes inscrits dans ce dispositif.

Qui est éligible, combien ça coûte et que couvre la Complémentaire santé solidaire ?

Le droit à la Css dépend de la situation et des ressources de la personne. Selon les revenus, la Css ne coûte rien ou moins d'un euro par jour et par personne. Au total, plus de 10 millions de personnes pourraient en bénéficier. On compte parmi elles la majorité des titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (Aah), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (Asi), les bénéficiaires du Rsa ou encore les titulaires d'une pension d'invalidité en situation de pauvreté ou les retraités modestes titulaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), de l'allocation supplémentaire vieillesse (Asv) ou du minimum vieillesse.
Le bénéficiaire n'a rien à débourser si son plafond de ressources est inférieur à 1.007 € mensuels pour une personne seule. Pour les bénéficiaires dont les ressources dépassent le plafond annuel, la contribution est variable en fonction de l'âge.
Outre les soins de base, le panier de la Css intègre les lunettes, prothèses dentaires et auditives, dit du « 100 % santé ». Ce dernier sera accessible en 2021, mais les bénéficiaires de la Css y auront droit dès le 1er novembre 2019. Les personnes en situation de handicap se verront ouvrir le droit à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux (fauteuils roulants, sondes, pansements…). La Css permet aussi à ses bénéficiaires une dispense d'avance de frais (tiers payant intégral) et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires chez les professionnels de santé. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier est pris en charge sans limitation de durée.
Les bénéficiaires sont exonérés de toute participation forfaitaire de 1 € sur consultations ou actes médicaux, examens de radiologie, analyses médicales et de la franchise médicale sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires.

Quelles sont les démarches pour en bénéficier et que faire pour le renouvellement ?

Les actuels bénéficiaires de la Cmu-c, dont les droits seront en cours après le 1er novembre, n'ont pas de démarche particulière à entreprendre. Quant aux bénéficiaires actuels de l'Acs, ils n'ont aucune démarche à entreprendre jusqu'à l'expiration de leur contrat. Pour ceux dont le contrat arrive à échéance dans les quatre mois, ils se verront adresser en octobre un courrier pour faire une demande de Css. La suppression de l'Acs se fera progressivement. Plus aucun contrat Acs ne pourra être souscrit ou renouvelé après le 31 octobre 2019.
Numéro de téléphone gratuit : **0 800 971 391.** Des simulateurs de ressources par Internet sur **ameli.fr** et **mesdroitssociaux.gouv.fr** pour vérifier son éligibilité.

D'après Anne-Marie Thomazeau (Viva)

Hôpital : des restes à charges inégalitaires

Les dépenses hospitalières sont loin d'être supportées à 100 % par la Sécurité sociale. C'est le premier poste de remboursements des mutuelles (24 % de leurs prestations).
Le rôle des mutuelles pour réduire les inégalités et la facture des Français, en particulier à l'hôpital, est déterminant et croissant, d'autant que la population qu'elles protègent est plus âgée que la moyenne.
Le reste à charge hospitalier est inégalement réparti, avant remboursement des mutuelles. Il peut atteindre, en moyenne, pour une personne de plus de 80 ans, 880 €, soit deux fois plus que pour la moyenne des patients (396 €).
L'inégalité se retrouve aussi au niveau des départements : 115 € dans le Haut-Rhin, 428 € dans l'Orne. Elle s'explique en partie par les prix pratiqués par l'hospitalisation privée, en ce qui concerne la chirurgie, celle-ci pouvant varier du simple au triple.
Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le fait d'être sous le statut d'Affection de longue durée (ALD) ne protège pas de restes à charge élevés en hospitalisation.
Après remboursement de la Sécurité sociale, les mutuelles remboursent en moyenne 90 % du reste à charge.
En 2017, la part de prises en charge des dépenses d'hospitalisation était de 20 % du total de leurs remboursements santé, hors chambre particulière, contre 18 % pour les assurances et 14 % pour les institutions de prévoyance.

D'après l'Observatoire 2019 de la Mutualité Française

Mal au dos ? Insomnie, migraine ?

Et si vous essayiez de corriger les mauvaises postures en suivant ces conseils :

- **« Je dors »** : la meilleure position de sommeil est la position « fœtale » sur le côté car elle respecte les courbures naturelles de votre colonne vertébrale. Si vous ne parvenez pas à dormir sur le côté, sachez que la position allongée sur le dos est préférable à la position ventrale qui induit énormément de tension que ce soit sur la région cervicale ou la région lombaire.
- **« Devant votre ordinateur »** : assurez-vous que votre écran soit juste en face de vous, que le siège soit réglé suffisamment haut de manière à ce que vos avant-bras reposent naturellement sur le plan de travail et que la nuque puisse reposer contre l'appuie-tête de votre siège.
- **« Je m'habille »** : comme pour chaque activité du quotidien, prenez le temps nécessaire. Evitez de jouer les contorsionnistes en équilibre sur un pied lorsque vous enfilez votre pantalon. De la même façon, préférez les pulls avec une ouverture suffisante pour passer votre tête.
- **« Je passe l'aspirateur »** : faites une « fente avant » afin d'éviter de vous pencher en avant et ainsi créer des tensions au niveau de vos lombaires.
- **« Je voyage en avion »** : utilisez un coussin dorsal à caler derrière votre dos pour réduire le risque de tensions, de lombalgie ou de blessures.
- **« En voiture »** : si votre véhicule en est pourvu, n'hésitez pas à modifier la courbure du réglage de la zone lombaire; bien arrondie, elle permet de diminuer les tensions sur le bas du dos lors de vos longs trajets.

D'après Marilyn Perioli (Viva)

Brèves

Pensez à vous faire vacciner contre la grippe

La campagne de vaccination contre la grippe a démarré le 15 octobre 2019 et se poursuivra jusqu'au 31 janvier 2020. Nouveauté cette année, il est possible de se faire vacciner par un pharmacien.

La longévité des Françaises : bonne ou mauvaise nouvelle ?

Les Françaises vivent en moyenne 5,9 ans de plus que les Français (85,3 ans contre 79,4) mais les années supplémentaires ne sont pas vécues en bonne santé, d'après une étude 2018 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), publiée le 8 octobre. Leurs « années de vie supplémentaires », par rapport aux hommes, sont marquées par davantage de problèmes de santé ou de perte d'autonomie.

Sur les 5,9 années de vie en plus, seulement 1,1 an est vécu en bonne santé. Pour mémoire, en 2017, le chiffre était de 1,9 an.

En Europe, en 2017, la moyenne de l'espérance de vie à la naissance pour les hommes était de 78,3 ans et pour les femmes de 83,5 ans.

(Par Marilyn Perioli, Viva Magazine)

Pratique

Vous voulez contacter les élus du conseil d'administration.

- Par courriel :

administration@mutuelle-letelegramme.fr

en précisant vos coordonnées.

- Par courrier postal :

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

- Par téléphone (nouveau) :
07 87 24 43 86

Adresse internet. Si ce n'est déjà fait, transmettez-nous votre adresse internet. En cas de changement, n'oubliez pas de nous communiquer votre nouvelle adresse.

Cotisations. Pensez à alimenter votre compte bancaire avant la date du prélèvement de votre cotisation.

Une stratégie mise en place pour les aidants

En France, 8 à 11 millions de personnes soutiennent un proche en perte d'autonomie pour des raisons liées à l'âge, un handicap, une maladie chronique ou invalidante. Leur nombre ira croissant dans les années à venir : sur le seul champ des personnes âgées, il y aura trois fois plus de personnes de plus de 85 ans en 2050. Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté une « stratégie pour les aidants ». En voici les principales mesures.

- **Rompre l'isolement des proches aidants** et les soutenir au quotidien par la mise en place d'un numéro téléphonique national, la création d'un réseau de lieux d'accueil labellisés, « Je réponds aux aidants », d'une plateforme numérique « Je réponds aux aidants » et le déploiement des offres d'accompagnement par des professionnels et des pairs.
- **Ouvrir de nouveaux droits sociaux aux aidants et faciliter leurs démarches administratives :** les salariés, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les chômeurs indemnisés auront droit à un congé de proche aidant indemnisé, dès octobre 2020. Le salarié y aura droit durant trois mois ouvrés sur l'ensemble de sa carrière. Le montant de cette allocation sera de 43 €/jour pour les personnes vivant en couple et 52 €/jour pour une personne seule.
- **Concilier vie personnelle et vie professionnelle** grâce à la mise en place d'un nouveau système de reconnaissance de l'expérience acquise en tant que proche aidant, en 2021.
- **Aménager des périodes de répit** par le lancement d'un plan national de renforcement et de diversification des solutions de répit avec un financement supplémentaire de 105 M€ sur la période 2020-2022 et le développement de l'accueil temporaire (objectif de doublement du nombre d'aidants soutenus d'ici 2022).
- **Épauler les jeunes aidants** (40 % des jeunes aidants ont moins de 20 ans et 13 % ont entre 13 et 16 ans) en sensibilisant les personnels de l'Éducation nationale à repérer et orienter les jeunes aidants.
- **Les aidants en France :** 8 à 11 millions, soit un Français sur six.

90 % aident un membre de leur famille, dont 52 % un de leurs parents. 37 % des aidants sont âgés de 50 à 64 ans. Près de la moitié des aidants travaillent, 57 % sont des femmes. Huit aidants sur dix ont le sentiment de ne pas être suffisamment aidés par les pouvoirs publics.
Enfin, 31 % des aidants délaissent leur propre santé.

La course à la taille de certaines mutuelles

Harmonie-Mgen au sein de Vyv, Aesio-Macif, Mornay-D&O au sein de Klesia… les principales mutuelles et institutions de prévoyance créent des groupes dont la taille est sans précédent dans ce secteur. Mais cette course au gigantisme, qui permet de faire face à la concurrence, ne met-elle pas en péril leurs valeurs solidaires, sociales et démocratiques ?
Le phénomène de concentration dans le monde mutualiste permet de s'interroger et de se demander si la naissance de véritables géants permet encore de faire vivre les valeurs de solidarité, de proximité et de gouvernance démocratique. Cela ne conduit-il pas les mutuelles à ressembler de plus en plus à des compagnies d'assurances privées ?
Trois dirigeants de grands groupes, Thierry Beaudet, président du groupe Vyv et de la Mutualité française ; Maurice Ronat, vice-président du groupe Aesio ; et Arnaud Geslin, directeur général adjoint de Klesia, ont participé à un débat de Sciences Po sur ce thème, le 3 octobre, à Paris.
Pour eux, c'est une réponse afin de se donner les moyens de faire vivre les valeurs, être au service des adhérents, mieux faire connaître la non-lucrativité et préserver le modèle mutualiste.
Mais, quand on est adhérent d'une mutuelle de quelque 400 personnes protégées, on peut légitimement se poser la question.
Pour le président de la Mutualité française, « Mutualité rime avec proximité… ».
Est-ce que cela sera encore le cas demain ?

Aller à l'hôpital avec votre voiture aux frais de la Sécu

L'état de beaucoup de patients nécessite d'être régulièrement transportés vers leur lieu de soins. Beaucoup ignorent qu'ils peuvent prendre leur propre voiture - ou se faire conduire - tout en étant remboursés par l'assurance maladie pour les frais engagés. Le site **" Mes remboursements simplifiés "** vient d'être mis en place par l'assurance maladie. Pour bénéficier de la prise en charge du déplacement, il faut disposer d'une prescription médicale de transport et conserver 33 mois tous les justificatifs de dépense en cas de contrôle.