

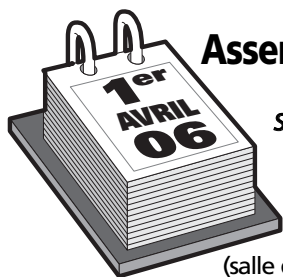


Mutuelle du Télégramme

MUT'infos

N° 6 - FÉVRIER 2006

"Mutif" et toute l'équipe de votre mutuelle vous souhaitent une bonne et heureuse année 2006 et surtout une excellente santé à toutes et à tous !



Assemblée générale

Elle aura lieu le **SAMEDI 1^{er} AVRIL 2006** à partir de **9 h 30** au siège de l'entreprise 7, voie d'accès au Port à Morlaix (salle de réunion des rotatives)

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE : PARTICIPEZ !

La protection sociale est sans conteste l'un des enjeux majeurs de ce début de siècle. Elle fait partie du quotidien de chacun d'entre nous. Depuis toujours, elle a demandé une vigilance de tous les instants pour son maintien, son amélioration et a traversé bien des turbulences. Aujourd'hui, par le biais de la réforme de la Sécurité sociale, elle entre dans un processus d'application qui va profondément modifier le comportement individuel des assurés sociaux.

Au cœur de la lutte pour le maintien des acquis de cette protection sociale, les mutuelles vont devoir s'adapter aux nouvelles données de cette réforme qui exigera d'elles une mobilisation sans faille. Celle du Télégramme n'échappe bien entendu pas à cette règle et va devoir compter sur tout son potentiel pour continuer à fournir et le niveau et la qualité des prestations qui sont les siennes.

La prochaine ASSEMBLÉE GÉNÉRALE du 1^{er} avril prendra donc, dans le contexte actuel, une importance toute particulière. Elle sera l'occasion pour le conseil d'administration de développer les arguments qu'elle compte mettre en place; ce, pour faire face à des exigences de plus en plus pointues des instances nationales de la protection sociale. C'est pourquoi, il faut que tout le monde s'y associe, soit physiquement, soit par le biais de son pouvoir, afin de conforter le conseil d'administration dans la démarche permanente qu'il mène pour la pérennité de "VOTRE" mutuelle. Il a besoin de se savoir soutenu. Et cela dépend de vous !

Appel à candidatures pour le conseil d'administration et la commission de contrôle

Le conseil d'administration doit élire le tiers sortant et la commission de contrôle est à renouveler. Si vous souhaitez faire acte de candidature, vous avez jusqu'au **12 mars** pour l'adresser, par écrit, au président : 11, rue Anatole-Le Braz, 29600 Morlaix.

Tiers sortant 2006 : Françoise Lombard (employés), Corinne Abjean (journalistes), Danielle Cariou (ouvriers), Isabelle Gourlaouen (ouvriers), Yves Derrien (ouvriers), E. Fouler (retraités).

Commission de contrôle : Samuel Petit (journalistes), Jean-Luc Corvez (ouvriers), René Baron (retraités). Un poste d'employé et un poste de cadre sont à pourvoir.

Edito

Sécurité sociale : 60^e anniversaire ou le sacrifice d'une "grande dame" ?

Dire que notre chère Sécurité sociale est "malade" est un doux euphémisme ... A en croire les politiques, sa longévité relèverait de leur ferme volonté de la soigner à coup de réforme. On peut être dubitatif...

La surprenante LFSS (*comprenez* : "loi de financement de la Sécurité sociale"), cumulée avec plusieurs autres décisions gouvernementales récentes, porte, en ce début d'année 2006, une nouvelle et grave atteinte aux assurés sociaux.

Notre Sécu, cette formidable institution au service des femmes et des hommes de ce pays, depuis 60 ans - et créée sur des principes de modernité et de solidarité - se verrait dès demain dépourvue de son rôle essentiel. Cette loi de financement annihilerait le principe fondamental de **solidarité entre malades et bien portants**.

La "grande dame" avait certainement besoin d'un rajeunissement et d'une réelle adaptation à notre société du troisième millénaire, mais peut-être pas, en guise de **cadeau d'anniversaire**, de cette réforme, prétendue salvatrice, qui risque de la vouer à une fin quasi certaine !

Michel Buriens

Réforme de la Sécu

- Vous devez subir un **acte médical supérieur à 91 €** ? Sachez qu'il vous en coûtera désormais 18 €. C'est une des mesures du second volet de la réforme de la Sécurité sociale. La Mutualité française dénonce une atteinte à la solidarité nationale. Ce forfait ne concernera pas les actes de biologie ou d'imagerie médicale. En seront exemptés les femmes enceintes, les titulaires d'une rente pour accident de travail, maladie professionnelle ou invalidité, les titulaires de la CMU et les patients en longue maladie (ALD).
- Les mutuelles ont obligation de mettre en place, avec leurs adhérents, le **contrat responsable** (voir au verso). L'objectif est d'inciter les patients, par le biais des complémentaires, à se conformer au parcours de soins coordonné (voir au verso). Celui-ci, on pourrait également l'appeler "parcours du combattant". Une consultation de spécialiste hors parcours de soins laissera au moins 10,50 € à votre charge.
- Le **forfait hospitalier**, qui depuis 1983 a augmenté de 450 %, soit une moyenne annuelle de près de 7 %, est passé de 14 à 15 €. Il passera à 16 € au 1^{er} janvier 2007.
- La **contribution versée par les mutuelles pour financer la CMU** subit une hausse de 43 %, de 1,75 à 2,50 % du chiffre d'affaires. En contrepartie de quoi sera versée une somme de 304,52 à 340 € par an et par bénéficiaire de la CMU couvert.
- Au 1^{er} mars, **156 médicaments** à service médical rendu insuffisant vont être **déremboursés**. C'est ce qu'ont décidé les scientifiques réunis sous la Haute autorité de santé (HAS). À la même date, **65 veinotoniques** verront leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale passer de 35 % à 15 %, avant un déremboursement total en 2008. Les mutuelles préconisent de ne plus prendre en charge ces médicaments, afin de pouvoir mieux rembourser des produits et soins dont l'efficacité est établie.
- Les **dépenses hospitalières** sont aussi dans le collimateur de l'assurance maladie. Celles-ci représentent en effet 44 % des dépenses de santé et sont en augmentation de 17,4 % entre 2001 et 2004.

Vous le voyez, après l'instauration forfaitaire de 1 € en 2005 pour une grande partie des actes médicaux de ville, ce sont de nouvelles mesures destinées à alourdir encore un peu plus les dépenses non remboursées par la Sécurité sociale; c'est-à-dire, supportées par vous et votre mutuelle.

Parcours de soins coordonnés

À NOTER

SECTEUR 1 et SECTEUR 2. - Les médecins libéraux doivent pratiquer des honoraires déterminés par convention avec la Sécurité sociale.

Secteur 1 : le tarif demandé correspond à la base du remboursement de la Sécurité sociale. En échange, l'Assurance maladie paye une part des cotisations sociales du médecin. Le secteur 1 regroupe 85 % des généralistes et 65 % des spécialistes.

Secteur 2 : les médecins peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires avec "tact et mesure".

INFOS

CCAM (Classification commune des actes médicaux). - Depuis le 31 mars 2005, la Sécurité sociale met en œuvre la profonde réforme de son système de codification et de tarification des actes médicaux et chirurgicaux avec la CCAM. Cette refonte, qui vise à identifier chaque acte par un code spécifique et à le tarifier en fonction de différents critères, ne touche que les actes médicaux techniques hors dentaires, les actes cliniques (consultations, visites et actes de biologie) étant exclus dans un premier temps. Un très grand nombre d'actes est donc créé par la CCAM. Cependant, ceux-ci sont regroupés par "familles" sous des appellations uniques afin d'être transmis aux organismes complémentaires (ADC : actes de chirurgie, ACO : actes d'obstétrique, ADA : actes d'anesthésie, ADI : actes d'imagerie, ADE : actes d'échographie, ATM : actes techniques médicaux).

Pour ces actes, l'application de la CCAM a pour conséquence de supprimer :

- les lettres-clés jusqu'à présent utilisées par la Sécurité sociale, qui figuraient sur les décomptes transmis aux organismes complémentaires;
- les notions de tarif de convention, de tarif d'autorité et de remboursement Sécurité sociale.

Les prestations garanties par la mutuelle étant adossées à celles de la Sécurité sociale, des équivalences avec les nouvelles données de la Sécurité sociale, permettant le remboursement de ces actes dans des conditions comparables à celles souscrites, ont dû être recherchées.

Par conséquent, pour ces actes, effectués depuis le 31 mars 2005, il convient d'apporter à l'expression des remboursements, s'il y a lieu, les modifications figurant dans le tableau d'équivalences ci-dessous :

Libellé utilisable depuis 31.03.05	Libellé utilisé avant le 30.03.05
% de la base de rembours. Sécu	% du tarif de convention
% de la base de rembours. Sécu	% du tarif d'autorité
% du montant remboursé par la Sécu	% du rembours. de la Sécu
% du ticket modérateur (base de remboursement Sécu - montant remboursé par la Sécu	% du ticket modérateur

TRAVAUX

L'avancement des travaux déjà accomplis offre une nouvelle disposition des locaux. Mme Nicole Guillou peut recevoir les adhérents dans un bureau plus fonctionnel; une salle de réunion permet de meilleures conditions pour accueillir le conseil d'administration. Actuellement en cours, les travaux de rénovation de l'accueil et du bureau des élus.

Nouveauté : la création d'un bureau accessible aux personnes à mobilité réduite.

HORAIRE DU SECRÉTARIAT

MARDI : de 8 h 15 à 12 h 15 et de 13 h 30 à 16 h 30
MERCREDI : de 8 h 15 à 12 h 15
JEUDI : de 13 h 30 à 16 h 30
VENDREDI : de 8 h 15 à 12 h 15

Une idée, une remarque, une info...

contactez MUTIF

© 02.98.63.36.02 - mutuelle@bretagne-online.com

Les mesures qui entrent en vigueur en ce début 2006 vont modifier notre façon de nous soigner. Depuis le 1^{er} juillet 2005, la réforme de l'Assurance maladie prévoit que tous les assurés sociaux choisissent un médecin traitant. Ils s'inscrivent ainsi dans un parcours de soins coordonnés personnalisé. Le but : préserver notre système de protection sociale tout en étant mieux soigné et en bénéficiant de conditions optimales de tarifs et de remboursement.

Médecin traitant : c'est à lui que vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Il coordonne tous vos soins, vous oriente le cas échéant vers un autre praticien (médecin correspondant) et fait la synthèse de toutes les informations qui vous concernent. Il assurera également les soins de prévention.

Médecin correspondant : si votre médecin traitant vous adresse à un spécialiste, celui-ci deviendra votre médecin correspondant. Vous le consulterez soit pour un avis ponctuel, soit pour un suivi régulier, selon un plan de soins déterminé avec votre médecin traitant (dans ce cas, il ne sera plus nécessaire de passer par votre médecin traitant pour ce suivi régulier). Vous n'êtes pas obligé de voir le spécialiste conseillé par votre médecin traitant, vous restez libre du choix de votre spécialiste !

Accès spécifiques : l'accès direct à votre gynécologue, votre ophtalmologue et/ou votre psychiatre (neuro-psychiatre, neurologue) est prévu par la réforme. Vous n'aurez pas besoin de passer par votre médecin traitant pour les consulter dans le cadre d'un suivi régulier. De même, vous pouvez aller directement chez votre dentiste. Les enfants de moins de 16 ans n'ont pas à choisir de médecin traitant.

Toute "sortie de route" sera sanctionnée à 3 niveaux :

- le coût de la consultation pourra être majoré par le médecin;
- le taux de remboursement de la Sécurité sociale baissera de 10 %;
- la mutuelle devra laisser au moins 7 € à la charge du patient. C'est la mesure phare des contrats responsables (cf ci-dessous).

Présenté comme un moyen de responsabiliser les assurés et d'améliorer le suivi médical, le parcours de soins risque en fait d'accentuer l'inégalité dans l'accès aux soins. Plutôt que d'infliger majorations et dépassements d'honoraires aux réfractaires, ce dispositif aurait pu récompenser par de meilleurs remboursements les assurés qui s'inscrivent dans ce parcours de soins. Il aurait pu aussi valoriser par des rémunérations plus élevées les médecins qui s'engagent à le respecter. C'est l'inverse qui a été décidé. D'où les risques de dérive vers une médecine à deux vitesses, plus rapide certes pour les patients qui ont les moyens de consulter directement un spécialiste. Ce que l'on nous propose aujourd'hui, ce n'est pas un parcours de soins, mais un parcours de tarifs (37 différents !). Souvenons-nous qu'en 2003, la Mutualité proposait, parmi ses 25 mesures, une coordination des soins plus cohérente, plus efficace, voire moins onéreuse.

Contrat responsable

À compter du 1^{er} janvier 2006, la loi impose aux contrats mutualistes un certain nombre d'obligations :

- couvrir l'intégralité de la dépense (sauf le forfait de 1 €) chez les médecins exerçant en secteur 1 et chez les spécialistes correspondants qui appliquent le tarif conventionnel, ainsi que 95 % au moins de la dépense pour les médicaments à vignette blanche et les examens prescrits par ces médecins;
- prendre en charge deux examens de prévention choisis sur une liste qui serait établie par la Haute Autorité de santé en juillet 2006;
- interdiction de prendre en charge au moins 7 € par consultation sur les dépassements d'honoraires que peuvent demander les généralistes ou les spécialistes consultés sans passer par le médecin traitant;
- interdiction de compenser la baisse de 10 % du taux de remboursement de la Sécurité sociale hors parcours de soins.

En résumé, ne sont pas remboursables : le forfait de 1 €; la majoration du ticket modérateur imposée à l'assuré qui consulte un médecin sans avoir choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier; le dépassement autorisé (7 €) pour un spécialiste de secteur 1 consulté sans avis du médecin traitant.

Mise en place de NOÉMIE

Vous venez de recevoir un courrier explicatif concernant une nouveauté dans le traitement de vos remboursements complémentaires : NOÉMIE (comprenez : normes ouvertes d'échanges entre l'assurance maladie et les intervenants extérieurs de santé).

En effet, devant les délais de plus en plus longs d'envoi des décomptes de remboursement (par la CPAM), le conseil d'administration de la mutuelle a arrêté la décision de vous proposer la mise en place de ce service qui devrait permettre le recouvrement plus rapide de la part complémentaire mutuelle.

Sachez que, si vous avez accepté ce dispositif d'échanges informatiques, sa mise en route devrait intervenir au courant du mois de mars. En cas de refus de ce mode de traitement, vous devrez en faire part par courrier adressé à la mutuelle avant le 24 février 2006.

Rappel : Pensez à fournir les factures d'optique, de dentaire, d'orthèse... ainsi que les avis des sommes à payer concernant les soins hospitaliers. Les attestations de paiement ne sont pas suffisantes. N'oubliez pas de prévenir la mutuelle lors d'un changement d'adresse ou de coordonnées bancaires.



MUT'infos