

Prévoyons.com

Novembre 2017 / N° 46

Le bulletin d'information Prévoyance et Santé des salariés d'Orange

Don d'organes :
quels changements ?

50 ans, l'heure des bilans

Vos garanties Santé

**M-1 avant le tiers payant
pour tous**

Nouvelle convention médicale :
quels impacts sur votre reste
à charge ?

Actualités



2

Don d'organes :
quels changements ?

Prévention



3

50 ans, l'heure des bilans

Vos garanties Santé



4/5

M -1 avant le tiers payant
pour tous

Vos garanties Santé



6/7

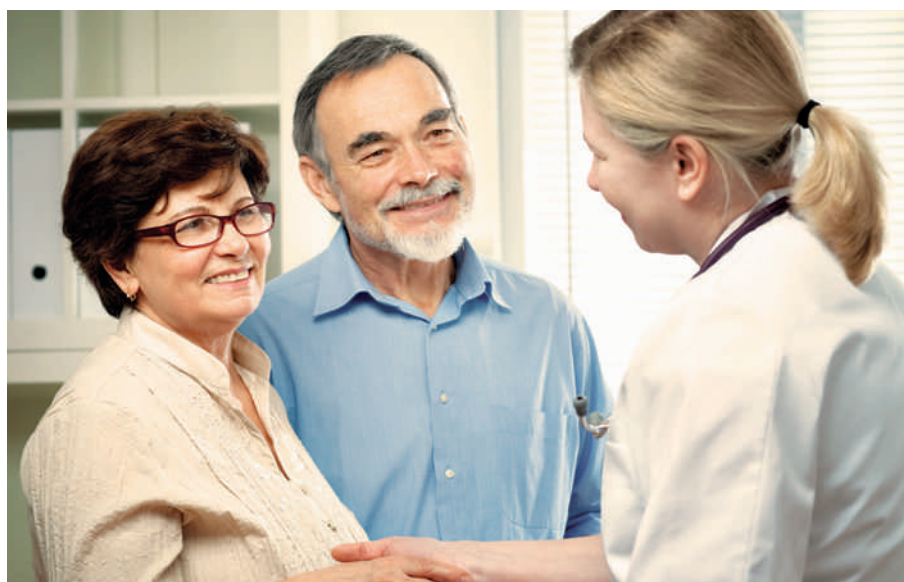
Nouvelle convention médicale :
quels impacts sur votre reste
à charge ?

Informations



8

www.prevoyns.com :
pensez-y !



Don d'organes : quels changements ?

Depuis le 1^{er} janvier, une nouvelle loi sur le don d'organes est entrée en vigueur. Principale nouveauté, la possibilité de signifier à l'avance son refus sur Internet.

Depuis 1976, la loi fait de chacun un donneur d'organes présumé. « *Mais seulement 15 % de la population le sait réellement* », regrette Pierre Noir, vice-président de la Fédération des associations pour le don d'organes et de tissus humains. La nouvelle loi, entrée en vigueur en janvier, réaffirme ce consentement présumé, ainsi que la gratuité et l'anonymat du don. Mais elle définit de nouvelles modalités du refus, ainsi que le rôle des proches.

Informez de ses volontés

Désormais, les personnes refusant de donner leurs organes pourront s'inscrire en ligne sur le registre national des refus géré par l'Agence de la biomédecine, et non plus seulement par courrier postal ⁽¹⁾. « *On peut aussi préciser les organes que l'on refuse de donner* », ajoute Pierre Noir. L'inscription sur le registre est modifiable à tout moment.

Le refus peut également être exprimé par écrit : un document daté et signé en présence d'un membre de sa famille suffit. En cas de refus exprimé oralement,

il appartiendra aux proches de faire valoir cette décision auprès des médecins. « *Une déclaration écrite et signée de leur part sera nécessaire pour rendre ce refus légal, sur le plan juridique* », précise Pierre Noir.

En pratique

En 2015, **32,5 % des Français se sont opposés au don et 5 746 greffes ont été réalisées**. Très souvent, le don est évoqué par l'équipe médicale en cas de décès brutal (traumatisme crânien, arrêt cardiaque...) : difficile pour la famille de se prononcer dans de telles circonstances. « *Le seul moyen d'anticiper cette question difficile, c'est d'en avoir parlé avant avec ses proches* », insiste Pierre Noir. Dans le cas contraire, la carte de donneur peut toujours être utile, même si elle n'a pas de valeur légale. Son intérêt réside surtout dans le fait d'éclairer sur les volontés de son propriétaire et de pouvoir apporter une preuve lorsque la famille n'est pas au courant de ses volontés ⁽²⁾ ■

(1) www.registrenationaldesrefus.fr

(2) La carte de donneur est disponible sur www.france-adot.org



50 ans, l'heure des bilans

On peut se sentir en forme à 50 ans. Mais certaines maladies restent longtemps silencieuses. À cet âge, il est donc recommandé de procéder à différents examens de dépistage.

Vous avez la cinquantaine et vous vous sentez en pleine forme. Aucun symptôme particulier à déclarer. Pour autant, ne négligez pas l'intérêt d'un bilan de santé. « Avec le vieillissement, l'organisme devient plus fragile, explique le Dr Jean-Loup Dervaux, médecin généraliste. Et les affections qui en résultent peuvent rester longtemps asymptomatiques. Quand les signes fonctionnels se manifestent, la maladie a bien souvent déjà progressé. D'où l'intérêt d'un dépistage précoce pour la prendre en charge avec les meilleures chances de guérison ».

Prévenir les maladies cardio-vasculaires

Première étape de ce bilan : déceler une éventuelle maladie cardio-vasculaire. Cela nécessite de procéder à un bilan sanguin qui permettra de dépister une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle ou encore un dia-

bète, qui sont des facteurs de risque. Il pourra être complété par un électrocardiogramme. Le Dr Dervaux souligne que les femmes sont autant concernées que les hommes. « En se rapprochant du mode de vie des hommes (consommation de tabac et d'alcool, stress...), elles s'exposent aux mêmes risques qu'eux ». De plus, après la ménopause, les femmes ne bénéficient plus de la barrière protectrice des œstrogènes. Le bilan de santé cardio-vasculaire est également l'occasion de leur dispenser des conseils de prévention. Trois signes avant-coureurs de l'infarctus (différents de ceux des hommes) doivent les alerter : la sensation d'épuisement, l'essoufflement à l'effort et les nausées.

Dépister les cancers

« A partir de 50 ans, les défenses immunitaires, qui agissent contre les virus et les bactéries, mais également

contre les cellules cancéreuses, diminuent », rappelle le Dr Dervaux. Il s'agit donc de les détecter au plus tôt. Deux examens sont recommandés. A partir de 50 ans, ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie : celui du cancer colorectal et, pour les femmes, celui du cancer du sein (mammographie). Le premier survient dans 95 % des cas après 50 ans et occasionne 17 500 décès par an, alors qu'il peut être guéri dans neuf cas sur dix, s'il est détecté précocement. Le cancer du sein peut, lui aussi, être guéri dans neuf cas sur dix s'il est décelé tôt. Le dépistage permet une réduction estimée entre 15 et 21 % du nombre des décès. Le Dr Dervaux encourage également à ne pas négliger les examens qui permettent de prévenir le cancer du col de l'utérus (un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans) et le cancer de la prostate, surtout en cas d'antécédents familiaux ■

→ Le saviez plus ?

L'Assurance maladie vous offre un bilan gratuit

Chaque assuré du régime général a l'opportunité de bénéficier tous les cinq ans d'un examen de santé gratuit.

Ce bilan s'adresse à tous dès l'âge de 16 ans, bien qu'il soit destiné en priorité aux personnes éloignées du système de santé ou qui ne sont pas régulièrement suivies par un médecin. Il a lieu dans l'un des 85 centres d'examen de santé (CES) de l'Assurance maladie et dure entre deux et trois heures (analyses biologiques, examens dentaires, visuels et auditifs...).

Vous pouvez demander un rendez-vous sur ameli.fr ou en téléphonant au 3646.

M -1 avant le tiers payant pour tous

Mesure emblématique de la Loi de modernisation du système de santé, le tiers payant généralisé entre progressivement en application. D'ici fin novembre 2017, tous les patients devraient en bénéficier chez leur médecin généraliste pour la partie remboursée par la Sécurité sociale. Focus sur cette évolution et son impact pour vous.

Tiers payant. Derrière ce terme parfois mal compris se cache pourtant l'un des principes phares de notre système de santé : la possibilité de ne pas avancer d'argent chez certains professionnels de santé.

Rappel : qu'est-ce que le tiers payant ?

Pharmacies, laboratoires, opticiens... le tiers payant s'applique déjà pour de nombreuses dépenses de santé. Pour en bénéficier, il vous suffit de présenter systématiquement votre carte de tiers payant et votre carte Vitale aux praticiens.

Vous n'avez aucune démarche administrative à effectuer, le professionnel de santé se charge des démarches avec la Sécurité sociale et votre complémentaire santé. Vous payez uniquement la somme restant éventuellement à votre charge, après déduction des prises en charge de la Sécurité sociale et de votre régime de Groupe. Un professionnel de santé reste toutefois libre d'accepter ou de refuser le tiers payant. S'il le refuse, vous devez régler la totalité des frais.

Une généralisation progressive

Afin que tous les assurés sociaux bénéficient du tiers payant chez leur médecin généraliste fin 2017, la loi du 26 janvier 2016 prévoit un élargissement progressif du procédé.

► Jusqu'à présent

3 types de patients bénéficiaient déjà du tiers payant pour leurs soins de ville : les patients à faibles ressources bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).

► Depuis le 31 décembre 2016

Le tiers payant est applicable à tous les patients couverts à 100 % par l'Assurance maladie, pour la partie remboursée par la Sécurité sociale.

► À compter du 30 novembre 2017

Le tiers payant devrait devenir un droit pour tous les Français et serait donc obligatoire sur la partie de la consultation prise en charge par l'Assurance maladie. Sur la partie complémentaire, les médecins pourraient proposer le tiers payant à tous leurs patients qui bénéficient d'un contrat santé couvrant le ticket modérateur. Vous seriez donc concernés.

Pourquoi cette généralisation ?

Les enjeux sont multiples :

- favoriser l'accès aux soins en dispensant de l'avance des frais médicaux,
- simplifier le système de santé,
- réduire les temps de remboursement...

Selon Claude Leicher, Président des médecins généralistes libéraux de France pour le Figaro, « le tiers payant permettrait également de désengorger les urgences, qui paraissent gratuites parce qu'il n'y a pas d'avance de frais, alors que les généralistes semblent au contraire coûteux ».

Quels impacts pour vous ?

Dès le 30 novembre, vous pourrez demander à votre médecin de bénéficier du tiers payant intégral. Il restera libre de l'accepter ou de le refuser pour la partie remboursée par votre régime de Groupe.

En cas de refus, vous devrez lui demander une facture et l'adresser à La Mutuelle Générale pour obtenir votre remboursement complémentaire (uniquement dans le cas où le tiers payant Sécurité sociale a été réalisé), dans la limite des garanties prévues par votre contrat.

Dans tous les cas, la participation forfaitaire d'un euro restera à votre charge ■



En résumé

**Vous vous rendez chez votre médecin généraliste.
La consultation s'élève à 25 €.**



Vous lui présentez votre carte Vitale et votre carte de tiers payant.



Votre médecin accepte
le tiers payant Sécurité sociale
+ complémentaire.



Votre médecin refuse
de pratiquer le tiers payant
complémentaire.



Vous payez la partie de la
consultation non prise en charge
par la Sécurité sociale (hors
dépassement d'honoraires)
soit **7,50 €**².



Vous adressez la facture acquittée
à La Mutuelle Générale par courrier
ou via votre Espace client.



Vous n'avez aucune
démarche à effectuer¹.



Vous êtes remboursé,
à hauteur des garanties
prévues par votre contrat.

Dernière minute : le tiers payant généralisé sur la sellette ?

Agnès Buzyn, Ministre de la santé, a confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) une mission sur la « faisabilité technique » du tiers payant généralisé. En s'appuyant sur son rapport ainsi que celui de la Sécurité sociale, la ministre devrait prendre une décision vis-à-vis de ce projet. A suivre...

(1) Sauf en cas de dépassement d'honoraires. Dans ce cas, il doit adresser sa facture acquittée à La Mutuelle Générale.

(2) dont la participation forfaitaire de 1 €



Nouvelle convention médicale : quels impacts sur votre reste à charge ?

La nouvelle convention médicale adoptée en août 2016 prévoit de nombreuses modifications sur les tarifs que les médecins sont désormais en droit de pratiquer. Le point sur ce qui vous attend à l'issue de la consultation.

La convention médicale encadre les pratiques, tarifaires notamment, que les médecins dit « conventionnés » sont tenus de respecter. Elle est négociée entre l'Assurance maladie et les différents syndicats représentatifs des professionnels de santé.

Cette convention s'applique pour une durée de cinq ans, période à l'issue de laquelle une nouvelle négociation est entamée. La dernière convention a été signée le 25 août 2016. Les différentes dispositions prévues sont pour certaines entrées en vigueur dès le 1^{er} janvier dernier, les autres s'appliqueront progressivement courant 2017, voire 2018.

Consultations : les tarifs revalorisés

Depuis le 1^{er} mai dernier, le tarif de la **consultation du médecin généraliste** est passé de 23 à 25 euros. Depuis le 1^{er} juillet, les **spécialistes de secteur 1 ou de secteur 2 ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)** seront par ailleurs autorisés à facturer leurs consultations 30 euros contre 28 euros précédemment. À noter que le tarif de la consultation de suivi des enfants âgés de moins de six ans par les généralistes est également

revalorisé à 30 euros.

L'avis de spécialiste (consultation d'un patient adressé par son médecin traitant afin d'obtenir un second avis) est, quant à lui, revalorisé de 46 à 48 euros en octobre 2017, puis de 48 à 50 euros en juin 2018.

La nouvelle convention médicale introduit par ailleurs la notion de **consultation « complexe »** (pathologies complexes, dépistage, prévention, etc.) ou « **très complexe** » (mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer, suivi d'un enfant atteint d'une pathologie chronique grave, etc.). Ces situations seront respectivement rémunérées 46 et 60 euros à compter du 1^{er} novembre prochain.

Précisons que les règles de remboursement ne changent pas. Toute consultation reste prise en charge à 70 % par l'Assurance maladie (moins 1 euro de participation forfaitaire). Le régime de Groupe Orange prend en charge à minima les 30 % restant si vous respectez le parcours de soins.

Vers une meilleure maîtrise des dépenses ?

La convention prévoit, par ailleurs, la **mise en place de**

l'Optam pour les médecins de secteur 2 (libres de leurs tarifs) et **l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens** (en secteur 2 également). Ces dispositifs visent à remplacer le contrat d'accès aux soins (Cas), en vigueur depuis fin 2012. Ce contrat prévoit que les médecins qui y ont adhéré acceptent de modérer leurs tarifs en échange d'un allègement de leurs charges sociales. Les dispositifs du CAS et de l'Optam/Optam-Co coexisteront jusqu'au 31 décembre 2019.

Magali Léo, chargée de mission pour France Assos Santé, une structure nouvellement créée qui regroupe plus de 70 associations de patients ou de consommateurs, souligne que « *ces options, lorsqu'elles sont consenties, visent le respect d'un taux de dépassement moyen qui ne peut excéder deux fois le tarif de la Sécurité sociale. L'Optam et l'Optam-Co comportent, en outre, un pourcentage d'activité aux tarifs fixés par la Sécurité sociale que le praticien s'engage à respecter* » ■

→ Repères

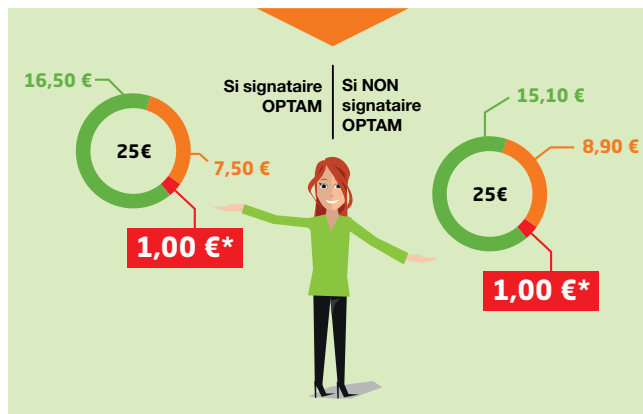
Le patient qui consulte un médecin ayant adhéré au Cas ou à l'Optam est **mieux remboursé par l'Assurance maladie obligatoire et sa complémentaire**, que lorsqu'il consulte un médecin de secteur 2 n'ayant pas adhéré. Le montant de base utilisé par la Sécurité sociale pour calculer le remboursement de la consultation est par exemple de 30 euros pour un spécialiste ayant adhéré à l'Optam et de 23 euros dans le cas contraire. Pour savoir si un praticien est signataire de l'OPTAM ou de l'OPTAM-CO, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

En résumé

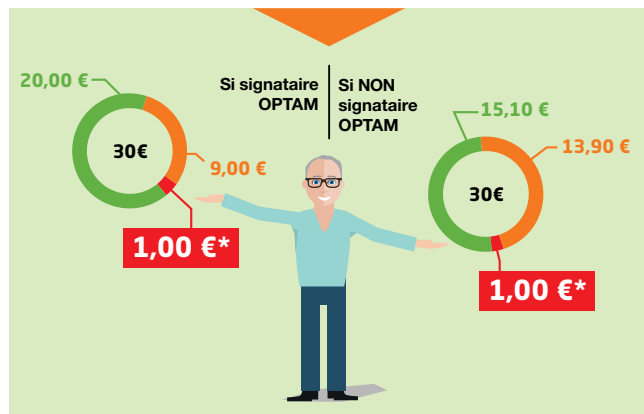
	Acte médical	Tarif de consultation
Depuis le 1 ^{er} mai 2017	Consultation d'un médecin généraliste	25 €
Depuis le 1 ^{er} juillet 2017	Consultation d'un spécialiste (secteur 1 ou 2)	30 €
Depuis le 1 ^{er} octobre 2017	Avis de spécialiste	48 €
A partir du 1 ^{er} juin 2018	Avis de spécialiste	50 €
Depuis le 1 ^{er} novembre 2017	Consultation « complexe »	46 €
Depuis le 1 ^{er} novembre 2017	Consultation « très complexe »	60 €

Optam VS non Optam : quels impacts pour vous ?

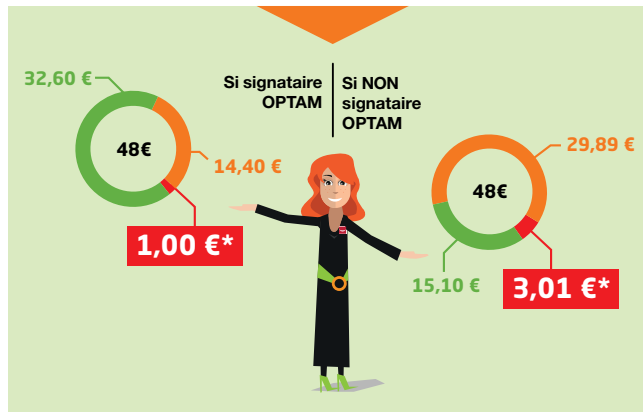
Vous consultez un médecin généraliste.
Consultation = 25 €.



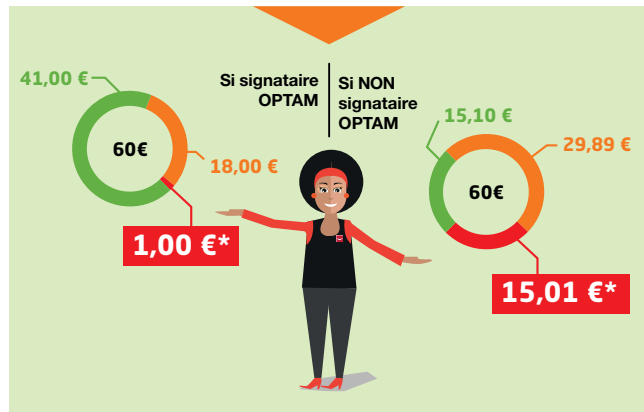
Vous consultez un spécialiste.
Consultation = 30 €.



Vous demandez un avis à un spécialiste.
Consultation = 48 €.



Vous avez besoin d'une consultation « très complexe ».
Consultation = 60 €.

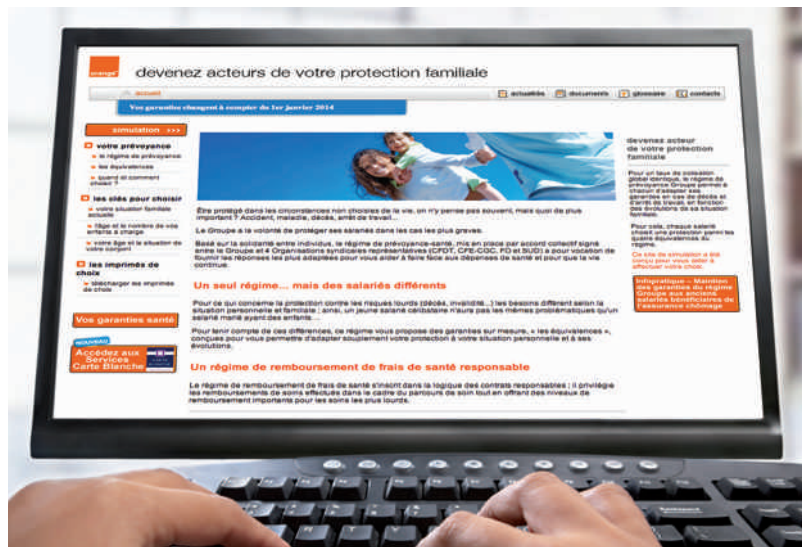


■ Remboursement Sécurité sociale (-1 € forfaitaire) ■ Prise en charge contrat Groupe ■ Reste à charge (y compris 1 € forfaitaire)

→ Repères

Consultez votre livret d'information sur www.prevoyons.com pour plus d'exemples de remboursement.

www.prevoyons.com : pensez-y !



www.prevoyons.com, c'est le site dédié qui répond à toutes vos questions concernant vos garanties santé et/ou prévoyance.

Vous pouvez ainsi y :

- consulter le livret présentant vos garanties Santé et Prévoyance ainsi que les textes des accords du groupe ;
- lire vos supports d'information dédiés : Prévoyons.com, Infopratique, Infosanté ;
- télécharger et imprimer vos formulaires de gestion (désignation de bénéficiaires de l'assurance décès, déclaration d'affiliation du conjoint, etc.)



Vous voulez :

- vérifier votre affiliation ;
- communiquer votre changement d'adresse ;
- informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...) ;
- choisir ou modifier une équivalence ;
- modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système Noémie).

Vous voulez :

- recevoir votre carte de tiers payant ;
- demander une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- obtenir un devis dentaire ou optique ;
- vous renseigner sur vos remboursements en cours ;
- géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche.

Contactez

**Humanis
Équipe Orange**

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. :  **0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8h à 18h

Fax : **01 58 82 40 70**

E-mail : **prevoyance@humanis.com**

Internet : **www.humanis.com**

Les décès nous sont déclarés par les Responsables des Ressources Humaines ou l'assistante sociale ; ce sont donc vos premiers interlocuteurs sur ces sujets.

Contactez

La Mutuelle Générale

TSA 10391
94281 Le Kremlin Bicêtre cedex

Tél. : **0 800 013 131** 

du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30

Fax : **01 70 70 41 47**

E-mail : **orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr**

Internet : **www.lamutuellegenerale.fr**, rubrique Mon Espace Adhérent.