

Prévoyons.com

Février 2018 / N° 47

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



■ Déserts médicaux : point sur les nouvelles mesures

■ Clause bénéficiaire : comment protéger ses proches ?

Actualités

Dossier spécial
Votre régime en 7 questions / réponses

■ ALD : quelle prise en charge ?

■ Zona : une maladie difficile à traiter

Actualités



2

Déserts médicaux : point sur les nouvelles mesures

Vos garanties
Prévoyance

3

Clause bénéficiaire : Comment protéger ses proches ?

Vos garanties
Santé / Prévoyance

4/5

Votre régime en 7 questions/réponses

Vos garanties
Santé

6

ALD : quelle prise en charge ?

Prévention



7

Zona : une maladie difficile à traiter

Informations



8

www.prevoyons.com : pensez-y !

Déserts médicaux : point sur les nouvelles mesures

Télémédecine et maisons de santé. Tels sont les deux piliers du nouveau plan de lutte contre les déserts médicaux, dévoilé en octobre 2017. Rien de vraiment neuf alors qu'en dix ans, le nombre de médecins généralistes a baissé en moyenne de 9,1 % en France.

Alors que la population française augmente, le nombre de praticiens libéraux continue de baisser, au profit de l'exercice salarié. 88 137 généralistes exercent actuellement en France, contre 88 886 en 2016¹. Quant à la moyenne d'âge, elle a aussi reculé pour atteindre 51,2 ans.

Cette baisse du nombre de généralistes est d'autant plus alarmante qu'elle affecte la quasi-totalité du territoire.

Favoriser les installations

Pas de mesures contraignantes pour autant, ni de numerus clausus² revu à la hausse. Dans son plan de lutte, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, se dit disposée à encourager les initiatives locales, en prenant notamment « des mesures de simplification législatives ou réglementaires ».

Le plan prévoit ainsi de doubler le nombre de maisons de santé : elles seront 2 000 en 2020 (contre 910 actuellement), moyennant 400 millions d'euros de soutien. 50 000 euros seront également versés à tout médecin s'engageant à exercer sur place pour une durée d'au moins trois ans. Cette mesure existe déjà, mais sera élargie à davantage de zones considérées comme déficitaires.

Développer la télémédecine

L'accent est aussi mis sur la télémédecine, avec la création d'une tarification pour chaque téléconsultation et la généralisation des équipements dans les maisons de retraite. 300 postes de médecins partagés entre médecine de ville et médecine hospitalière seront également créés.



Des mesures loin de satisfaire les syndicats, qui doutent que le réseau Internet suive. Ils jugent, par ailleurs, les financements insuffisants au vu de l'ampleur du problème. « La France entière devient un désert médical. La perspective d'avoir 25 % de généralistes en moins en 2025 devrait inciter à plus d'audace », estime Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France.

Médecins étrangers ou français : même problème

Depuis dix ans, le nombre de médecins étrangers installés en France augmente régulièrement. Principalement algériens, roumains ou belges, ils représentent aujourd'hui 11 % de l'ensemble des praticiens. Leur présence ne réussit pas toutefois à combler la pénurie de médecins généralistes. Le dernier atlas démographique du Conseil de l'Ordre le dit : ces médecins ne s'installent pas davantage que leurs collègues français dans les zones déficitaires et préfèrent, eux aussi, le mode salarié à l'exercice libéral ■

¹ Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

² Le numerus clausus fixe, chaque année, le nombre d'étudiants en médecine autorisés à passer de première en deuxième année.



Clause bénéficiaire : comment protéger ses proches ?

Vous vous êtes marié ou au contraire séparé récemment ? Vous avez eu un ou plusieurs enfants ? Avez-vous pensé à mettre à jour votre clause bénéficiaire ? La faire évoluer en parallèle de votre situation personnelle est essentiel. Nous vous disons pourquoi.

Vous bénéficiez d'un contrat prévoyance, qui garantit à vos proches le versement d'un capital si vous veniez à décéder. Vous pouvez choisir de répartir cette somme à votre guise, à condition toutefois de nous en informer grâce à la clause bénéficiaire.

Qu'est-ce que la clause bénéficiaire ?



Elle permet de désigner les personnes de votre choix qui recevront votre capital en cas de décès. Pour le faire dans les meilleures conditions, **2 solutions** :

la clause générale

Elle prévoit que le capital garanti en cas de décès revienne :

- à votre conjoint (personne avec laquelle vous êtes marié au jour de votre décès) non divorcé, ni séparé de corps judiciairement,
- à défaut, à votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- à défaut, à vos héritiers.

Cette clause s'applique automatiquement, si vous n'avez rien stipulé par écrit.

la clause particulière

Elle vous permet de répartir différemment votre capital décès et de désigner le(s) bénéficiaire(s) de votre choix.

Attention toutefois : la majoration éventuelle pour enfants à charge doit obligatoirement profiter à vos seuls enfants, quel que soit le bénéficiaire désigné. Elle leur est alors attribuée à parts égales.

Pour faire connaître votre choix :

Renvoyez le formulaire « **Désignation bénéficiaire(s) de l'assurance en cas de décès** » disponible sur www.prevoyons.com par lettre recommandée à :

Humanis - Equipe Orange
CP 240 – 303 rue Gabriel Debacq 45953 Orléans cedex 9.

Bien remplir votre clause particulière

Certains termes employés dans votre clause peuvent avoir des incidences majeures sur la manière dont le capital décès sera attribué à vos ayants droit et pourraient à terme, aller à l'encontre de vos intentions.

C'est pourquoi nous vous conseillons lors de la rédaction, de préciser les noms, prénoms,

dates de naissance ainsi que le pourcentage de la répartition du capital que vous souhaitez attribuer à chaque bénéficiaire. À défaut, le partage des capitaux sera réparti en parts égales entre eux.

N'oubliez pas les mentions de représentation et les termes « nés ou à naître », « à défaut », « parts égales », qui sont très importants pour la future répartition.

Un changement de situation personnelle ?

Pensez à modifier votre clause bénéficiaire à l'aide du formulaire.

Notre conseil : conservez-en une copie. Ce changement ne prend effet qu'à la date à laquelle Humanis reçoit la notification ■

→ Repères

La clause bénéficiaire est le seul document faisant foi pour transmettre un capital à la personne que vous avez choisie.

Votre régime en 7 questions / réponses

Remboursements santé, tiers payant, équivalences, prise en charge des arrêts de travail... vous vous posez des questions sur votre régime de Groupe ? Nous vous aidons à y voir plus clair.

Remboursements santé



J'ai reçu des soins pour lesquels j'ai réglé une partie de la facture, comment puis-je me faire rembourser ? Jacques G.

Lorsque vous bénéficiez du tiers payant uniquement pour la part Sécurité sociale, vous devez avancer le reste de la dépense correspondant à la part complémentaire. Pour bénéficier du remboursement de la part complémentaire (selon les garanties prévues par votre régime Orange), vous devez faire parvenir un justificatif de paiement détaillé à :

La Mutuelle Générale Orange
TSA 10391 - 94281
Le Kremlin Bicêtre cedex.

Demandez systématiquement ce justificatif au professionnel de santé consulté car sans ce document, vous ne pourrez être remboursé. En effet, les données transmises automatiquement par la Sécurité sociale ne nous permettent pas de savoir si vous avez réglé la part complémentaire directement au professionnel de santé ou si vous avez utilisé votre carte de tiers payant.

Remboursements tardifs



J'ai retrouvé des décomptes de Sécurité sociale pour des soins datant d'avril 2016. Puis-je encore me faire rembourser par mon régime de Groupe ? Martine F.

Le délai de prescription est de 2 ans. Vos dépenses datant

d'avril 2016 pourront donc être remboursées à hauteur des garanties de votre régime.

Carte de tiers payant



Pour quelles garanties bénéficie-t-on du tiers payant ? Charlotte R.

Votre carte de tiers payant récapitule les garanties pour lesquelles vous et vos ayants droit bénéficiez de l'avance de frais. En clair, pour toutes les garanties mentionnées sur cette carte, vous bénéficiez du tiers payant.

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent de La Mutuelle Générale ou via l'application mobile La Mutuelle Générale puis imprimez-la de chez vous.

Nouveaux bénéficiaires



Je viens de me marier. Mon épouse est-elle automatiquement couverte par mes garanties santé et prévoyance ? Bruno F.

Si votre épouse n'exerce pas d'activité rémunérée et ne perçoit ni indemnités journalières, ni pension de retraite, ni rente d'invalidité, elle bénéficie à titre gratuit de vos **garanties Santé**. Il vous suffit d'en faire la demande à Humanis, en joignant un justificatif de situation (document de Pôle emploi, attestation sur l'honneur d'inactivité, etc.)

Si toutefois elle perçoit un revenu au titre d'une activité professionnelle, des indemnités journalières, une pension de retraite ou une rente d'invalidité³, elle peut adhérer (en qualité de conjoint cotisant) à vos garanties santé, moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle forfaitaire.

Pour ce faire, complétez le bulletin d'adhésion disponible sur www.prevoyons.com rubrique Documents et renvoyez le à :

Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq 45953 Orléans cedex 9.

Côté Prévoyance, en cas de modification de votre situation de famille (mariage, concubinage ou conclusion d'un PACS, naissance, etc.), vous pouvez modifier votre choix d'équivalence dans un délai de deux mois suivant l'événement. Téléchargez l'imprimé de choix sur www.prevoyons.com rubrique Documents. Adressez ensuite le formulaire à :

Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq 45953 Orléans cedex 9.

Une confirmation écrite des garanties choisies vous sera adressée personnellement.

³ à la condition qu'elle ait au préalable bénéficié des garanties.



Equivalences



Je viens d'être embauché chez Orange. Quelles sont mes garanties

Prévoyance ? Yannick V.

Dès votre entrée dans l'entreprise, vous bénéficiez des garanties de prévoyance de l'équivalence A, sans condition d'ancienneté. L'équivalence A, associe de façon équilibrée tous les types de garanties : capital, rentes pour enfant et de conjoint. C'est l'équivalence dont vous bénéficiez en l'absence d'autre choix.

Vous pouvez toutefois choisir d'adhérer à une autre équivalence :

- B** Elle privilégie des garanties versées sous forme de capital. En contrepartie, elle ne prévoit ni rentes de conjoint, ni rente pour enfant. Outre des capitaux décès majorés, elle comprend une garantie spécifique : le versement d'un capital au salarié atteint d'une invalidité totale.
- C** Elle privilégie les rentes de conjoint : rente temporaire et rente versée à vie. En contrepartie, elle ne prévoit pas de rente pour enfant et les capitaux versés à la suite du décès sont réduits.
- D** Elle associe une garantie importante en rente pour enfant et une augmentation des capitaux versés à la suite du décès. En contrepartie, elle ne prévoit pas de rentes de conjoint.

Pour vous aider dans votre choix, faites une simulation depuis le site www.prevoyons.com/simulation.html

Arrêt de travail



Je suis en arrêt de travail. Quel va être le montant de mes indemnités ? Guillaume L.

Si la Sécurité sociale a accepté votre arrêt de travail, votre rémunération est maintenue, à condition toutefois que vous ayez bien transmis dans les 48 heures le 3^e volet de votre arrêt de travail à votre manager.

Humanis ou Mutuelle Générale ?



Si j'ai une démarche liée à mes garanties à effectuer, qui dois-je contacter ? Nadine F.

Au moment de votre affiliation ou pour tout changement d'équivalence au cours de votre adhésion, votre interlocuteur principal est Humanis, que vous souhaitez vérifier votre affiliation, choisir ou modifier votre équivalence,

indiquer un changement d'adresse, etc.

Contactez La Mutuelle Générale pour la gestion de vos garanties Santé : demande de carte de tiers payant, de prise en charge en cas d'hospitalisation, de devis dentaire et optique, etc.

Pour la gestion de vos garanties Prévoyance (Arrêt de travail, Invalidité et Décès), Humanis prend le relais ■

→ Boîte à outils

Notices et formulaires sont mis à jour et publiés chaque année sur votre site dédié www.prevoyons.com. N'hésitez pas à vous y référer.

Sont également consultables : les archives de votre magazine Prévoyons.com, un glossaire, une rubrique contacts, etc.



ALD : quelle prise en charge ?

En France, plus de 10 millions de personnes souffrent d'une affection de longue durée (ALD). En théorie, ces patients sont pris en charge à 100 %. En réalité, tous les frais ne sont pas couverts. Explications.

Fin 2014, 9,8 millions de Français souffraient d'une affection de longue durée (ALD), selon l'Assurance maladie. De l'avis des experts, le cap des 10 millions a certainement été franchi depuis. Créé en 1945, le dispositif ALD concerne aujourd'hui 30 pathologies inscrites sur une liste (« gérée », depuis 2014, par la Haute autorité de santé), contre 4 l'année de sa mise en place. Cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population et le nombre toujours croissant de maladies chroniques.

Diabète, cancers, insuffisance respiratoire chronique, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer... selon les termes de l'Assurance maladie, une maladie est reconnue comme ALD lorsque « sa gravité et/ou sa chronicité nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ».

qui suivent le malade. Une fois rempli, ce protocole est envoyé au médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie, qui donne son avis.

Ce document facilite l'échange entre tous les praticiens. Il permet aussi au patient de savoir quels sont les actes et les soins intégralement pris en charge par la Sécurité sociale, dans le cadre de l'ALD.

Une ordonnance bizona

Un patient qui entre dans le dispositif ALD est censé être pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie et, à ce titre, être exonéré du ticket modérateur. Pour autant, et contrairement à une idée reçue, **tous les soins ne sont pas intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.**

À cela deux raisons : ce taux de 100 % s'appuie exclusivement sur le tarif de base de la Sécurité sociale. Il ne concerne que les soins en rapport avec l'affection, les autres traitements sont remboursés aux taux habituels. C'est pourquoi, lors des consultations, le médecin inscrit ses prescriptions sur une ordonnance bizona. Dans la partie supérieure, les soins en lien avec l'ALD ; dans la partie inférieure, les traitements ou examens liés à d'autres maladies.

Quels restes à charge ?

C'est ainsi que les dépassements d'honoraires, les médicaments dits de confort et le coût de certains dispositifs médicaux (prothèses mammaires, semelles orthopédiques...) sont à la charge du patient.

.....
Exemple : pour une perruque facturée 800 €, la Sécurité sociale rembourse sur la base de 125 €. Votre régime de groupe prévoit la prise en charge de 400 % de ce montant, soit 500 €. Reste à charge, au final : 175 €.

Et comme pour chaque assuré, sont également déduits de ses remboursements la participation forfaitaire de 1 €, la franchise médicale (de 0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical, etc.) ainsi que le forfait journalier hospitalier d'un montant de 20 € par jour pour tout séjour de plus de 24 heures (15 € en psychiatrie).

.....
Pour une hospitalisation de trois jours en chirurgie, votre régime prendra en charge les 60 € du forfait. Mais si vous optez pour une chambre particulière, votre contrat spécifie que la prise en charge correspond à 2,5 % du plafond maximum de sécurité sociale, soit 82,78 € par jour ■

→ Le saviez-vous ?

L'âge moyen des patients en ALD est de 63 ans, et les deux pathologies prédominantes sont les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Enfin, les ALD représentent 70 % des dépenses de santé de l'Assurance maladie, soit environ 10 milliards d'euros par an.

Le rôle central du médecin traitant

C'est le médecin traitant qui pose le diagnostic et s'occupe de l'organisation du relais avec l'Assurance maladie. Les modalités de prise en charge du patient sont précisées lors de la rédaction du protocole de soins, éventuellement établi en concertation avec les médecins spécialistes



Zona : consulter sans tarder

En France, entre 20 et 25 % de la population serait susceptible de souffrir d'un zona au cours de sa vie. Cette maladie virale, qui affecte surtout les personnes de plus de 65 ans, peut être très douloureuse. Le point avec le Pr Nadine Attal, neurologue à l'hôpital Ambroise-Paré (Boulogne-Billancourt).

Le zona est une maladie infectieuse virale qui fait suite à la réactivation du virus de la varicelle. Il se manifeste par des lésions cutanées, localisées principalement au niveau du thorax et du visage, avec le fameux zona ophtalmique. « L'éruption apparaît toujours le long d'un trajet nerveux », précise le Pr Nadine Attal, responsable du centre de lutte contre la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré, à Boulogne-Billancourt. « Lors de la phase aiguë, elle est presque toujours douloureuse ».

Stopper l'infection

Durant cette phase, le patient peut ressentir une brûlure permanente à l'endroit de l'éruption, éventuellement assortie de décharges électriques, voire d'une impossibilité à supporter le moindre contact sur la zone infectée.

Le réveil du virus de la varicelle est la conséquence de l'âge ou d'une maladie qui affaiblit le système immunitaire. Le stress peut également être un facteur déclenchant.

Dès les premières douleurs, il faut consulter. « On prescrit des antiviraux. L'objectif est de bloquer l'extension de l'infection (le risque avec un zona ophtalmique non soigné, c'est de perdre l'œil), calmer la douleur aiguë et améliorer un tant soit peu le diagnostic ». Car si dans 90 % des cas, les douleurs s'estompent au bout d'un mois environ, il existe des douleurs persistantes, dites « post-zostériennes ».

Le risque de chronicisation

« Plus l'infection est sévère et les douleurs intenses lors de la phase aiguë, plus le risque de développer une douleur séquelle est important »,

observe Nadine Attal. Après une année, le risque de développer un zona chronique serait de l'ordre de 2 à 4 %.

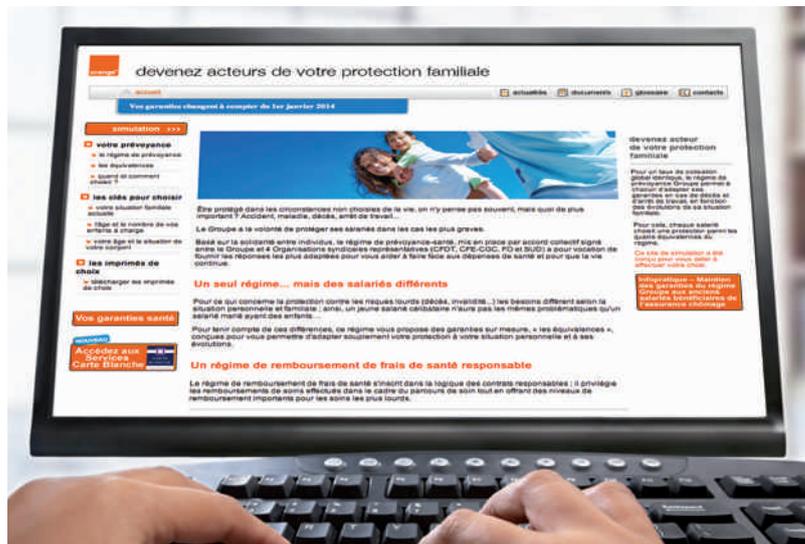
Quoi qu'il en soit, les antalgiques ne suffisent plus contre les névralgies post-zostériennes. « Certains malades ne supportent pas le moindre contact sur leur peau douloureuse, y compris vestimentaire. Le seul recours, ce sont les traitements de la douleur neuropathique ».

Une chose est sûre : plus la douleur est traitée tôt, plus la qualité de vie du patient s'améliore vite. C'est aussi le meilleur moyen pour éviter qu'un cercle vicieux ne s'instaure, fragilisant encore un peu plus la personne, surtout si elle est âgée ■

→ Quid du vaccin ?

À ce jour, il existe un vaccin, conçu à partir d'une forme atténuée du virus de la varicelle. Disponible depuis 2013, il est recommandé aux personnes entre 65 et 74 ans inclus. Une seule dose suffit. Autre avantage, il est sûr d'utilisation, c'est-à-dire sans risque d'effets secondaires. « Son efficacité n'est pas de 100 %, mais il entraîne quand même une réduction de l'incidence du zona et des douleurs post-zostériennes d'environ 65 % », assure le Pr Nadine Attal. Ce vaccin est remboursé par l'Assurance maladie au taux de 30 %. Son prix est de 126,96 euros.

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.