

# Prévoyons.com

Novembre 2020 / N° 54

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



**2** Prothèses dentaires et aides auditives : en 2021, vous allez faire des économies !

**3** Hospitalisation : gare aux frais abusifs !

**4** Savez-vous que vous bénéficiez d'un service de téléconsultation ?

**5** Prévention : pensez au bilan santé de l'Assurance Maladie

**6** Directives anticipées de fin de vie : que dit la loi ?



## Prothèses dentaires et aides auditives : en 2021, vous allez faire des économies !

*Le 1<sup>er</sup> janvier prochain, le troisième et dernier volet de la réforme « 100 % santé » entrera en vigueur. Nous faisons le point sur ce qui va changer.*



### COMMENT CALCULER VOTRE RESTE À CHARGE ?

Munissez-vous de votre devis, puis connectez-vous à votre Espace Adhérent <https://adherent.lamutuellegenerale.fr> : grâce au simulateur de remboursement qui tient compte de votre niveau de garantie, vous saurez immédiatement à combien se monte votre reste à charge.

Vous pouvez également adresser vos devis par courrier à La Mutuelle Générale - CG 709  
TSA 41423  
75621 Paris cedex 13.

Vos conseillers restent bien entendu à votre disposition au 0 969 397 497.

#### Soins dentaires

Actuellement, seule une sélection de prothèses fixes (bridges et couronnes), dont la composition diffère selon les dents traitées, fait l'objet d'un reste à charge zéro. Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, les prothèses amovibles en résine (autrement dit les « dentiers ») seront à leur tour remboursées en totalité par l'Assurance Maladie et votre mutuelle. Les autres prothèses amovibles (à base métallique, transvissées ou supra-implantaires) resteront disponibles, soit à tarifs plafonnés, soit à tarifs libres, donc avec un éventuel reste à charge pour vous. D'où l'importance de demander un devis au chirurgien-dentiste afin de comparer les différentes offres et calculer son reste à charge.

#### Audiologie

Là encore, bonne nouvelle : au 1<sup>er</sup> janvier, il n'y aura plus de reste à charge non plus sur une sélection d'aides auditives dites de classe I. Ces appareils existent dans toutes les formes : contours d'oreilles classiques, contours à écouteurs déportés et intra-auriculaires. Des tests réalisés en laboratoire par l'association de consommateurs UFC-Que Choisir montrent qu'ils sont d'une efficacité comparable aux aides auditives haut de gamme en ce qui concerne l'intelligibilité et la qualité de la parole. Il ne s'agit donc en rien d'une offre au rabais.

Cela étant, vous pourrez toujours opter pour un appareil de classe II, dont les tarifs sont libres. Sachez cependant que, dans le cadre du contrat responsable, l'Assurance Maladie et les mutuelles ne sont plus autorisées à rembourser plus de 1 700 € par oreille à appareiller. Le reste à charge peut donc être élevé.





## Hospitalisation : gare aux frais abusifs !

*FOADM... Ces quelques lettres ne vous disent certainement rien. En cas d'hospitalisation, elles peuvent pourtant vous coûter une dizaine d'euros que ni l'Assurance Maladie ni votre mutuelle ne pourront vous rembourser. Et pour cause : il s'agit d'un forfait... abusif ! Explications.*

Toujours vérifier sa facture après une hospitalisation. Tel pourrait être l'enseignement de l'enquête effectuée par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) sur quelque 200 cliniques privées à but lucratif. Menée en 2018 mais révélée il y a seulement quelques mois, elle montre que parmi les établissements contrôlés, un sur deux ne respecte pas la loi en matière de facturation. Que dit le Code de la Santé Publique ? En substance, que toute facturation d'une prestation qui ne correspond pas à un soin ou à une demande particulière du patient est illégale.

### Nombreuses entorses à la loi

Parmi les abus les plus fréquemment constatés par la DGCCRF figure la chambre individuelle, que certains établissements n'hésitent pas à facturer jusqu'à plus de 100 € par jour à leurs patients, alors que ceux-ci n'en ont pas fait la demande. Mais ce n'est pas le seul.

Autre entorse à la loi, les forfaits dits « administratifs ». Ils apparaissent sur la facture sous diverses formules : FOADM, frais de dossier... D'une dizaine d'euros, ils sont censés couvrir la gestion de votre dossier, l'appel d'un taxi ou les démarches auprès de votre mutuelle. Problème : ces frais

sont déjà inclus dans la somme que verse l'Assurance Maladie aux établissements de santé pour les rémunérer. En outre, en raison de leur caractère abusif, ils ne sont jamais pris en charge par la Sécurité sociale ou la mutuelle !

### Le bon réflexe

De telles pratiques avaient déjà été dénoncées en 2012 par des associations. Les établissements de santé concernés avaient alors fait l'objet d'un rappel à la loi de la part de l'Assurance Maladie. Une mesure qui, au regard de l'enquête de la DGCCRF, ne semble pas avoir été suffisante.

D'autant qu'à ces forfaits dits « administratifs » s'ajoute parfois un « forfait ambulatoire ». Il concerne les patients en hospitalisation de jour et correspond généralement à une assistance téléphonique la veille et le lendemain de l'hospitalisation, ou encore à une collation améliorée. Les tarifs varient de 15 à 45 euros. Si ce forfait n'est pas illégal en soi, en revanche, comme pour la chambre particulière, il ne peut pas être imposé à un patient. Comment réagir en cas d'abus ? Si vous ne parvenez pas à obtenir gain de cause après avoir contacté la direction de l'établissement, n'hésitez pas à faire une réclamation auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont dépend celui-ci ou à signaler votre situation à la DGCCRF.



## Savez-vous que vous bénéficiez d'un service de téléconsultation ?

*Votre contrat prévoit un service de téléconsultation qui vous permet de joindre un médecin généraliste ou spécialiste à tout moment. Il se révélera très utile dans certaines circonstances, notamment en l'absence de votre médecin traitant.*

### Comment accéder à la téléconsultation ?

Le service de téléconsultation est accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour vous comme pour vos ayants-droit. Pour y accéder, il vous suffit d'appeler le 01 55 92 27 04 ou de vous connecter à la plateforme « Bonjour Docteur » ([www.bonjour-docteur.com](http://www.bonjour-docteur.com)).

Comment ça fonctionne ?

La téléconsultation est une consultation médicale réalisée à distance, par écrans interposés. Tout se fait à l'aide de la caméra de votre smartphone, de votre tablette ou de votre ordinateur. Pour en bénéficier, vous devez d'abord créer votre compte. Vous pourrez ensuite prendre rendez-vous. Un lien sécurisé vous sera envoyé. Ce lien vous permettra de vous connecter au médecin à l'heure de la téléconsultation. Tout se déroulera ensuite comme lors d'une consultation classique, à ceci près que le médecin ne pourra pas vous examiner comme il le ferait au cabinet médical. À la fin de la téléconsultation, il vous délivrera si nécessaire une ordonnance et, avec votre accord, adressera un compte-rendu à votre médecin traitant.

### Dans quels cas ?

Le service de téléconsultation n'a pas vocation à remplacer votre médecin traitant, mais à vous permettre de

bénéficier rapidement d'un avis médical lorsque votre praticien n'est pas disponible, la nuit ou le week-end par exemple, ou lors d'un déplacement à l'étranger. Aucune situation médicale n'est, a priori, exclue du champ de la téléconsultation. Néanmoins, si un examen physique est indispensable, le médecin pourra vous orienter vers une consultation en cabinet ou un service d'urgence adapté.

### Le secret médical est-il garanti ?

Toutes les informations que vous échangez avec les médecins du service de téléconsultation sont soumises au secret médical et strictement confidentielles. Elles ne peuvent en aucun cas être communiquées à des tiers. Seul votre médecin traitant pourra y avoir accès via un compte-rendu, mais uniquement si vous donnez votre accord. De plus, vos données de santé font l'objet d'un hébergement sécurisé et agréé par le Ministère de la Santé.

### Combien cela coûte-t-il ?

Le service de téléconsultation est inclus dans votre contrat. Il est accessible sans frais supplémentaire, vous n'aurez donc rien à payer pour l'utiliser.



## Prévention : pensez au bilan santé de l'Assurance Maladie

*Consulter un médecin lorsqu'on n'est pas malade peut paraître superflu. C'est pourtant un excellent moyen de rester en bonne santé. C'est pourquoi l'Assurance Maladie propose à tous ses assurés un check-up médical gratuit une fois tous les cinq ans.*

C'est une mission peu connue de l'Assurance Maladie. Elle est pourtant stipulée dans le Code de la Sécurité sociale : permettre à chaque assuré, ainsi qu'aux membres de sa famille, d'effectuer un examen de santé périodique et gratuit. Ce check-up, baptisé « Examen en Prévention Santé » (EPS), est certes réservé prioritairement aux personnes en situation sociale difficile (demandeurs d'emploi, bénéficiaires du RSA, étudiants...), mais tout le monde peut en bénéficier. Alors, pourquoi pas vous ?

### Une demande à faire soi-même

Néanmoins, ne vous attendez pas à recevoir une invitation par courrier, comme c'est le cas pour certains examens de dépistage. Pour effectuer un bilan de santé gratuit, vous devez en faire vous-même la demande auprès de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), soit par mail, en utilisant la messagerie de votre compte Ameli, soit par téléphone, en composant le 36 46 (prix d'un appel local). En retour, une convocation vous sera envoyée, accompagnée d'un questionnaire médical à remplir, vous

précisant le jour et le lieu de votre rendez-vous. L'examen se déroule dans l'un des 85 centres spécialisés répartis dans toute la France. Certains de ces centres sont gérés directement par les caisses maladie, d'autres sont des structures conventionnées qui ont signé un protocole d'accord avec la caisse de la région dont ils dépendent.

### Des examens adaptés

Le bilan dure entre deux et trois heures. Il comprend un examen clinique, une prise de sang (ce qui nécessite d'arriver à jeun), une analyse d'urines, ainsi qu'une série de tests établis en fonction de votre âge, de votre sexe et de vos antécédents médicaux : contrôle de la vue, de l'audition, du souffle, électrocardiogramme, examen bucco-dentaire, gynécologique, etc. Les résultats des analyses biologiques sont communiqués par courrier et peuvent être envoyés à votre médecin traitant à votre accord. Chaque année, ce check-up complet permet de dépister et traiter précocement nombre d'affections. Preuve que, même en l'absence de symptômes, un bilan de santé n'est jamais vain.





## Directives anticipées de fin de vie : que dit la loi ?

*Quels que soient son âge et son état de santé, rédiger ses directives anticipées permet d'indiquer à ses proches et aux médecins ce que l'on souhaite ou pas pour sa fin de vie, au cas où l'on serait en état d'inconscience et donc dans l'incapacité de s'exprimer.*

D'après un sondage IFOP pour la Fondation Andréa, publié en octobre 2016, 92 % des Français jugent important que leurs proches connaissent leurs souhaits quant à leur fin de vie, mais 88 % n'ont jamais rédigé de Directives Anticipées (DA). L'étude révélait aussi que neuf sondés sur dix ne connaissaient pas l'encadrement légal concernant les droits du patient en la matière. Malgré la douloureuse affaire Vincent Lambert, peu de Français inscrivent sur papier leur volonté de poursuivre ou non les traitements en fin de vie. Une campagne d'information sur ce thème a été menée par le Ministère de la Santé auprès des professionnels de santé en décembre 2016, puis auprès du grand public en février 2017, car depuis le 2 février 2016 la Loi Claeys-Leonetti accorde des droits nouveaux au patient, en le plaçant au centre de la décision.

### Comment et quand les rédiger ?

Toute personne majeure, même sous tutelle (dans ce cas avec autorisation du juge), peut rédiger ses Directives Anticipées, n'importe où et sans l'aide d'un notaire. Si vous ne pouvez pas les écrire, demandez à quelqu'un de

le faire devant vous, en présence de deux témoins. Ces derniers rédigeront un document, joint aux DA, indiquant leurs nom et qualité et mentionnant que ces directives attestent bien votre volonté libre et éclairée. L'un d'eux doit être votre personne de confiance (lire l'encadré ci-dessous), si vous l'avez désignée. Les DA doivent être rédigées sur papier libre, datées et signées et comporter nom, prénom, date et lieu de naissance. Deux modèles sont mis gratuitement à disposition sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS, [Has-sante.fr](http://Has-sante.fr)), selon que la personne est bien portante ou atteinte d'une maladie grave. Depuis 2016, les DA sont valables sans limite de temps. Elles peuvent être modifiées, voire annulées, à tout moment. Dans ce cas, il est nécessaire de le faire par écrit.

Une fois rédigées, les DA peuvent être conservées au domicile, confiées à la personne de confiance, à un membre de la famille ou à un proche. Il est également possible de les déposer dans son dossier médical partagé ou simplement signaler leur existence ou les coordonnées de la personne qui en est dépositaire. Il est également possible de confier ce document au médecin de ville (médecin traitant ou autre) de son choix.



### Quelle utilisation ?

Les DA « seront utilisées uniquement si la personne devient incapable de communiquer et d'exprimer sa volonté, par exemple lors d'un état d'inconscience prolongé et jugé définitif », précise la HAS. Le médecin a l'obligation de s'enquérir de la volonté du patient et devra ainsi vérifier l'existence de DA. Si elles ont été rédigées et enregistrées conformément aux conditions prévues, elles s'imposeront au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement. La loi exclut cependant deux cas d'application : quand les DA sont inappropriées ou non conformes à la situation médicale, d'une part, et en cas d'urgence vitale, d'autre part. La décision de ne pas les appliquer devra être prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et inscrite au dossier médical. Si le patient n'a pas rédigé de DA, le médecin recueillera le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, celui de la famille ou des proches.

### Que contiennent-elles ?

Dans ses DA, il faut faire figurer « ce que l'on veut et ce que l'on ne veut pas : si l'on ne veut pas être soumis à un acharnement thérapeutique, c'est-à-dire être perfusé, recevoir de l'oxygène, être hydraté, nourri, alors que l'on est dans le coma, sans aucune chance de s'en sortir, mais que l'on est maintenu en vie artificiellement. Est-ce que l'on souhaite

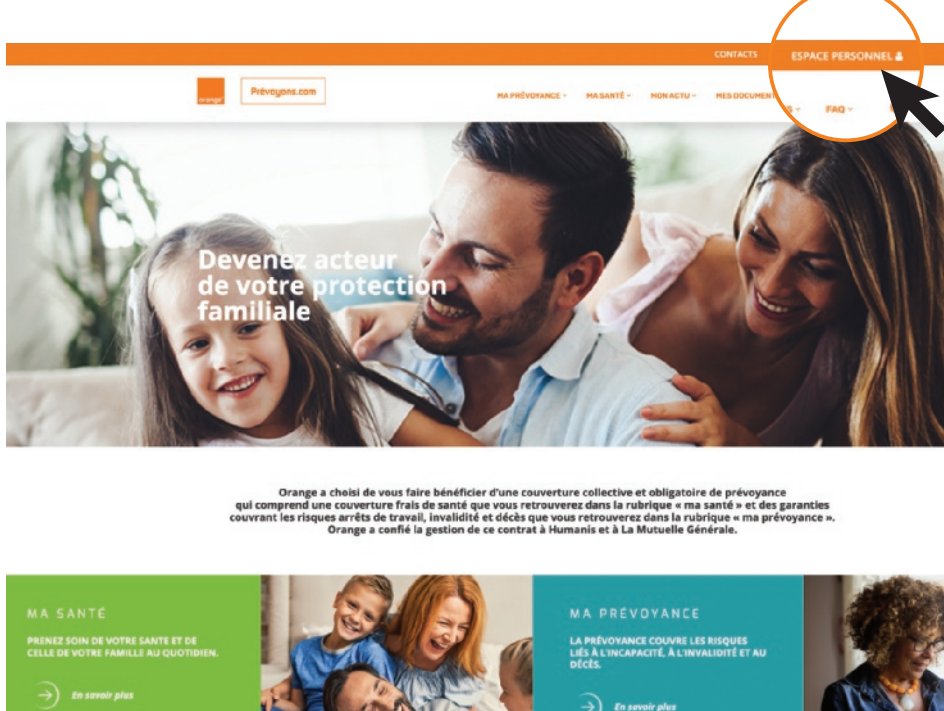
que cette prolongation de la vie artificielle se fasse ou, au contraire, est-ce qu'on ne le veut pas ? », détaille le professeur Didier Sicard, membre du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE). Parmi les grands principes que pose la loi, le refus de « l'obstination déraisonnable », autrement dit l'acharnement thérapeutique, et la garantie du non-abandon des soins apparaissent déjà dans le texte de 2005. Celui du 2 février 2016 précise que la nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements et peuvent donc être arrêtées, comme tout autre traitement. Même si les médecins ont pour devoir de tout mettre en œuvre pour soigner leurs patients et leur apporter les meilleures conditions possibles pour leur fin de vie, ils ne sont pas tenus pour autant de maintenir des traitements ou des soins apparaissant « inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Les DA peuvent aussi indiquer si le patient souhaite la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue, qui provoquera « une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie (traitement de la douleur) et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien de vie », s'il souffre d'une affection grave et incurable, si son pronostic vital est engagé à court terme et s'il « présente une souffrance réfractaire aux traitements ». Pour plus d'information n'hésitez pas à échanger avec votre médecin traitant.

## DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance vous représente auprès des équipes soignantes pour les orienter dans leur prise de décision. Elle est votre « messagère » si vous êtes en fin de vie et dans l'impossibilité d'exprimer vos volontés, notamment si vous n'avez pas rédigé de Directives Anticipées (DA). Pour lui conférer ce statut, vous devez obligatoirement la désigner par écrit, sur papier libre ou en utilisant le modèle fourni par la Haute Autorité de Santé (HAS, [Has-sante.fr](http://Has-sante.fr)). Ce document, qui doit comporter vos deux signatures, peut être conservé par la personne de confiance elle-même ou être déposé dans votre dossier de soins, chez votre médecin. Surtout, pensez à en informer votre entourage.

# prevoyons.com : le réflexe

Le site de référence de votre complémentaire santé et de votre protection prévoyance !



Vous pouvez :

- trouver toutes les informations relatives à vos régimes santé et prévoyance ;
- connaître toutes les démarches à réaliser en cas de changement de situation ;
- accéder à tous nos articles ;
- télécharger tous vos documents utiles (livret d'information, désignation de bénéficiaires, déclaration d'affiliation du conjoint, etc.) ;
- vous connecter à vos espaces personnels.

## Espace personnel : simplifiez votre quotidien

Depuis le site prevoyons.com, connectez-vous à vos Espaces personnels pour retrouver vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne.

Vous pouvez également nous contacter :



2021 est l'année du  
changement d'équivalence

Retrouvez toute les informations nécessaires (détail des équivalences, outil de simulation, procédures, ...) sur votre site [www.prevoyons.com](http://www.prevoyons.com), rubrique [Ma prévoyance/Mon choix d'équivalence](#).

### Malakoff Humanis - Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq  
45953 Orléans cedex 9

Tél. :  **N°Cristal 0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h

E-mail : [prevoyance@malakoffhumanis.com](mailto:prevoyance@malakoffhumanis.com)

Internet : [malakoffhumanis.com](http://malakoffhumanis.com)

### La Mutuelle Générale

CG 709 - TSA 41423  
75621 Paris cedex 13

Tél. :  **N°Cristal 0 969 397 497**

APPEL NON SURTAXE

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30

Internet : [adherent.lamutuellegenerale.fr](http://adherent.lamutuellegenerale.fr)