

Prévoyons.com

Octobre 2021 / N° 57

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



2 Simplifiez-vous la vie grâce à vos services

4 Remboursements : tout savoir sur les dépassements d'honoraires

5 Automédication : prudence, le maître-mot

6 Emprunter après une maladie grave : et si on oubliait tout ?

7 Retard de diagnostic : quels dommages collatéraux de la Covid-19 ?

Simplifiez-vous la vie grâce à vos services

Au-delà des seuls remboursements de vos frais de santé, votre contrat groupe vous permet de bénéficier de nombreux services particulièrement utiles au quotidien. Téléconsultation, soutien psychologique, assistance à domicile en cas d'hospitalisation ou de maladie imprévues..., nous les avons passés en revue pour vous !

La téléconsultation

Votre contrat groupe vous donne accès à un service de téléconsultation disponible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, sans frais supplémentaire. Il vous permet de consulter un médecin en vidéo et/ou de bénéficier d'un conseil médical par téléphone, en France comme à l'étranger.

Pour pouvoir utiliser ce service, vous devez au préalable créer votre compte sécurisé sur la plateforme **bonjour-docteur.com**, puis compléter vos informations de santé.

Une fois cette étape effectuée, vous pouvez prendre rendez sur la plateforme **bonjour-docteur.com** (accessible soit directement par un moteur de recherche soit en passant par l'espace adhérent).

Un infirmier enregistrera votre demande et vérifiera que votre état de santé ne nécessite pas de prise en charge par les services d'urgence. Il transfèrera ensuite votre demande à un médecin pour une consultation immédiate, sur rappel ou sur rendez-vous. La téléconsultation est couverte par le secret médical et peut donner lieu à une prescription, transmise électroniquement à la pharmacie de votre choix, que ce soit en France ou dans l'Union européenne.

L'analyse de devis

Que ce soit pour une intervention chirurgicale, un traitement d'orthodontie ou l'acquisition d'une d'aide auditive, tous les professionnels de santé, à l'exception des dentistes, ont l'obligation de fournir un devis à leurs patients pour l'ensemble des actes et prestations dont les honoraires s'élèvent à plus de 70 €.

Plutôt que de passer des heures à essayer de calculer vous-même le montant de vos remboursements, faites confiance à votre gestionnaire !

Transmettez-lui votre ou vos devis, et il vous indiquera précisément le montant qui vous sera remboursé par la Sécurité sociale et La Mutuelle Générale, ainsi que la somme qui restera à votre charge.

Pour cela, connectez-vous à votre espace personnel sur le site :



[prevoyons.com](https://www.prevoyons.com), puis sélectionnez la rubrique « Ma Santé/Mes services dédiés »,

ou envoyez votre ou vos devis par courrier à l'adresse suivante :



La Mutuelle Générale – CG709
TSA 41423
75621 Paris cedex 13



Le réseau de soins

Vous souhaitez maîtriser vos dépenses de santé ?

Le réseau de soins **Carte Blanche** a négocié pour vous des tarifs et des avantages chez plus de 20 000 opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires, rigoureusement sélectionnés pour leurs compétences, partout en France. Vous pouvez ainsi bénéficier de remises jusqu'à 40 % sur l'optique, jusqu'à 20 % sur l'audioprothèse et jusqu'à 15 % en dentaire, sur les équipements et les soins qui ne sont pas éligibles au 100 % santé. De plus, vous avez la certitude de bénéficier du tiers payant intégral, ce qui vous évite toute avance de frais. Pour accéder à l'annuaire des professionnels de santé partenaires du réseau Carte Blanche et à leur géolocalisation, rendez-vous sur prevoyons.com, rubrique « Ma santé/Mes services dédiés ».

L'assistance

Une maladie imprévisible et soudaine, un accident... et tout le quotidien est chamboulé. Pour vous aider à faire face, votre contrat vous donne accès à de nombreuses garanties d'assistance, telles qu'une aide-ménagère, la livraison de courses ou de médicaments à domicile, la garde de vos animaux domestiques, ou encore la prise en charge de vos enfants de moins de 16 ans ou de vos ascendants. Pour connaître la liste complète des aides auxquelles vous pouvez prétendre selon les situations, consultez la notice d'information disponible dans votre espace personnel, rubrique « Mes documents santé ».

Le service est assuré par IMA assistance. Il est accessible vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept au :
0 969 363 765 (appel non surtaxé).

Le soutien psychologique

Problèmes de couple, conflits familiaux, stress, anxiété... S'il est parfois important de bénéficier d'un soutien psychologique, les consultations avec un psychologue ne font que très rarement l'objet d'un remboursement de la part de l'Assurance maladie. C'est la raison pour laquelle votre contrat prévoit une garantie spécifique mise en œuvre par IMA Assurances qui vous permet de bénéficier de 8 séances de psychologie par an : 5 entretiens téléphoniques avec l'un des 1 500 psychologues du réseau IMA, en France métropolitaine comme dans les départements et régions d'outre-mer, auxquels peuvent s'ajouter 3 consultations complémentaires en face-à-face si nécessaire. Ces consultations physiques peuvent avoir lieu hors réseau avec le psychologue de votre choix, sous réserve de l'accord préalable d'IMA Assurances qui organisera alors le rendez-vous et vous remboursera directement, dans la limite de 60 € par séance. Pour bénéficier de ce service ou simplement obtenir des renseignements complémentaires, composez le :

0 969 363 765 (appel non surtaxé).

Pour en savoir plus

Rendez-vous sur
www.prevoyons.com, rubrique
« Mes services dédiés »





Remboursements : tout savoir sur les dépassements d'honoraires

De plus en plus de médecins s'affranchissent des tarifs établis par la Sécurité sociale. Comment savoir si un praticien pratique des dépassements d'honoraires ? Quels remboursements attendre de votre contrat groupe ? Comment limiter votre reste à charge ? Nous faisons le point.

Le dépassement d'honoraires, qu'est-ce que c'est ?

La Sécurité sociale fixe un tarif pour chaque acte médical (une consultation, une intervention chirurgicale ou encore un examen), appelé tarif de convention. Ce tarif de convention sert de base à l'Assurance maladie pour calculer le montant de ses remboursements. Le dépassement d'honoraires correspond à la différence entre le tarif de convention et le tarif réellement payé par le patient.

Quel est le montant des dépassements d'honoraires ?

Les médecins des secteurs 2 sont libres de choisir le montant de leurs dépassements d'honoraires. Cependant, les praticiens de secteur 2 signataires de l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou DPTAM) s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassements, soit deux fois le tarif de convention. Pour connaître le secteur d'un médecin et savoir s'il est ou non signataire de l'option tarifaire (OPTAM), consultez l'annuaire santé mis en ligne par l'Assurance maladie : annuaire.sante.ameli.fr.

Pour en savoir plus,

Consultez votre livret santé/ prévoyance disponible dans votre espace personnel, rubrique « Mes documents santé », ou sur le site prevoyons.com rubrique Mes documents/ tous mes documents / Je suis salarié / livret d'information Santé Prévoyance des salariés Orange

Quels médecins peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires ?

Les médecins signataires de la convention avec la Sécurité sociale se répartissent en deux catégories : les médecins de secteur 1 et les médecins de secteur 2.

- Les praticiens de secteur 1 sont tenus d'appliquer le tarif fixé par l'Assurance maladie, à quelques très rares exceptions près (consultation en dehors des heures d'ouverture du cabinet, visite à domicile...).
- Les praticiens de secteur 2 disposent d'un droit permanent aux dépassements d'honoraires, qu'ils doivent fixer avec « tact et mesure ».

Il existe un troisième secteur en France, qui regroupe les médecins non conventionnés (un peu moins de 1 000 en France). Ces praticiens de secteur 3 sont totalement affranchis de la Sécurité sociale et peuvent pratiquer les tarifs qu'ils souhaitent. Leurs consultations font l'objet d'un remboursement quasi-nul de la part de l'Assurance maladie et donc de la complémentaire santé

Les dépassements d'honoraires sont-ils remboursés ?

L'Assurance maladie ne rembourse jamais les dépassements d'honoraires.

En revanche, votre contrat groupe les prend en charge, en partie ou en totalité. Ainsi, si vous consultez un médecin en secteur 2 adhérent à l'OPTAM, vous pourrez être remboursé jusqu'à 51,50 € pour une consultation de médecine générale, et jusqu'à 72,50 € pour une consultation de médecine spécialisée¹. Hors OPTAM – en raison des plafonds imposés par l'Assurance maladie aux mutuelles dans le cadre du contrat responsable –, ces remboursements seront limités en secteur 2 à 42,70 € pour une consultation de médecine générale et à 45 € pour une consultation de médecine spécialisée¹. Enfin, en secteur 3, ils ne pourront pas excéder... 0,61 € pour une consultation de médecine générale et 1,22 € pour une consultation avec un spécialiste² ! D'où l'importance de bien se renseigner sur le secteur du praticien au préalable.

¹ Pour un bénéficiaire de plus de 16 ans dans le cadre du parcours de soins, Sécurité sociale comprise.

² Sécurité sociale comprise.

Automédication : prudence, le maître-mot

Avec des centaines de médicaments vendus sans ordonnance, il est facile et rapide de s'improviser médecin. L'automédication présente pourtant des dangers et doit faire l'objet de la plus stricte vigilance.

Les Français plébiscitent l'automédication : près de 85 % y ont recours. Il faut dire qu'elle a l'avantage de limiter les consultations inutiles pour des problèmes bénins et permet de responsabiliser les patients qui doivent payer leur traitement. Cependant, elle n'est pas sans risque si elle ne fait pas l'objet d'un maximum de prudence. Certains médicaments disponibles sans ordonnance peuvent notamment masquer les symptômes d'une maladie grave et en retarder le diagnostic.

Pour quels symptômes ?

Fièvre, douleurs de l'estomac, mal de gorge, constipation, toux..., l'automédication doit être réservée aux problèmes de santé bénins et isolés. En présence de plusieurs symptômes ou d'un symptôme isolé qui dure dans le temps une consultation médicale s'impose. Autrement dit, se soigner seul quand on a mal à la tête, oui, mais à condition que ce mal de tête ne s'accompagne ni de fièvre ni d'une raideur de la nuque...

Quelles sont les erreurs à éviter ?

Deux consignes : premièrement, il n'est pas question de poursuivre un traitement s'il n'y a pas d'améliorations après trois ou quatre jours. Deuxièmement, il n'est pas recommandé de se soigner seul face à des symptômes inhabituels. Dans ces cas-là, il faut absolument consulter. Autre risque majeur : les interactions

médicamenteuses. Par exemple, un patient sous anticoagulant, en voulant soulager un mal de tête avec un anti-inflammatoire, s'expose à un risque d'accident hémorragique. Pour éviter ce genre de risques, limitez vos auto-prescriptions à une seule molécule et, si vous suivez un traitement, redoublez de vigilance en lisant les notices. Surtout, n'hésitez pas à solliciter les conseils de votre pharmacien.

L'automédication convient-elle à tout le monde ?

La réponse est clairement non ! L'automédication ne doit jamais être envisagée chez les personnes vulnérables. Une consultation médicale est toujours nécessaire pour les personnes âgées ou qui suivent un traitement lourd, les femmes enceintes ou allaitantes et les bébés. Certaines pathologies, comme l'insuffisance rénale, sont par ailleurs incompatibles avec toute forme d'automédication.

Les médicaments sans ordonnance sont-ils sans risque ?

Contrairement à une idée reçue, les médicaments en accès libre ne sont pas anodins. Près de la moitié d'entre eux seraient même à proscrire si l'on en croit le magazine 60 Millions de consommateurs. Soit en raison de leur inefficacité, soit pour les risques qu'ils font courir, quand ils ne conjuguent pas les deux écueils !





Emprunter après une maladie grave : et si on oubliait tout ?

Que ce soit pour changer de voiture ou acquérir sa résidence principale, le crédit est, pour la plupart des Français, un passage obligé. Votre état de santé ne permet pas de recourir facilement à un prêt ? Il existe un « droit à l'oubli » qui permet, sous certaines conditions, d'emprunter sans avoir à déclarer sa maladie.

Le droit à l'oubli, qu'est-ce que c'est ?

Le droit à l'oubli a été introduit en 2015, dans le cadre de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé). Il permet aux anciens malades du cancer, passé un certain délai, de ne plus faire état de leur maladie au moment de souscrire un contrat d'assurance pour obtenir un crédit, notamment immobilier ou professionnel et ainsi éviter une surprime, des exclusions de garanties, voire un refus pur et simple.

Dans quels cas s'applique-t-il ?

Pour le moment, il ne concerne que les malades du cancer. Il s'applique au bout de dix ans sans rechute après la fin du « protocole thérapeutique », c'est-à-dire une chirurgie, une radiothérapie et/ou une chimiothérapie, pour tous les cancers diagnostiqués après 21 ans. « Dès lors qu'on atteint ces dix ans, on ne déclare plus rien sur le questionnaire de santé de l'assurance », indique Franck Daveau, de la Ligue contre le cancer, et cela quelle que soit la localisation du cancer : poumon, sein, testicule, pancréas... ». Ce délai est ramené à cinq ans pour les cancers diagnostiqués avant l'âge de 21 ans, par exemple en cas de cancer pédiatrique.

Que faire si on ne peut pas bénéficier du droit à l'oubli ?

La convention AERAS prévoit un droit à l'assurance au tarif normal pour les personnes qui ont été atteintes d'un cancer ou d'une autre pathologie dont l'état de santé est stabilisé. Une grille de référence, dont la dernière mise à jour date de mars 2021, est établie à cet effet. Elle comprend une dizaine

de pathologies pour lesquelles, sous réserve de répondre aux critères fixés, il n'est pas nécessaire d'attendre les dix ans généralement requis. Pour certaines formes de cancer du col de l'utérus ou de mélanome, par exemple, le délai ne dépasse pas un an une fois le protocole thérapeutique achevé. Il est même de quarante-huit semaines, sous certaines conditions, pour l'hépatite C. « Cela ne constitue pas un droit à l'oubli stricto sensu », précise toutefois Franck Daveau, car il est indispensable de déclarer sa maladie. » Le but : permettre à l'assureur de vérifier que « la pathologie correspond bien à ce qui est prévu dans la grille ».

Le droit à l'oubli garantit-il d'obtenir une assurance emprunteur ?

Le droit à l'oubli – tout comme la grille de référence de la convention AERAS –, « ne constitue pas un droit à l'assurance », rappelle Franck Daveau, dans la mesure où l'état de santé n'est pas le seul paramètre pris en compte par les assureurs. La solvabilité de l'emprunteur, son âge, le montant et la durée du prêt entrent également en jeu. Le droit à l'oubli garantit néanmoins que le dossier sera examiné selon les mêmes critères que ceux applicables aux personnes n'ayant jamais été malades.

Pour en savoir plus,

Pour toute information, connectez-vous sur le site aeras-info.fr ou téléphonez au service Aidéa mis en place par la Ligue contre le cancer, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures :

0 800 940 939

(appel gratuit depuis un téléphone fixe).

Retard de diagnostic : quels sont les dommages collatéraux de la Covid-19 ?

La Covid-19 a pris une place très importante dans les hôpitaux et dans l'actualité faisant parfois même oublier l'existence d'autres maladies. Peur de consulter dans un contexte sanitaire anxiogène, retard de dépistage et de diagnostics, annulations d'opérations, etc. autant de réalités aux conséquences non négligeables pour les patients.

Avec la mobilisation massive du système de santé pour la pandémie, de nombreuses autres pathologies ont été négligées par les patients provoquant un retard de soins ou de diagnostics.

C'est pourquoi le ministère des Solidarités et de la Santé, l'Assurance Maladie et Santé publique France appellent les patients à ne pas reporter les soins dont ils ont besoin, et ce malgré le contexte sanitaire actuel.

Selon le baromètre mensuel réalisé par Malakoff Humanis et l'Ifop, au mois d'avril, en plein confinement, 34 % des salariés ont reporté ou annulé au moins un soin durant le confinement.

Ainsi, le Professeur Yves Roquelaure chef de service au centre de consultations de Pathologie Professionnelle et Santé au Travail du C.H.U d'Angers déclarait « *Comme dans tous les hôpitaux, nous avons observé une diminution très importante des admissions pour maladies chroniques ce qui a entraîné une chute des hospitalisations pour AVC ou encore des insuffisances cardiaques et cérébrales. Nous nous attendions à un recul des soins concernant les maladies chroniques, mais pas du tout autour des AVC, embolies pulmonaires ou infarctus. C'était très étonnant.* »

Depuis, les consultations considérées comme non-urgentes ont repris il ne faut pas négliger l'importance d'un bon suivi médical.

Zoom sur le dépistage des cancers

Chaque année, en France, ce sont 400 000 nouveaux cancers qui sont

détectés et 150 000 personnes qui en meurent.

Force est de constater, qu'en 2020, pas moins de 93 000 cancers n'ont pu être dépistés à cause de la surcharge des hôpitaux et des confinements successifs.

On estime que la baisse de diagnostics de cancer, sans report de soins représente 30 à 50 % selon les régions.

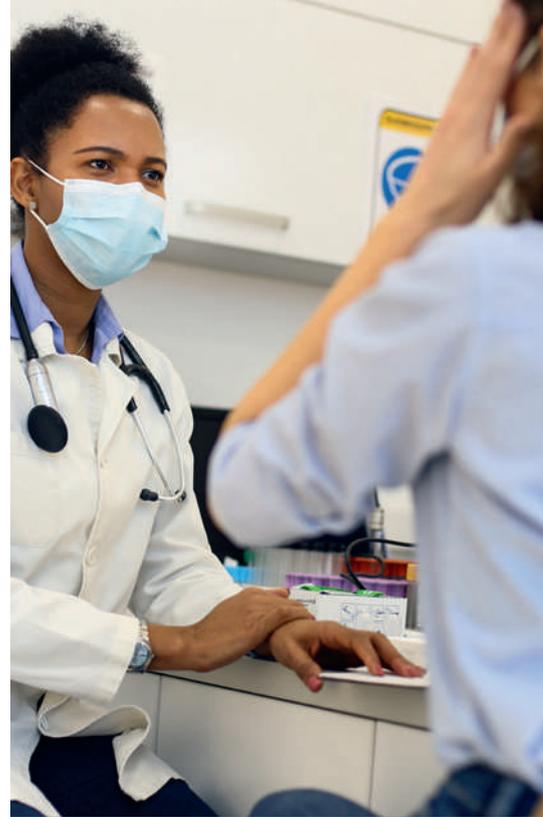
À la manière d'une bombe à retardement, la première vague de Covid-19 en France, serait responsable à elle seule de 1000 à 6000 décès dans les prochaines années, d'après des chercheurs du réseau hospitalier Unicancer.

Cancer du sein, pensez à contrôler

Lors du premier confinement par exemple, la Société française de radiologie a recommandé l'arrêt du dépistage systématique du cancer du sein afin de favoriser l'accès à la mammographie aux patientes ayant des signes cliniques. Ce choix s'est fait en accord avec les CRCDC (Centre de Coordination Régional de Dépistage des Cancers) qui ont interrompu l'envoi des convocations pour dépistage.

Plus le diagnostic est précoce plus les chances de remissions sont importantes. Pensez à l'autopalpation et, en cas de suspicion, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant.

Vous faire dépister en cas de doute ou simplement par ce que le calendrier médical vous le suggère, n'aura jamais été aussi important.



prevoyons.com : le réflexe

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

CONTACTS ESPACE PERSONNEL

MA PRÉVOYANCE MA SANTÉ MON ACTU MES DOCUMENTS FAQ

Devenez acteur de votre protection familiale

Orange a choisi de vous faire bénéficier d'une couverture collective et obligatoire de prévoyance qui comprend une couverture frais de santé que vous retrouverez dans la rubrique « ma santé » et des garanties couvrant les risques arrêts de travail, invalidité et décès que vous retrouverez dans la rubrique « ma prévoyance ». Orange a confié la gestion de ce contrat à Humanis et à La Mutuelle Générale.

MA SANTE
PRENEZ SOIN DE VOTRE SANTE ET DE CELLE DE VOTRE FAMILLE AU QUOTIDIEN.
En savoir plus

MA PRÉVOYANCE
LA PRÉVOYANCE COUVRE LES RISQUES LIÉS À L'INCAPACITÉ, À L'INVALIDITÉ ET AU DÉCÈS.
En savoir plus



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 :

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 00

E-mail : prevoyance@malakoffhumanis.com

Internet : 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 9 h 00 à 18 h 00

Internet : adherent.lamutuellegenerale.fr