



71 Boulevard de Brandebourg
94 200 IVRY SUR SEINE
tel. 0652 08 29 57

Email : amae.mutuelle@gmail.com
Site internet : www.amae-mutuelle.fr

Bulletin de l'AMAE aux adhérent.es n°3

L'assemblée générale de l'AMAE (**Association pour une Mutuelle des Anciens de l'Emploi**) s'est tenue les 15 et 16 octobre à Paris en présence de 18 délégué·es et de Soizic secrétaire administrative. Toutes les régions étaient représentées.

L'association AMAE : Nous comptons 670 adhérent·e·s, mais nous avons du mal à développer les adhésions.

Après débats, les rapports d'activité et d'orientation ont été approuvés à l'unanimité ; le rapport financier, après validation de la commission de contrôle des comptes, a également été approuvé à l'unanimité. L'A.G. a voté la création d'un règlement intérieur en apportant quelques modifications aux statuts (textes sur le site).

Le contrat de la mutuelle avec MMH

Ce sont 820 bénéficiaires qui sont inscrit·e·s au contrat santé de l'AMAE. 519 femmes et 301 hommes. La moyenne d'âge est de 71 ans. Les résultats 2018 présentés par les représentantes de Malakoff Médéric Humanis sont les meilleurs que nous ayons enregistrés depuis notre création. Certes, nous avons bénéficié d'une réduction de 1% sur les frais de gestion consentie par la direction de MMH. Cette baisse fait suite à notre demande pour tenir compte des nombreuses difficultés de gestion subies par certain·e·s affilié·e·s, telles que : radiations intempestives dues à des erreurs informatiques, allongement des délais de traitement de dossiers, mauvaises réponses aux questions ou problèmes liés à la réception des cartes mutualistes etc. Pour les membres du bureau, ces difficultés ont généré beaucoup de soucis et de travail.

Ce sont les frais de prise en charge de l'hospitalisation et les dispositifs médicaux (audio) qui augmentent le plus. Tandis que les frais pharmaceutiques baissent. Ces résultats tiennent compte des remboursements de la Sécurité Sociale. A noter également que 2/3 des affilié·e·s font une cure.

64 % fréquentent le réseau KALIVIA. Ce qui permet de faire des économies, par exemple pour l'optique l'économie peut aller jusqu'à 74 € sur un verre complexe et jusqu'à 33 € sur une monture et ce multiplié par un nombre important d'utilisateurs. Cette pratique permet une réduction importante de dépenses, elle est à développer. Il faut aussi inciter à refuser des facturations avec des dépassements d'honoraires.

Le 100% Santé ou Reste à charge zéro

Lors de l'AG, les représentantes de MMH nous ont longuement expliqué la mise en place du dispositif 100% santé appelé aussi « reste à charge zéro » (RAC 0), décidé par le gouvernement.

Ces nouvelles garanties vont se mettre en place pour la plus grande partie en janvier 2020. Vous trouverez dans les pages suivantes les informations relatives à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif. L'objectif est de rembourser intégralement certains équipements d'optique et certaines aides auditives et prothèses dentaires dont le reste à charge était élevé. Concrètement : soit l'affilié·e fait le choix de ne rien déboursier et prend alors la classe « reste à charge zéro », soit elle ou il choisit une prestation plus onéreuse et paiera le « reste à charge ».

Ce dispositif sera entièrement intégré à nos garanties, mais aura aussi un impact sur les cotisations. Les conséquences budgétaires pour les mutuelles sont incertaines et difficiles à évaluer

Ces mesures sont une réelle avancée, en particulier pour celles et ceux qui ne pouvaient financièrement accéder à ces soins. Néanmoins, ces dispositions créent des remboursements à plusieurs vitesses en fonction du matériel choisi (voir pages suivantes).

Les cotisations 2020

Les mutuelles sont inquiètes des augmentations de leurs charges qui sont induites par le « reste à charge zéro » et mettent en place des augmentations de cotisations malgré les dénégations du gouvernement et de la Mutualité Française.

MMH nous a expliqué que cette augmentation est due aussi aux évolutions réglementaires décidées par le gouvernement ou la Sécurité Sociale telles que :

- L'augmentation du forfait médecin 1% qui remplace le forfait patientèle.
- L'augmentation du forfait hospitalier (hôpital ou clinique) journalier à 20 €.
- La dérive médicale annuelle, c'est à dire l'évolution du coût de la santé et des soins, estimée à 2%.
- l'augmentation du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) utilisé pour le calcul de certaines de nos garanties.

Mais MMH anticipe surtout la mise en œuvre du 100% santé qui correspond à +3,9%.

Dans ce cadre, MMH nous a proposé plusieurs hypothèses :

- Une augmentation de 7% **sans baisse des prestations**
- Une augmentation de 3%, mais entraînant une baisse de remboursement de certaines garanties : seraient concernées l'optique (hors reste à charge 0, un verre complexe adulte remboursé 125€ au lieu de 159), les visites chez les généralistes et les radiologues, les analyses (BRSS 150% au lieu de 200%), la chambre particulière lors d'une hospitalisation (35€ au lieu de 40€) alors que nous constatons une augmentation du nombre et de la durée des séjours à l'hôpital (ce qui n'est pas surprenant avec l'avancée en âge).

Les délégué·e·s à l'AG, après débat, ont fait le choix d'une augmentation de 7 %.

Elles et ils ont bien conscience que cette augmentation est importante, parce qu'elles et eux aussi vont la payer.

La mise en place du reste à charge zéro en 2020 peut modifier profondément les structures et les garanties des complémentaires santé, mais aussi le comportement des assuré·e·s. L'accès aux soins en sera-t-il favorisé ?

L'UFC QUE CHOISIR constate que « se soigner coûte de plus en plus cher, la consommation de soins et de biens médicaux est en hausse constante, elle est évaluée à 2977€ en moyenne par personne en 2017 ». Or pour réduire le déficit de la Sécurité Sociale le gouvernement organise le transfert de remboursement vers les mutuelles. « La Sécurité Sociale rembourse de moins en moins les soins de ville ou de médicaments et les frais de santé ont augmenté de 47% depuis 2006 » note l'association de consommateurs.

Le reste à charge zéro est présenté par le gouvernement comme une avancée sociale et de justice. Ce serait vrai si c'était la Sécurité Sociale (universelle) qui la prenait en charge. En transférant aux mutuelles, elle crée une injustice. Les retraité·e·s et les

chômeur·euse·s ne bénéficient d'aucune aide au paiement de leur mutuelle et paient plein pot. Les salarié·e·s des petites entreprises paient plus cher que celles et ceux des grandes entreprises.

Consommons mieux en privilégiant les cliniques mutualistes et le secteur public moins chers, souvent mieux équipés pour une prise en charge de grande qualité. Et surtout ne pas hésiter à faire établir des devis permettant de comparer les prix et les prestations.

Autre décision de l'AG :

Les prochaines élections des délégué·e·s auront lieu au deuxième trimestre 2020

Autres informations :

Au premier novembre les dispositifs qui aident au paiement des mutuelles pour les bas revenus (CMU-C et ACS) fusionnent.

Nous regrettons le projet de déremboursement de l'homéopathie : le taux de remboursement de la Sécurité Sociale passera de 30% à 15% en 2020, puis à 0% au 1er janvier 2021.

« Se soigner selon ses besoins, cotiser selon ses moyens »

AUDIOLOGIE

Dans le détail...

Le dispositif « 100 % santé » audiologie portera sur un équipement ⁽¹⁾ d'aides auditives **proposé par tous les professionnels. Il s'opère progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 pour une mise en œuvre complète au 1^{er} janvier 2021.**

Évolution du reste à charge moyen. Exemple pour 2 prothèses auditives *

	Jusqu'au 31/12/2018	2019	2020	Offre « 100 % santé » Classe I
	3 000 € Prix moyen de vente	2 800 € Prix limite de vente	2 400 € Prix limite de vente	1 900 € Prix limite de vente
Remboursement Assurance Maladie	240 €	360 €	420 €	480 €
Remboursement Complémentaire santé	1 060 €	1 140 €	1 180 €	1 420 €
Reste à charge	1 700 €	1 300 €	800 €	0 €

* Source : Dossier de presse du ministère des Solidarités et de la Santé du 13 juin 2018.

Ce dispositif entraînera dans vos garanties la création de 2 nouvelles « classes » de remboursement :

CLASSE I

Correspond à des aides auditives « 100 % santé », intégralement remboursée ⁽¹⁾ dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux professionnels de santé.

CLASSE II

Correspond à des aides auditives à « tarifs libres », remboursée dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Pour les contrats responsables, **la prise en charge totale (Assurance Maladie + complémentaire santé) sera limitée à 1 700 € par oreille appareillée, renouvelable tous les 4 ans.**

(1) L'offre « 100% santé » concernera : les aides auditives appartenant à l'un des trois types suivants : le contour d'oreille (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), le contour à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon) et l'intra-auriculaire (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif). Chaque aide devant comporter au moins trois options de la liste A, définies dans l'arrêté du 14 novembre 2018. Les aides auditives doivent pouvoir faire l'objet de réglages individualisés notamment pour adapter la correction auditive au profil audiologique du patient.

DENTAIRE

Dans le détail...

Le dispositif « 100 % santé » dentaire portera sur un ensemble de soins prothétiques ⁽¹⁾ (couronnes, inlays core, bridges et prothèses) proposés par tous les professionnels de santé. Il s'opérera par étape, à partir du 1^{er} avril 2019, pour une mise en oeuvre complète au 1^{er} janvier 2021.

Évolution du reste à charge moyen.
Exemple pour une couronne en métal recouverte de céramique *

	Aujourd'hui	Offre panier « 100 % santé » 2020
	550 € Prix moyen de vente	500 € Prix limite de vente
Remboursement Assurance Maladie	75,25 €	84 €
Remboursement Complémentaire santé	279,50 €	416 €
Reste à charge	195,25 €	0 €

* Source : Dossier de presse du ministère des Solidarités et de la Santé du 13 juin 2018.

** L'ajout de ces paniers dépendra du contrat souscrit.

Ce dispositif pourrait entraîner dans vos garanties la création de 3 « paniers » distincts de remboursement :

PANIER « 100 % SANTÉ »

Intégralement remboursé ⁽¹⁾ dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux professionnels de santé.

PANIER « TARIFS MAÎTRISÉS » **

Remboursé dans les limites des honoraires limites de facturation et des garanties du contrat.

PANIER « TARIFS LIBRES » **

Avec un libre choix des techniques et des matériaux, remboursé dans les limites prévues par les garanties du contrat.

Le cahier des charges du contrat responsable n'impose pas de limitation de remboursement.

(1) L'offre 100 % concernera : Les couronnes céramique monolithiques et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1^{er} prémolaire). Les couronnes céramique monolithiques zircons (incisives et canines). Les couronnes métalliques toute localisation. Les inlays core et couronnes transitoires. Les bridges céramo-métalliques (incisives et canines). Les bridges full zircon et métalliques toute localisation. Les prothèses amovibles à base résine. Un arrêté paraîtra précisera les soins prothétiques dentaires appartenant au panier « 100 % santé ».

11



OPTIQUE

Dans le détail...

Le dispositif « 100 % santé » optique portera sur un équipement (verres et monture ⁽¹⁾) proposé par tous les professionnels à partir du 1^{er} janvier 2020.

Évolution du reste à charge moyen.
Exemple pour un équipement d'une myopie modérée *

	Aujourd'hui		Offre « 100 % santé » Classe A 2020	
	Verres	Monture	Verres	Monture
	155 € Prix moyen de vente	135 € Prix moyen de vente	75 € Prix limite de vente	30 € Prix limite de vente
	290 €		105 €	
Remboursement Assurance Maladie	2,75 €	1,70 €	22,50 €	9 €
Remboursement Complémentaire santé	220,55 €		86,10 €	
Reste à charge	65 €		0 €	

* Source : Dossier de presse du ministère des Solidarités et de la Santé du 13 juin 2018.

Ce dispositif entraînera dans vos garanties la création de 2 « classes » distinctes de remboursement :

CLASSE A

Intégralement remboursée ⁽¹⁾ dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux professionnels de santé.

CLASSE B

Avec des tarifs libres, remboursée dans les limites prévues au contrat complémentaire santé.

Pour les contrats responsables, le remboursement est différent selon la classe :

Pour les montures :

- Classe A : prix limite de vente de 30 €.
- Classe B : remboursement plafonné à 100 € contre 150 € actuellement.

Pour les verres :

- Classe A : prise en charge intégrale (régime obligatoire + régime complémentaire).
- Classe B : voir page suivante.

(1) Chaque opticien devra proposer au minimum : 7 modèles différents de montures adulte en deux coloris différents respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. 10 modèles de montures pour les enfants en deux coloris différents. Les verres traitant l'ensemble des troubles visuels. Leur amincissement en fonction du trouble. Leur durcissement pour éviter les rayures. Et le traitement anti-reflet.

14

