

Les Nouvelles d'Argenson

Lettre numéro 14 – 2^{ème} trimestre 2019

Le gouvernement et sa majorité parlementaire continuent de mener à marche forcée leur offensive de démutualisation et de segmentation des risques couverts par les mutuelles du Livre 2 du Code de la Mutualité, inspirés en cela aussi bien par les lobbies financiaristes et assuranciers que par les technocrates de Bercy. En voici trois exemples pris dans l'actualité législative et réglementaire récente...

☞ **«RESTE A CHARGE ZERO»:**

Le but annoncé est de faire prendre en charge par les Organismes Complémentaires de l'Assurance Maladie (OCAM) les parts de soins en optique, dentaire et audio-prothésisme non remboursés par le Régime Obligatoire; et ce sans augmentation des cotisations. Le but réel est de mettre à mal les finances des mutuelles solidaires à fin de «prouver au grand public» que la gestion militante n'est pas viable et que seuls les sociétés d'assurance à but lucratif peuvent garantir valablement les risques *non-vie* (santé). Or, si les cotisations mutualistes ont augmenté ces derniers temps, c'est essentiellement parce que nous sommes passés depuis cinq ans de «0 à 14,18%» de taxe sur ces contrats d'assurance (TSCA). Il suffirait que les contrats de complémentaires de santé soient taxés à 5% comme les produits dits *de première nécessité* pour faire baisser mécaniquement nos cotisations de 2 ou 3 points par mois.

Il faut ici rappeler que les mutuelles rassemblent des sociétaires qui voudraient bien pouvoir continuer à décider collectivement et solidairement des prestations qu'ils souhaitent se faire verser, sans en être empêchés par un déluge de contraintes réglementaires qui ne devraient s'appliquer qu'aux compagnies bancaires et assurantielles (règles de solvabilité, paniers de soins, contrats dits «responsables», etc.).

Il faut aussi rappeler que de plus en plus, ces réglementations visent à faire compenser par les cotisations des mutualistes les déremboursements de l'Assurance-Maladie et les cadeaux que celle-ci octroie régulièrement par conventions aux professionnels de santé (cadeaux d'autant plus facilement accordés par la CNAM et les ministres de la Santé successifs que, depuis quatre ans, ils le sont sur l'air bien connu «la Sécu se désengage .. Pas grave! Les mutuelles peuvent payer» ...).

L'exemple des soins **dentaires** (y inclus stomatologie et chirurgie maxillo-faciale) est là pour l'attester. **Voici ce que votre mutuelle (et donc VOS cotisations) doit compenser à la place du R.O., et ce avant même la mise en place du «RAC zéro» (formule de base «module 1»):**

soins	Honoraires conventionnés (secteur 2)	Base actuelle de remboursement S.S	Remboursement mutuelle
Consultation stomatologue	de 30 à 50€	23€	La différence moins 1€
Avis d'expert C2	de 46 à 60€	46€	Ticket modérateur
Avulsion d'une dent de sagesse incluse	de 90 à 120€	83€	Ticket modérateur
Dépassement d'honoraires pour extraction de 4 dents de sagesse en clinique	de 90 à 120€	110€	Ticket modérateur
Avulsion d'une dent sur l'arcade dentaire	de 35 à 65€	33€	Ticket modérateur
Orthodontie (1 semestre)	660€	193€	Forfait de 385€
Fourniture et pose (en clinique) d'un implant dentaire	650€	0€	T.M. + forfait de 330€
Réalisation et pose d'une couronne céramique	800€	107€	T.M. + forfait de 330€

☞ **Résiliation pluriannuelle des contrats mutualistes:**

C'est une volonté très nette de l'Elysée - au nom de la recherche de la baisse des tarifs. Or cela ne tient pas debout puisque le modèle mutualiste n'est plus depuis longtemps un modèle libre mais qu'il fait l'objet d'une surréglementation et que les mutuelles n'ont, de ce fait, plus «la main» que sur l'accessoire et plus sur l'essentiel et donc l'effet de la résiliation pluriannuelle sur les tarifications mutualistes en termes «de baisse concurrentielle» sera forcément dérisoire.

Au contraire même, nous serons contraints de facturer à nos sociétaires la constitution de réserves prudentielles supplémentaires pour parer aux comportements moraux aléatoires que cette mesure va susciter chez nombre de «clients», **et nous serons sûrement obligés de rétablir les clauses de stagiarisation avant tout remboursement.** [Autre solution à laquelle réfléchit la Mutuelle du Rempart: la dématérialisation sur téléphone portable de la carte de tiers payant].

En effet, outre les surcoûts de fonctionnement induits par des démissions (ou ré-adhésions) multiples en cours d'année du fait que certains de nos sociétaires céderont aux surenchères clientélistes et au dumping des compagnies d'assurance, il faudra nous garantir contre les tentatives de fraude, notamment en matière de ...

- garanties pluriannuelles (optique sur 2 ans par exemple);
- forfaits annuels (faudra-t-il verser 36€/mois au lieu d'un forfait de 400€?);
- sécurisation du tiers payant (comment contraindre un démissionnaire à nous retourner aussitôt sa carte de tiers payant au lieu de l'utiliser indûment pendant quelques temps après son départ de notre mutuelle?) ...

Pour une fois que les dirigeants de la FNMF adoptent une position de défense du modèle mutualiste français, il convient de le remarquer. Voici le début de leur communiqué récent, que nous approuvons pour notre part:

« PROJET GOUVERNEMENTAL DE RESILIATION INFRA-ANNUELLE DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE LES FRANÇAIS ONT BESOIN DE PLUS DE SOLIDARITE, PAS DE PLUS DE CONCURRENCE Dans un contexte de crise sociale majeure, le gouvernement souhaitait profiter de la fin du débat parlementaire sur le projet de loi PACTE pour instaurer, sans aucune concertation préalable, ni étude d'impact, un droit de résiliation infra-annuelle des contrats d'assurance complémentaire santé. Plus précisément, le projet consiste à permettre, après une année d'adhésion à un contrat de complémentaire santé, la résiliation à tout moment. L'exposé des motifs du projet d'amendement du gouvernement affirmait que cette mesure allait « accroître la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire santé, au bénéfice de la compétitivité des entreprises, de la protection sociale et des assurés ». La réalité est bien différente. La Mutualité Française dénonce cette mesure contre-productive dont les assurés seraient les grands perdants, qui s'apparente à une fausse bonne idée. Cette mesure est également idéologique : elle réduit la complémentaire santé à un bien de consommation courante, où la seule question qui vaille est le calcul coût/avantage immédiat pour soi-même et rien que pour soi-même. Nous sommes à des années-lumière du sens du collectif et de la solidarité que promeut le mouvement mutualiste. Si le gouvernement a renoncé à faire passer cette mesure dans le projet de loi PACTE, il assure cependant que cette réforme se fera, par le biais d'un autre texte législatif, et entrera en vigueur le 1er janvier prochain. Dans cette perspective, la Mutualité Française reste pleinement mobilisée et continuera son travail de conviction pour faire comprendre aux pouvoirs publics qu'avec cette mesure :

- Les assurés seront perdants, et parmi eux, les plus fragiles seront les grands perdants;
- Le développement du tiers payant sera freiné;
- La régularisation du système de santé sera affaiblie. (...)

☞ Couverture Mutualiste Universelle Contributive:

Les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire Santé ne pourront plus adhérer à la mutuelle de leur choix car le modèle mutualiste traditionnel mis en concurrence (déloyale) avec le Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie – laquelle deviendrait de ce fait *porteuse du risque* en lieu et place des mutuelles. Le million-et-demi de personnes concernées ne seraient plus adhérents de plein droit des organismes complémentaires de l'assurance maladie; lesquels ne seraient plus que des « gestionnaires pour compte » de la CNAM.

En l'état, ce projet soulève de nombreuses interrogations, auxquelles ne savent répondre ni la CNAM, ni le Fonds CMUc, ni même les représentants de la commission parlementaire des affaires sociales:

- les «contrats complémentaires santé» ainsi assurés par le R.O. ne seraient donc plus assujettis à la TSCA (Taxe sur les Contrats d'Assurance) que les mutuelles sont astreintes à collecter mais relèveraient seulement de la TVA;
- comment feront les CPAM pour collecter et rappeler les contributions de ce nouveau public?
- quel sera le montant des remises de gestion versées aux OCAM par l'Assurance Maladie pour couvrir leurs frais de gestion? Qui déterminera le montant de ces frais de gestion restant à charge des mutuelles pour des personnes qui ne pourront plus être considérées comme y ayant volontairement adhéré?
- si l'Assurance Maladie devient l'assureur du dispositif baptisé «Couverture Mutualiste Universelle Contributive» à la place de Mutuelles, sera-t-elle à son tour soumise à la TSCA et au contrôle prudentiel de l'ACPR qui devra vérifier régulièrement ses marges de solvabilité (la question a fait sourire les technocrates du Ministère - quel sera le montant des remises de gestion versées aux OCAM par l'Assurance Maladie pour couvrir leurs frais de gestion; alors que le plafond d'attributivité des ACS a été réévalué et que 100000 nouveaux bénéficiaires potentiels sont attendus?
- Qui déterminera le montant de ces frais de gestion restant à charge des mutuelles pour des personnes qui ne pourront plus être considérées comme y ayant volontairement adhéré? Nous pourrions éventuellement entrer dans le nouveau dispositif avec des frais de gestion entre 15 et 20% des prestations versées ... mais des rumeurs circulent sur un montant de «4% des contributions» (qui varieront selon les âges de 10 à 30€/mois), cela correspondrait à quelques centimes par mois alors que les frais réels de gestion de ces contrats sont bien supérieurs à ces sommes dérisoires puisqu'en septembre dernier l'UNMI – qui réassure pour l'instant les adhérents au contrat PROXIME SANTE mis en place par l'UGM ACS – a annoncé devoir augmenter de 8% ses tarifs «ACS».

Toutes ces mesures (et ce ne sont que trois exemples significatifs des agressions que nous subissons en permanence!) visent à un réel bouleversement du modèle mutualiste voire à sa disparition. Les pouvoirs publics – obéissant de plus en plus servilement aux injonctions du FMI et de la Haute Finance -, continuent ainsi de remettre en cause le contrat social mis en place après la Libération de notre pays du régime nazi et l'effondrement de l'Etat-Français de Vichy; ils poursuivent l'américanisation de notre système de protection sociale ... Seuls les plus démunis seraient pris en charge par la Nation et tous les autres (notamment les salariés et la plupart des retraités) seraient contraints de faire appel aux assurances privées à but lucratif ; s'ils en ont les moyens ... ou bien de se passer de soins.

Les fiches santé d'Argenson

Également consultables sur notre site <http://www.mutuelleargenson.fr/>

Fiche n° 7: Effets du « RAC zéro » sur les prestations



AUDIOLOGIE:

Définition d'une aide auditive	Bases de remboursement (R.O.)
<p>C'est un dispositif médical à usage individuel destiné à compenser les pertes d'audition au moyen d'une amplification électronique de petite dimension alimentée de façon autonome (piles, petite batterie).</p>	<p>... selon 4 classes de pathologies: *Cl. A = surdité simple de patient à activité sociale réduite *Cl. B = perte auditive avec asymétrie légère ou moyenne *Cl. C = perte auditive sévère et/ou asymétrie importante Cl. D = profil audiométrique complexe et personne vivant dans un environnement sonore non calme</p>
<p>Prise en charge (R.O. + OCAM)</p> <p>jusqu'au 31 décembre 2018, selon les classes et les contrats complémentaires choisis</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Achat de l'appareil, des accessoires (piles, embout auriculaire, coque...)<input type="checkbox"/> Prise en charge par l'audioprothésiste (nombre de séances nécessaires à l'appareillage et son adaptation, prise en compte des demandes, examen des conduits auditifs, tous tests nécessaires à l'appareillage...)<input type="checkbox"/> Adaptation de la prothèse auditive par l'audioprothésiste<input type="checkbox"/> Education prothétique (conseils divers sur la manipulation de l'appareil, son entretien...)<input type="checkbox"/> Suivi prothétique régulier (contrôle de l'efficacité de l'appareil aux 3e, 6e et 12e mois après sa délivrance, puis un suivi biannuel selon besoins)<input type="checkbox"/> Envoi au médecin des comptes rendus d'appareillage par l'audioprothésiste	<p>Après Arrêté (JOFR du 25/08/48) d'approbation de la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance-maladie dentaire du 21 juin 201: prise en charge intégrale du montant en sus du Ticket Modérateur jusqu'aux plafonds prévus.</p> <p>CLASSE 1 (surdité): prix plafonnés à 1100� en 2020 puis à 950� à partir de 2021 et remboursement intégral (RO complété par RC).</p> <p>Classe 2 (malentendance avec asymétrie audiométrique): Prix libres avec prise en charge totale dans le cadre des contrats dits «responsables» plafonnée à 1700� par oreille.</p> <p>Renouvellement possible tous les 4 ans (pour chaque oreille) ou –pour un enfant de moins de 6 ans –, sur simple prescription par un ORL. Remboursement des examens annuels obligatoires de prévention.</p>

Les principaux dispositifs donnant lieu   ces prises en charge seront les microphones et écouteurs situés   l'arrière du pavillon de l'oreille ou bien les écouteurs et microphones intra-auriculaires.



DENTAIRE:

Jusqu'au 31/12/2018, prise en charge des honoraires et frais pour...	Bases de remboursement (R.O.)
- inlays / onlays (reconstruction d'une dent délabrée mais gardée vivante ou dévitalisée) - restaurations coronaires - endodonties - scellement de sillon - actes chirurgicaux dents définitives ou temporaires	- jusqu'à 150% de la Base de Remboursement Sec. Soc. - jusqu'à 48,5% - jusqu'à 27% - jusqu'à 20% - de 16% à 49% selon les contrats
Honoraires limites de facturation selon ... a) Le matériau b) La localisation des dents	a) Céramique (zircone ou porcelaine), céramo-métallique, métallique (nickel/chrome ou chrome/cobalt), résine, composite b) incisive, canine, prémolaire ou molaire

Prises en charge après application du décret 2019-21 et du protocole d'accord signé le 07/06/2018 entre le ministère des solidarités et de la santé, le ministère de l'action et des comptes publics et les représentants du secteur de l'audioprothèse: prise en charge intégrale du montant en sus du Ticket Modérateur jusqu'aux plafonds prévus.

<input type="checkbox"/> RAC «0», honoraires plafonnés <input type="checkbox"/> Honoraires maîtrisés (<i>avec tact et mesure</i>) <input type="checkbox"/> Honoraires libres	- Prise en charge (R.O. puis R.C.) à 100% - Prise en charge partielle - Prise en charge par contrats dits non responsables fiscalisés à 18%	
- métallique (jamais de reste-à-charge) - céramométallique - céramique zircone - céramique hors zircone - céramo-céramique - bridge (remplacement dents manquantes prenant appui sur dents voisines) - inlay Core - inlay/onlay	En 2019 - jusqu'à 320 € - jusqu'à 530 € - jusqu'à 480 € - jusqu'à 530 € - honoraires libres - jusqu'à 1465 € - honoraires libres - 230 €	A partir 01/01/2020 - jusqu'à 290 € - de 500 à 550 € - jusqu'à 440 € - de 500 à 550 € - honoraires libres - jusqu'à 1635€ (en 2021) - honoraires libres - 175 €
Prévention des risques bucco-dentaires	100% dès l'âge de 3 ans	

Les principaux dispositifs donnant lieu à ces prises en charge seront les microphones et écouteurs situés à l'arrière du pavillon de l'oreille ou bien les écouteurs et microphones intra-auriculaires.



OPTIQUE:

Jusqu'au 31/12/2018, prise en charge des lunettes	Bases de remboursement (R.O.)
- Classe A: prix de vente maximum 50 €, verres anti-reflet, durcissement anti-rayures - Classe B:	- de 32,50 à 170 € selon correction prescrite - Monture limitée à 100 € (5 cts d'euros pour la Sec. Soc.) et verres de 50 à 800 € selon les contrats (BRSS =0,05€/verre)
Prestations d'appairage (pour correction différente selon l'œil) a) Niveau 1 (indice de réfraction de 1,50 à 1,74) b) Niveau 2, de 1,50 à 1,67 c) Niveau 3, de 1,50 à 1,59	a) BRSS = 1,50 € b) BRSS = 3,00 € c) BRSS = 4,50 €

Prises en charge après application 06/06/2018 du protocole d'accord du 6 juin 2018 entre le ministère des solidarités et de la santé, le ministère de l'action et des comptes publics et les représentants opticiens (arrêté du 25/08/18).

Examens périodiques obligatoires ou bilan visuel à 8/9 ans, 11/13 ans puis 15/16 ans pris en charge à 100%	
<input type="checkbox"/> Classe A <input type="checkbox"/> Renouvellement tous les 2 ans / tous les ans pour les moins de 16 ans / tous les ans pour les adultes en cas de correction variant de 0,5 au moins <input type="checkbox"/> Présentation obligatoire devis puis facture	Prise en charge (R.O. puis R.C.) à 100%