L'ESSENTIEL DE LA CCMO

100% SANTÉ :
DES SOINS DENTAIRES, OPTIQUES ET AUDITIFS BIENTÔT **REMBOURSÉS INTÉGRALEMENT**

N° 57 juin 2019

4 100% SANTÉ : DES SOINS DENTAIRES, OPTIQUES ET AUDITIFS BIENTÔT REMBOURSÉS INTÉGRALEMENT

5 MAL DE DOS : LE BUS ITINÉRANT DE LA CCMO REPREND LA ROUTE !

7 HUILES ESSENTIELLES : LES CONSEILS POUR BIEN DÉBUTER

8-10 **DOSSIER : L'ESSENTIEL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

11-14 STATUTS ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

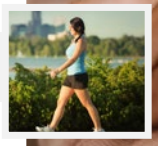
15 FICHE ESSENTIELLE : L'ENDOMÉTRIOSE

17 **LES BIENFAITS DE LA MARCHE RAPIDE**

18 BIEN VIVRE EN RÉSIDENCE SERVICES SENIORS

19 VOYAGE EN EUROPE : QUELLES DÉMARCHES ENTREPRENDRE POUR SA COUVERTURE SANTÉ ?

19 LE MELON : L'INCONTOURNABLE DE L'ÉTÉ !



CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE - 24H/24 - 7J/7

UN MÉDECIN EN LIGNE EN MOINS DE 3 MINUTES !

POUR ACCÉDER AU SERVICE MEDAVIZ

09 74 59 45 40*

Ou

Rendez-vous dans
VOTRE ESPACE ADHÉRENT
sur www.ccmo.fr

Connexion et consultation **gratuites**

Munissez-vous de **votre numéro d'adhérent.**

Ce service **ne se substitue pas au médecin traitant, ni aux urgences.** En cas d'urgence, appeler le 15 ou le 112.

* Appel non surtaxé - Medaviz, service de téléconsultation médicale mis en œuvre par PODALIRE (SAS au capital de 50000 €), Le Prisme, Place Albert Einstein - CP9, CS 72001 - 56038 Vannes Cedex - www.medaviz.com - R.C.S. Vannes 807 414 024. TVA N° FR 85 807 414 024 00016. Siret 807 414 024 00016 - CCMO Mutuelle : 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Ville - CS50993 - 60014 Beauvais Cedex. Mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité N°780 508 073. Document non contractuel

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

www.ccmo.fr

MUTUALITÉ FRANÇAISE

ÉDITO

Marc Salingue Président de CCMO Mutuelle

LA MUTUELLE SANTÉ BIENTÔT RÉSILIABLE À TOUT MOMENT OU LA FAUSSE BONNE IDÉE !

Chère Adhérente, Cher Adhérent,

Pouvoir résilier sa mutuelle santé à tout moment, tel est l'objectif du projet de loi qui a été adopté le 15 mai dernier par la commission mixte paritaire qui réunissait les députés et les sénateurs.

Autrement dit, toutes les personnes qui disposent aujourd'hui d'un contrat individuel santé (retraité, micro-entrepreneur, indépendant, professionnel libéral...) pourront, sans frais, changer de mutuelle après 1 année d'adhésion. Cette mesure entrera en vigueur le 1er décembre 2020.

Vous me direz : comme cela est déjà le cas pour les contrats d'assurance automobile, moto, habitation et plus récemment pour les contrats d'assurance emprunteur, conformément aux dispositions de la loi relative à la consommation du 17 mars 2014 (dite loi Hamon) ! Mais il y a de grandes différences entre la santé, où l'on peut anticiper l'achat de lunettes ou de prothèses auditives, et l'auto / habitation, pour lesquelles la survenue d'un accident n'est pas prévisible...

En tant que Président d'une mutuelle, élu par vous, les adhérents, je m'interroge sur la volonté des pouvoirs publics d'envisager, voire même de considérer la santé de chacun d'entre nous comme un produit de consommation courante.

Si les médias ont présenté cette mesure de façon positive pour les assurés, c'est en réalité une fausse bonne idée dont les conséquences pour les adhérents seront inverses aux objectifs annoncés. Ce texte ne permettra pas de faire baisser les cotisations. La CCMO, comme la Mutualité Française, dénonce cette mesure contraire aux valeurs mutualistes, présentée sans aucune concertation préalable et sans aucune étude d'impact.

Promouvoir le nomadisme et le consumérisme, c'est inciter les personnes à changer de mutuelle tous les ans, où seul le calcul coût/avantage immédiat pour soi-même et rien que pour soi-même prévaut. Dans ce cas, nous sommes à des années-lumière du sens du collectif et de la solidarité que promeut la mutuelle. La CCMO restera vigilante et militante afin que cette mesure irresponsable ne voie pas le jour. Cependant, si jamais il devait en être autrement, nous ferions tout pour en tirer le meilleur parti au service des adhérents.

REJOIGNEZ-NOUS SUR :

www.ccmo.fr

Twitter
@CCMOMutuelle

Facebook
@CCMOMutuelleBeauvais

CCMO Mutuelle, 6 av. du Beauvaisis, PAE du Haut-Villé, CS 50993, 60014 Beauvais Cedex / n° 57 • Revue trimestrielle • Directeur de la publication : Pol-Henri Minvielle • Directeur de la rédaction : Élise Alphonse • Comité de rédaction : Élise Alphonse, Alexis Carrier, Patrice Lassalle, Pol-Henri Minvielle, Philippe Olive et Justine Quénu • Conception originale : Transferase, Groupe WPP / Young & Rubicam • Réalisation : Julien Dissaux • Imprimé par Graphiprod – 19, avenue Pierre Colongo 93290 Tremblay-en-France, à 72 000 ex. • Photos iStock, Thinkstock, Shutterstock, 123rf • Diffusion limitée aux adhérents, bénéficiaires et amis de CCMO Mutuelle
• Toute reproduction, même partielle, doit être soumise à l'autorisation du Directeur de la publication.
Dépôt légal à parution. N° de commission paritaire : 0615M07492. Mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité – n° 780 508 073.

100% SANTÉ : DES SOINS DENTAIRES, OPTIQUES ET AUDITIFS BIENTÔT REMBOURSÉS INTÉGRALEMENT

LE 100% SANTÉ OU « RESTE À CHARGE* ZÉRO » (RAC 0) DOIT PERMETTRE À TOUS LES CITOYENS D'ACCÉDER À UN PANIER DE SOINS ET D'ÉQUIPEMENTS EN AUDIOLOGIE, OPTIQUE ET DENTAIRE INTÉGRALEMENT REMBOURSÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE ET LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ.

17% DE FRANÇAIS RENONCENT AUX SOINS DENTAIRES

Le calendrier de la réforme

Le panier 100% santé optique sera effectif au 1er **janvier 2020**. Pour le dentaire et l'audiologie, la mise en place sera progressive jusqu'au 1er **janvier 2021**.

2019

Évolution des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en **audiologie**

Fixation des prix limites de vente et des prix limite de facturation en **dentaire** et en **audiologie**

2020

Entrée en vigueur d'une partie du "panier 100% Santé" en **dentaire (1/2)**

Entrée en vigueur du "panier 100% Santé" en **optique**

2021

Entrée en vigueur du "panier 100% Santé" en **audiologie**

Entrée en vigueur du "panier 100% Santé" intégral en **dentaire (2/2)**

100% SANTÉ

Les remboursements, en pratique

POUR L'OPTIQUE

Dès 2020, votre opticien aura l'obligation de vous présenter 2 devis :

- un **devis « panier 100% santé »** permettant le remboursement intégral des lunettes de vue à hauteur des prix limites de vente (30€ pour la monture et entre 32,50€ et 170€ pour les verres). Le panier sera composé de 35 montures pour les adultes et 20 pour les enfants.
- un **devis « prix libres »** : les équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé. La monture est plafonnée à 100€ dans le respect du contrat responsable**.

POUR LE DENTAIRE

Le dentiste pourra vous proposer jusqu'à 3 devis :

- un **devis « panier 100% santé »** permettant un remboursement intégral des bridges et couronnes à partir de 2020. La prise en charge dépendra des caractéristiques de la prothèse (métallique ou céramique) et de la localisation de la dent (visible ou non visible). Certains dentiers seront eux aussi intégralement remboursés à partir de 2021.
- un **devis « reste à charge maîtrisé »** : en le choisissant, vous bénéficierez d'un tarif plafonné pour un reste à charge modéré.
- un **devis « prix libres »** pour choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués. Le dentiste ne sera pas obligé de respecter les plafonds de prix. Les soins et équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé.

POUR L'AUDITION

Votre audioprothésiste aura l'obligation de vous proposer 2 devis :

- un **devis « panier 100% santé »** permettant, en 2021, le remboursement de la totalité de vos prothèses, dans la limite de 950€ par oreille pour un adulte tous les 4 ans. En attendant, le plafond des tarifs sera fixé à 1300€ pour un adulte, et le remboursement cumulé de la Sécurité sociale et de la mutuelle, augmenté de 50€ dès 2019. En 2020, les tarifs seront plafonnés à 1100€ pour un adulte.
- un **devis « prix libres »** : les équipements seront remboursés sur la base du tarif de la Sécurité sociale et selon la garantie santé que vous avez souscrite auprès de votre complémentaire santé. Le montant cumulé remboursé par la Sécurité sociale et la complémentaire santé ne pourra pas dépasser 1.700€ par oreille appareillée.

En savoir plus sur : www.ccmo.fr

Justine Quénu

* C'est la somme qu'il reste à payer une fois que la Sécurité sociale et la complémentaire santé ont effectué leurs remboursements

** Un contrat est solidaire lorsqu'il ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des assurés. Il est responsable lorsqu'il assure une couverture complémentaire minimale et ne rembourse pas certaines prestations tel que défini par le Code de la Sécurité sociale.

MAL DE DOS
LE BUS ITINÉRANT DE LA CCMO REPREND LA ROUTE !

DEPUIS 2012, À LA RENTRÉE, UN BUS ITINÉRANT DE LA MUTUELLE PROPOSE AU GRAND PUBLIC DE S'INFORMER ET DE SE DÉTENDRE DANS UN ESPACE DÉDIÉ AU MAL DE DOS. CETTE ANNÉE, LE BUS REPART SUR LES ROUTES, AVEC PLUSIEURS NOUVEAUTÉS AU PROGRAMME !

Le bus s'arrêtera dans 10 villes des Hauts-de-France et de Normandie, du 24 septembre au 5 octobre 2019. A son bord, un kinésithérapeute délivrera des conseils personnalisés et proposera des massages détente aux visiteurs. Deux fauteuils massants et une borne de sophrologie inviteront également à la relaxation. De nombreuses brochures d'information seront disponibles en libre-service.

J'AIME MON DOS ! PRÉVENIR ET COMBATTRE

Pour cette nouvelle édition, le camion se dote d'un nouveau look (cf. image). Une initiation à la marche nordique sera également proposée à Beauvais, Compiègne et Amiens ainsi qu'un atelier de yoga.

Les dates et villes de passage du bus vous seront communiquées dans l'Essentiel de septembre et sur le site internet de la CCMO, www.ccmo.fr dès le 2 septembre prochain.

PROGRAMME ZENIOR :
DES ATELIERS DE PRÉVENTION POUR LES SENIORS !

DANS LE CADRE DE SON PROGRAMME ZENIOR INITIÉ EN 2015, CCMO MUTUELLE ORGANISAIT LES 24, 25 ET 26 JUIN DERNIERS, DES ATELIERS DE PRÉVENTION DESTINÉS AUX SENIORS.

Deux ateliers de 3h étaient proposés à Beauvais, Compiègne et Amiens, en partenariat avec la Croix-Rouge Française.

- Une initiation aux gestes de premiers secours avec des mises en situation en cas d'étouffement, d'arrêt cardiaque, de perte de connaissance et d'hémorragie.
- Un atelier risque de chute et mémoire : au travers divers exercices pratiques, une sophrologue spécialisée a enseigné les différentes méthodes pour optimiser sa mémoire et améliorer son équilibre. Une partie de la formation était dédiée à la prévention des chutes et aux comportements à adopter lorsque l'on tombe.

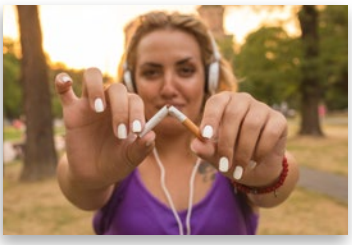
Zenior CCMO POUR LA SANTÉ DES SENIORS

Chaque atelier a réuni 10 participants.

— Chloé Monteil

DES GESTES POUR PRÉVENIR LES CANCERS

Un Français sur trois pense qu'il n'est pas possible de prévenir les cancers. Ils sont en réalité évitables par des changements de comportement. Le tabagisme représente la première cause de cancer évitable, suivi par la consommation d'alcool, l'alimentation déséquilibrée, le surpoids et l'obésité. Selon l'Institut National du Cancer (Inca) qui a lancé une campagne d'information en mars, des gestes simples permettraient de prévenir 40% des cancers qui se déclarent chaque année. Il est recommandé d'arrêter de fumer, de consommer moins d'alcool, de manger équilibré et varié, et de bouger plus.

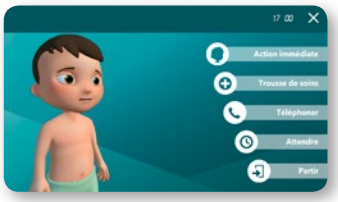


160 km/h

c'est la vitesse que peut atteindre un éternuement

EFFIC'ASTHME : UNE APPLI POUR GÉRER LES CRISES D'ASTHME DE VOTRE ENFANT

Conçu par des médecins-chercheurs de l'hôpital Necker et du laboratoire Illumens, l'application Effic'Asthme permet de simuler des crises d'asthme pour aider les parents à adopter les bons gestes en cas de crise de leur enfant. Pour rappel, en France, un enfant sur dix est confronté à cette maladie.



Pour cela, il suffit de créer le profil de l'enfant asthmatique (poids, taille, traitement médical). L'appli propose plusieurs scénarios, chacun avec des préconisations pour aider à gérer la crise d'asthme. Disponible gratuitement sur l'App Store et Google Play.

LES PERRUQUES MIEUX REMBOURSÉES POUR LES PERSONNES SOUFFRANT D'UN CANCER

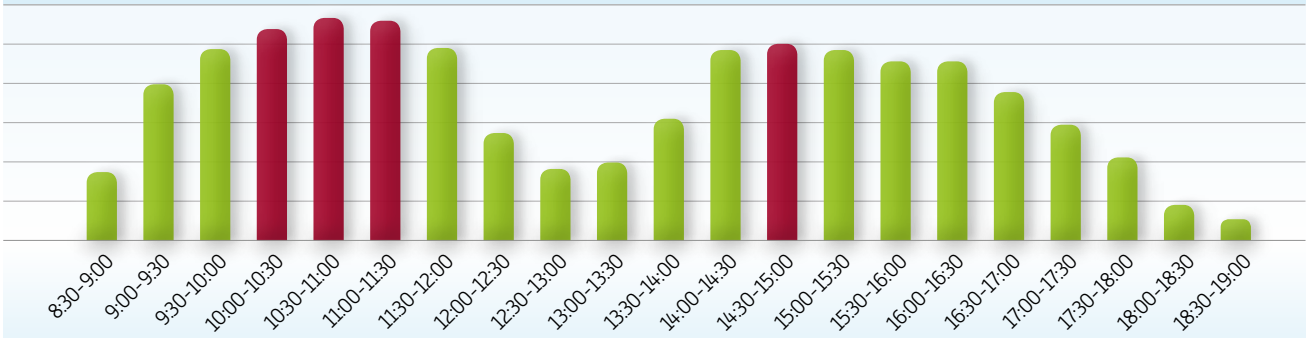
Depuis le mois d'avril 2019, la Sécurité Sociale rembourse mieux les prothèses capillaires destinées aux patient(e)s atteint(e)s d'un cancer. Les perruques en fibres synthétiques, dîtes de classe 1 sont remboursées à hauteur de 350 euros. Les perruques de classe 2 (constituées d'au moins 30% de cheveux naturels) sont remboursées à hauteur de 250 euros, avec un tarif plafonné à 700 euros. Du côté des prothèses capillaires partielles, le tarif de remboursement par la Sécurité Sociale et le prix de vente sont fixés à 125 euros. Enfin, concernant les accessoires (turban, foulard...), la Sécurité Sociale rembourse 20 euros par set de trois accessoires avec un prix de vente de 40 euros maximum.

FORUM DES LECTEURS

SARAH C.

QUELS SONT LES HORAIRES À PRIVILÉGIER SI L'ON SOUHAITE CONTACTER LA CCMO ?

Du lundi au vendredi, de 8h30 à 19h et le samedi de 9h à 12h, les conseillers CCMO sont à votre écoute pour répondre aux questions concernant votre contrat santé. Pour faciliter votre accueil et vous répondre dans les meilleurs délais, nous vous conseillons de prendre contact avec les équipes CCMO aux horaires suivants (en rouge, les plages horaires pour lesquelles le temps d'attente peut être plus long*) :



Nous vous remercions également de vous munir de votre numéro d'adhérent ou de votre numéro de Sécurité sociale.
(*) Ces périodes d'affluence sont données à titre indicatif.

HUILES ESSENTIELLES : LES CONSEILS POUR BIEN DÉBUTER

EN QUÊTE DE SOINS NATURELS, LES FRANÇAIS SE TOURNENT DE PLUS EN PLUS VERS LES HUILES ESSENTIELLES POUR SOIGNER LES PETITS MAUX DU QUOTIDIEN. SI CES DERNIÈRES SONT EN APPARENCE INOFFENSIVES, LEUR MANIEMENT REQUIERT POURTANT DE PRENDRE CERTAINES PRÉCAUTIONS.

Les huiles essentielles (HE) sont des principes aromatiques obtenus par distillation à la vapeur d'eau ou par expression*. En vente libre, elles sont prisées pour leurs nombreuses vertus. Fabienne Millet, docteur en pharmacie, spécialisée en aromathérapie et en phytothérapie, nous délivre ses conseils pour bien choisir les HE et les manier correctement.

Les modes d'utilisation

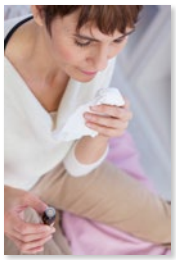
« *Lorsque l'on débute, il faut privilégier les modes d'utilisation les plus simples,* explique-t-elle. *Mieux vaut éviter le contact direct avec la peau, car certaines HE peuvent être très irritantes. Préférez l'inhalation sèche – qui consiste à déposer deux gouttes sur un mouchoir, puis à inspirer deux ou trois fois sans contact cutané –, à réitérer plusieurs fois par jour. La diffusion atmosphérique est aussi possible, grâce à un diffuseur électrique à eau ou à jet d'air sec, ou en déposant cinq ou six gouttes d'HE sur un support comme un galet poreux. Des produits à base d'HE prêts à l'emploi sont également disponibles sur le marché.* » Les HE peuvent aussi être administrées par voie orale, de manière exceptionnelle et sous le contrôle d'un professionnel de santé, ou par voie cutanée si elles sont mélangées avec de l'huile végétale avant d'être appliquées. Ces derniers modes d'utilisation requièrent des connaissances précises.

Les précautions à prendre

Les huiles essentielles sont contre-indiquées pour les personnes qui présentent un risque de convulsions ou d'allergies. « *Les femmes enceintes ou qui allaitent peuvent utiliser les HE en inhalation sèche ou par diffusion atmosphérique, mais les autres voies d'administration leurs sont déconseillées,* précise la spécialiste. *De même, toutes les HE ne sont pas recommandées chez les enfants en dessous de 7 ans.* » Avant d'y recourir, mieux vaut demander conseil à un professionnel de santé. Côté conservation, les flacons sont à conserver à l'abri de la chaleur et de la lumière. Enfin, tout comme pour les médicaments, ils ne doivent pas être rangés à portée de main des enfants.

Savoir choisir une huile essentielle

Pour avoir l'assurance d'acheter un produit pur et naturel, les flacons doivent comporter cinq informations : le nom de la plante en latin et en français, la variété botanique, la partie utilisée (fruit, fleur, feuille...) et le chémotype (profil chimique). Toutes les huiles essentielles subissent des contrôles, qu'elles soient ou non issues de plantes certifiées « bio ». Enfin, lors de votre achat, privilégiez le conseil.



D'après Léa Vandeputte

* L'expression consiste à briser mécaniquement les " poches à essence " des zestes frais d'agrumes pour en recueillir les essences. Cette méthode est la plus simple mais n'est possible qu'avec les citrus (orange, citron, bergamote). Le produit obtenu se nomme "essence" et non "huile essentielle".

LES QUATRE HUILES ESSENTIELLES DU DÉBUTANT

L'huile de lavande fine, pour ses propriétés calmantes, relaxantes et anti-infectieuses. À utiliser en diffusion atmosphérique, en inhalation sèche ou pure sur une toute petite zone de la peau, pour soigner une piqûre d'insecte par exemple.

L'huile d'arbre à thé, à administrer par voie cutanée pure sur un bouton d'acné, en inhalation sèche pour ses propriétés antivirales ou en diffusion atmosphérique pour assainir l'air, mais plutôt en association avec une autre HE, car son odeur est forte.

L'huile de ravintsara, en inhalation sèche pour dégager les voies respiratoires ou en diffusion atmosphérique pour assainir l'air. Attention, cette HE est contre-indiquée pour les enfants de moins de 7 ans.

L'huile d'oranger doux, pour ses propriétés calmantes, relaxantes et anti-infectieuses, en inhalation sèche ou en diffusion atmosphérique.

L'ESSENTIEL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

_ Justine Quénu

VENDREDI 24 MAI SE TENAIT L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA CCMO À BEAUVAIS. RETOUR SUR CE TEMPS FORT DE LA VIE DÉMOCRATIQUE DE LA MUTUELLE.

Le Président, Marc Salingue a ouvert la réunion en remerciant les 43 délégués et administrateurs de leur présence avant de demander une minute de silence en hommage à Raymond Blanquet, délégué individuel décédé le 17 décembre dernier. Le Président est ensuite revenu sur une année marquée par des changements de gouvernance avec l'élection d'un nouveau Président et la nomination d'un nouveau Directeur général.

Rapport moral

Dans le rapport moral, Jean-Luc Demange Brinon, Secrétaire de la

Marc Salingue, Président de CCMO Mutuelle

Pol-Henri Minvielle, Directeur général

CCMO, a abordé les réformes applicables au secteur d'activité, la modification des statuts et règlements mutualistes, la vie des instances représentatives et les orientations stratégiques de la CCMO.

Il a confirmé la volonté du Conseil d'administration de faire figurer la CCMO parmi les 20 mutuelles qui resteront sur le marché. Il a également évoqué la poursuite du plan pluri-annuel axé sur le développement et la diversification, la transformation digitale, les partenariats et la coopération, ainsi que l'efficience économique.

Caroline Aubry, Directrice générale adjointe

Rapport de gestion

Mireille Coquelle, Trésorière et Pol-Henri Minvielle, Directeur général ont ensuite présenté le rapport de gestion qui retrace les faits marquants de l'année.

Mireille Coquelle a exposé les principaux résultats de 2018 : **165 881 personnes protégées** en santé au 31 décembre 2018 (-5% par rapport au 31 décembre 2017), **13 703** personnes protégées en gestion pour le compte de partenaire et **102 080 en prévoyance**. Le taux de couverture de marge de 184%, en augmentation de 18 points, montre une bonne santé financière de la mutuelle (cf. encadré ci-dessous). L'ensemble des comptes ont été certifiés sans réserve par le Commissaire aux comptes.

Caroline Aubry, Directrice générale adjointe a ensuite présenté les modifications des règlements mutualistes, qui intègrent la mise en œuvre par la CCMO de la réforme du 100% Santé.

Résolution générale

Dans sa lecture de la résolution générale, Marc Salingue a une nouvelle fois dénoncé le poids de la règlementation applicable au secteur de l'assurance santé, qui ne cesse de se complexifier et de se rigidifier.

Si toutes les mesures visant à favoriser l'accès aux soins partent d'une bonne intention, la CCMO s'interroge sur qui supportera finalement les impacts financiers de ces réglementations.

La réforme « 100% Santé », apparemment gratuite, conduira naturellement à des dépenses de frais de santé supplémentaires dans des proportions inconnues aujourd'hui. S'agissant de la résiliation infra-annuelle, si les médias ont présenté cette mesure de façon posi-

Jean-Luc Demange Brinon, Secrétaire

Mireille Coquelle, Trésorière

DE BONS RÉSULTATS EN 2018 POUR CCMO MUTUELLE

En 2018, CCMO Mutuelle a émis 100,4 millions d'euros de cotisations générant un bénéfice net de 2,3 millions d'euros. Ce bon résultat est en partie dû à la baisse significative des frais de fonctionnement de la mutuelle.

Il permet d'améliorer la solvabilité financière de la CCMO : le taux de couverture de marge a progressé de 18 points pour atteindre 184 % en 2018. Cet indicateur est un gage de la santé économique des mutuelles.

C'est une obligation légale, surveillée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), permettant d'exercer le métier d'assureur santé.

Conformément à la réglementation, l'ensemble du bénéfice réalisé est destiné à alimenter les fonds propres de la mutuelle. Il permet d'assumer tous les risques potentiels (pandémie, catastrophe naturelle, dérive des prestations...) et de poursuivre nos investissements.

tive pour les assurés, c'est en réalité une fausse bonne idée dont les conséquences pour les adhérents seront inverses aux objectifs annoncés. La CCMO, comme la Mutualité Française, dénoncent cette mesure idéologique, contraire aux valeurs mutualistes, présentée sans aucune concertation préalable et sans aucune étude d'impact. La première conséquence d'une telle mesure serait une augmentation des frais de gestion. CCMO Mutuelle devra mobiliser des moyens supplémentaires pour fidéliser ses adhérents, et en déployer pour aller en conquérir des nouveaux. Inciter les personnes au nomadisme, à envisager la mutuelle comme un bien de consommation courante est à des années-lumière du sens du collectif et de la solidarité que promeut la mutuelle. La CCMO restera vigilante et militante afin que cette mesure irresponsable ne voit pas le jour.

Pour conclure, le Président a réaffirmé la volonté d'indépendance de la CCMO. Celle-ci constitue sa singularité, sa force et son avenir, au seul service de ses adhérents dans un secteur concurrentiel et plus que jamais concentré.

> *Consciente d'appartenir à un secteur concurrentiel et plus que jamais concentré, la CCMO réaffirme que son indépendance constitue sa singularité, sa force et son avenir, au seul service de ses adhérents*
>
> Marc Salingue,
> *Président de CCMO Mutuelle*

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EN RÉSUMÉ

PRINCIPALES MODIFICATIONS APPLICABLES À COMPTER DU 1ER JANVIER 2020

Les Statuts

Création d'un règlement intérieur dédié au fonctionnement du Conseil d'administration et de ses émanations (commissions, comités...).

Le Règlement mutualiste Santé

- Mise en conformité des dispositions du Règlement mutualiste avec celles issues de la réforme 100% Santé.
- Mise en conformité avec la protection des données personnelles au titre de la mise en oeuvre du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Le Règlement mutualiste Prévoyance

Introduction de la disposition sur la protection des données personnelles, à l'instar du Règlement mutualiste Santé.

Et aussi...

En application des Statuts en vigueur, post réforme du Code de la Mutualité, les membres de l'Assemblée générale ont approuvé les cotisations 2019 fixées par le Conseil d'administration au titre de sa délégation de pouvoirs, tant pour les adhérents à titre individuel que pour les adhérents relevant d'un contrat collectif.
L'Assemblée générale, conformément à l'article L.114-1 du Code de la mutualité et 31 des Statuts relatifs à sa délégation de pouvoirs au Conseil d'administration, et après avoir entendu les explications nécessaires et en avoir délibéré, a approuvé les orientations et règlements proposés par le Conseil d'administration en matière de cotisations et de prestations.
Elle a également ratifié les modifications, adoptées par le Conseil d'administration, des Conditions générales applicables aux opérations collectives en 2019, en raison du retrait des règles de gestion des contrats collectifs facultatifs et obligatoires du Règlement mutualiste Santé à effet du 1er janvier 2019.

MODIFICATIONS DES STATUTS ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

L'Assemblée générale annuelle de la CCMO s'est déroulée le 24 mai dernier et s'est prononcée sur l'ensemble des modifications des Statuts et des Règlements mutualistes Santé et Prévoyance de la Mutuelle, qui prendront effet au 1er janvier 2020. Vous trouverez, ci-après, ces modifications adoptées ou bien ratifiées en séance, étant rappelé que, conformément aux nouvelles dispositions des Statuts à effet du 1er janvier 2019, le Conseil d'administration de la Mutuelle a rendu compte à l'Assemblée générale de ses décisions prises en matière de modifications des Règlements mutualistes applicables aux opérations individuelles. De même, l'Assemblée générale a ratifié les modifications des Conditions générales applicables aux opérations collectives, décidées par le Conseil d'administration, à effet du 1er janvier 2019. Ces dernières ayant été révisées pour y introduire les règles de gestion et les dispositions des nouvelles règlementations issues notamment de la réforme du Code de la mutualité. Les Conditions générales sont consultables en ligne sur le site internet de la Mutuelle www.ccmo.fr

STATUTS

› ARTICLE **4** / SOUS-RUBRIQUE **4.1**
Cet article définissant l'objet de la Mutuelle et intégralement réorganisé il y a deux ans au titre du développement de la prévoyance, est complété d'une omission : les opérations d'assurance autorisées sont, soit directes, soit indirectes ou acceptées en réassurance.

› ARTICLE **32**
Insertion d'une disposition issue de l'article L.114-16 du Code de la mutualité relative à la composition du Conseil d'administration.

› ARTICLE **40**
Ajout de l'existence d'un Règlement intérieur fixant les règles de fonctionnement du Conseil d'administration et de ses émanations (commissions, comités….). Par ailleurs, une précision a été apportée sur la convocation du Conseil d'administration.

› ARTICLE **41**
Adaptation de la disposition sur la représentation des salariés au Conseil d'administration, compte tenu de la mise en place du CSE (Comité Social & Economique) en lieu et place de la DUP (Délégation unique du Personnel).

› ARTICLE **42**
Ajout du vote à bulletin secret pour les délibérations intéressant directement un Dirigeant effectif comme pour les Administrateurs. Précision faite que le Règlement intérieur du Conseil fixe les principes et conséquences de la confidentialité des informations échangées en séance de Conseil qui porte tant sur les informations données en Conseil que sur le contenu des débats.

› ARTICLE **55**
Correction d'une contradiction entre cet article et l'article 42 mentionnant que tous les membres du Bureau, y compris le Président, sont élus à bulletin secret.

› ARTICLE **69**
Tenue du Comité d'Audit et de Surveillance trois fois par an au lieu de quatre et ajout ou mise à jour de la qualité des personnes qui y sont conviées en tant qu'invités, à savoir le Trésorier, le Trésorier adjoint, le Directeur financier et l'ensemble des Responsables des fonctions clés.

RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ ET TABLEAUX DE GARANTIES FIGURANT EN ANNEXE DESTINÉS AUX PARTICULIERS ET PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS

RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

CHAPITRE 2 : ADHÉSIONS

› ARTICLE **3**
Ajout de la fiche d'information (fiche IPID) et de la fiche conseil comme documents précontractuels devant être remis aux futurs membres avant la signature du bulletin d'adhésion.

› ARTICLE **5.2**
Rectification de la date de fin d'adhésion en cas de renonciation exprimée par le Membre participant dans le cadre de l'adhésion à distance, à savoir la date d'envoi de sa lettre en recommandée avec accusé réception.

› ARTICLE **7.3**
Amélioration de la rédaction de l'article pour éviter toute ambiguïté sur l'application des stages en cas de mutation : Aucun stage n'est appliqué à l'ex salarié qui souscrit une garantie individuelle dans un délai maximum de 6 mois à compter de son départ de l'entreprise.

› ARTICLE **8**
Suppression de l'utilisation du terme « option », obsolète, pour nommer une garantie au sein de cet article définissant les stages en cas de changement de garantie.

› ARTICLE **9**
Modification de cet article traitant des bénéficiaires de l'aide à la mutualisation pour anticiper la mise en place du nouveau dispositif de la CMU-C Contributive.

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

› ARTICLE **13.2**
Renvoi à l'article 26 du Règlement mutualiste s'agissant des dispositions visant la date de radiation du dossier en cas de décès de l'adhérent.

› ARTICLE **13.2.2**
L'encaissement de la 1ère cotisation peut faire l'objet d'un double prélèvement en cas d'adhésion à distance et non plus uniquement en cas d'adhésion sur internet.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

› ARTICLE **15**
Article sur les règles générales entièrement réorganisé et subdivisé en quatre sous-rubriques pour y introduire :
- une nouvelle rédaction davantage développée sur les soins dispensés à l'étranger,
- une nouvelle disposition sur les médecines douces,
- une nouvelle disposition sur les garanties en inclusion.

› ARTICLE **16**
Réorganisé et subdivisé en quatre sous-rubriques pour tenir compte du nouveau dispositif 100 % Santé (Reste à charge 0).

› ARTICLE **17**
Réorganisé en profondeur pour une meilleure lisibilité et complété des modalités de versement de l'allocation obsèques. En outre, la liste des actes de prévention au moins remboursés au ticket modérateur, pris obligatoirement en charge au titre du contrat responsable, a été supprimée en raison de sa mise à jour très régulière et des précisions apportées à ce titre dans chaque tableau de garanties.

› ARTICLE **19.1**
Précision sur la validité de la carte de tiers payant hors règlement de la cotisation par prélèvement.

› ARTICLE **21**
Cet article sur les plafonds progressifs est modifié pour tenir compte de la mise en place du dispositif 100% Santé (Reste à charge 0) lequel entraîne la suppression du plafond audioprothèse reportable.

› ARTICLE **22**
Suppression de la disposition sur la forclusion au profit de la prescription.

› ARTICLE **25**
Rédaction mise à jour et développée sur la subrogation.

CHAPITRE 5 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

› ARTICLE **26**
Précision sur les modalités d'adhésion d'un ayant droit en cours d'année et de radiation du contrat en cas de décès de l'adhérent ou de l'ayant droit.

› ARTICLE **27**
Création de cet article sur les fausses déclarations du Membre participant.

CHAPITRE 6 : MODALITES DE RÉSILIATION – RADIATION - RÉINTÉGRATION

› Renumérotation des articles 27 à 29 **en 28 à 30**.

CHAPITRE 7 : LITIGES

› Renumérotation de l'article 30 en **article 31** ainsi que les cinq subdivisions.

CHAPITRE 8 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

› Création de l'**article 32** sur la protection des données personnelles (RGPD).

CHAPITRE 8 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

› Renuméroté **chapitre 9**.

Le détail des typologies d'équipements optiques au point 2 est supprimé et remplacé par les nouvelles grilles des remboursements des équipements optiques et aides auditives conformes au nouveau cahier des charges du contrat responsable. Les minima et maxima y sont mentionnés pour l'optique ainsi que les plafonds pour les aides auditives. En outre, la grille de définition des verres (simples, complexes et très complexes) fixée par l'arrêté du 3 décembre 2018 est également mise à jour de cette nouvelle règlementation.

MODIFICATION DES TABLEAUX DE GARANTIES SANTÉ ANNEXÉS AU RÈGLEMENT MUTUALISTE SANTÉ

La réforme réglementaire majeure 100% Santé ou Reste à charge 0 (RAC 0) qui encadre les remboursements optiques, audio et dentaire, alliée à l'engagement sur la lisibilité des tableaux de garanties complémentaire santé visant à en faciliter la lecture et la compréhension, impacteront en profondeur l'ensemble des tableaux de garanties de la CCMO à compter du 1er janvier 2020.

1er GRAND POSTE : L'HOSPITALISATION

HOSPITALISATION
Forfait journalier hospitalier
Forfait sur les actes dits "lourds"
Honoraires
Praticiens adhérents au DPTM [1]
Praticiens non adhérents au DPTM [1]
Etablissements conventionnés
Frais de séjour [2]
Chambre particulière [3]
Chambre ambulatoire
Etablissements non conventionnés
Frais de séjour
Chambre particulière
Autres prestations
Transport accepté par le R.O.
Autres lignes de prestations hospitalières non remboursées par le R.O.

[1] *Le DPTM (Dispositif de pratique tarifaire maitrisé) est un dispositif par lequel le praticien s'engage à modérer ses tarifs. La prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens non adhérents au DPTM est au moins inférieure de 20% à celle des dépassements d'honoraires des praticiens adhérents au DPTM. Elle est limitée au maximum à 200%.*

[2] Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La CCMO offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 €/jour.

[3] La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 60 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité. L'hospitalisation de jour ne donne pas lieu à prise en charge d'une chambre particulière.

[4] Maximum 10 jours par année civile et par personne protégée de plus de 75 ans.

2ème GRAND POSTE : LES SOINS COURANTS

SOINS COURANTS
Honoraires médicaux généralistes
Praticiens adhérents au DPTM [1]
Praticiens non adhérents au DPTM [1]
Autres lignes d'honoraires de généraliste non remboursés par le R.O.
Honoraires médicaux spécialistes
Praticiens adhérents au DPTM [1]
Praticiens non adhérents au DPTM [1]
Autres lignes d'honoraires de spécialiste non remboursés par le R.O.
Actes techniques medicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)
Praticiens adhérents au DPTM [1]
Praticiens non adhérents au DPTM [1]
Autres lignes d'actes techniques non remboursés par le R.O. ou de forfaits complémentaires

SOINS COURANTS (suite)
Forfait sur les actes dits « lourds »
Actes d'imageries (radiologie,....)
Praticiens adhérents au DPTM [1]
Praticiens non adhérents au DPTM [1]
Paramédical
Honoraires Paramédicaux
Autres lignes d'honoraires paramédicaux non remboursés par R.O.
Analyses et examens
Analyses et examens de biologie
Autres lignes d'analyses non remboursées par le R.O. ou de forfaits complémentaires
Médicaments - pharmacie
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.
Autres lignes de pharmacie non remboursée par R.O.
Matériel médical
Dispositifs médicaux et appareillages [5]
Gros appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) [6]
Remboursement complémentaire véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.
Autres lignes d'appareillage ou dispositif non remboursés par le R.O. ou de forfaits complémentaires
Autres prestations
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.

[5] *A l'exception des prothèses optiques, auditives, gros appareillage et des véhicules pour handicapés pour lesquels il faut se reporter aux postes correspondants.*

[6] *Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.*

DU 3ème AU 5ème GRAND POSTE : LE DENTAIRE, L'OPTIQUE ET LES AIDES AUDITIVES

DENTAIRE
Soins et prothèses 100% SANTÉ tels que définis règlementairement [7]
Soins dentaires (y compris implantologie remboursée par le R.O.)
Prothèses dentaires autres que 100% SANTÉ remboursées par le R.O.
Prothèses dentaires non remboursées par le R.O. [8]
Orthodontie remboursée par le R.O.
Autres lignes d'honoraires dentaires non remboursés par le R.O.

[7] Le remboursement est limité à hauteur des honoraires limites de facturation, précisés par la Convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou par le règlement arbitral en l'absence de Convention.

[8] *La base de référence appliquée aux prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la pose d'une prothèse amovible à plaque base résine d'1 à 3 dents (acte CCAM HBLD364). La base de référence appliquée aux réparations de prothèses non remboursées est l'équivalent de la BR de la réparation d'une prothèse dentaire amovible (acte CCAM HBMD020).*

OPTIQUE

Équipements 100% SANTÉ
tels que définis réglementairement - classe A

Suppléments et prestations optiques classe A [9]

Équipements à tarif libre - classe B [10]

- Monture a tarif libre
- 1 Verre simple
- 1 Verre complexe
- 1 Verre très complexe

Équipements mixtes classes A et B [11]

Lentilles remboursées par le R.O.

Lentilles non remboursées par le R.O., jetables

Autres lignes de chirurgie oculaire non remboursée par le R.O.

[9] Prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appairage de verres, suppléments pour verres avec filtre et autre suppléments. Prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différents et dans la limite du prix limite de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019.

[10] Limité à la prise en charge d'un équipement verres et montures par période de 2 ans à compter de la dernière consommation, pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Ce plafond est annuel pour les moins de 16 ans et pour les adultes en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale ou en cas d'évolution de la vue. Les dispositions de renouvellement anticipé sont définies par l'arrêté du 3 décembre 2018.
Le remboursement s'effectue à hauteur des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019.

[11] Remboursement à hauteur du tarif défini en classe B ou dans la limite des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019.

AIDES AUDITIVES

Équipements 100% SANTÉ
tels que définis réglementairement - classe I [12]

Aide auditive adulte [13]

Aide auditive enfant et personne atteinte de cécité [13].

Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.

Forfait complémentaire entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés ou non remboursés par le R.O.

[12] Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.

[13] Le remboursement s'effectue dans la limite de 1700€ par aide auditive (Régime obligatoire + Régimes Complémentaires).

DU 6ème AU 10ème GRAND POSTE : LA CURE, LES ALLOCATIONS, LES SOINS À L'ÉTRANGER, LA PRÉVENTION ET LES PRESTATIONS EN INCLUSION

CURE

Cure thermale remboursée par le R.O. [14].

[13] Le remboursement inclut les soins médicaux, les frais médicaux (forfait thermal et forfait de surveillance médicale), les frais d'hébergement et de transport. Le plafond est calculé au prorata du nombre de jours de la cure par rapport à la cure de référence du Régime obligatoire. Les remboursements exprimés en € ou en % du PMSS incluent la prise en charge du TM et viennent en complément du Régime obligatoire.

ALLOCATIONS

Allocation naissance ou adoption (enfant < 10 ans) [15]

Allocation enfant né sans vie [16]

Obsèques

[15] Versée si inscription de l'enfant (celle-ci devant intervenir dans les 2 mois suivant sa naissance ou adoption) et sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples.

[16] Versée sous réserve que l'adhérent ne soit plus en période de stage et que son dossier soit en règle au niveau des cotisations. L'allocation pour enfant né sans vie inscrit au registre de l'état civil est versée si la demande en est faite dans les 2 mois de survenance de l'évènement.

SOINS TRANSMIS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DISPENSÉS À L'ÉTRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. [17]

[17] *Soins pris en charge par la Mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le Régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.*

PRÉVENTION

Les actes de prévention sont définis dans le cadre du respect des dispositions du contrat responsable et sont au moins remboursés au ticket modérateur. Votre garantie inclut les actes de prévention conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale.

PRESTATIONS EN INCLUSION

Assistance : aide-ménagère, accompagnement social, informations par téléphone [19]

Garantie Pass'Sports : assurance scolaire, capital en cas d'accident [19]

Tiers payant DROM et Métropole

Téléconsultation médicale : des médecins disponibles gratuitement, en tout anonymat, 24h/24 et 7j/7 [19].

[19] *Cette prestation est déléguée à un partenaire de la mutuelle.*

MODIFICATIONS DES STATUTS ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

TOUS LES TABLEAUX DE GARANTIES figurant en annexe du Règlement mutualiste Santé (Particuliers & Professionnels indépendants), en dehors de l'engagement sur la lisibilité et du 100% Santé, sont concernés par les modifications suivantes :

» Poste « hospitalisation » : Mise en conformité dans le cadre du contrat responsable de l'expression des taux et des montants concernant les frais de séjour et la chambre particulière en établissement non conventionné.

» Poste « Pharmacie remboursée par le RO » : Harmonisation des différents libellés pour retenir le libellé unique « Médicaments remboursés à XX% par le RO ».

» Poste « Pharmacie non remboursée par le RO » : A l'exception de l'automédication, ajout de la prise en charge des dispositifs médicaux non remboursés par le Régime obligatoire pour les trois expressions suivantes :

> La pharmacie prescrite non remboursée par le RO,

> Les médicaments et préparations magistrales autorisées prescrits et non remboursés par le RO,

> La Pharmacie, homéopathie, phytothérapie prescrites, non remboursées par le RO.

» Poste « Substituts nicotiniques » : Ces substituts n'étant plus remboursés forfaitairement par le Régime obligatoire mais au titre de la pharmacie à 65 %, seuls les substituts nicotiniques non remboursés continueront d'apparaître sur les garanties les prévoyant et continueront d'être pris en charge. Par ailleurs, les remboursements des substituts nicotiniques différenciés pour les 18/35 ans disparaîtront au profit de toutes les tranches d'âges qui bénéficieront de la totalité de la prise en charge prévue à la garantie.

» Les garanties déclinées en 3 versions « Base, module Plus et module Sup' » évoluent sur certains postes :

- Les médecines douces : le remboursement proposé est uniformisé et globalisé pour l'ensemble des professionnels de santé. Pour une option Plus ou Sup', le complément de remboursement de médecines douces est ajouté au montant initial de la garantie santé et ce, pour tous les professionnels de santé indiqués.
- Pilules contraceptives : le remboursement proposé est également uniformisé et globalisé pour les pilules contraceptives et le traitement de la ménopause. Pour une option Plus ou Sup', le complément de remboursement des pilules contraceptives et traitement de la ménopause est ajouté au montant initial de la garantie santé. N'apparaîtront plus deux lignes de prestations mais un remboursement global pour la prise en charge de ces deux prestations.

» Poste « Cure » : Amélioration du renvoi sur la « Cure » permettant au bénéficiaire de connaître précisément les soins remboursés par le Régime obligatoire et la Mutuelle.

» Poste « Soins à l'étranger » : En lien avec la disposition modifiée au Règlement mutualiste Santé, le renvoi sur ces soins a été développé pour une meilleure compréhension des soins pris en charge par la Mutuelle.

» Poste « Assistance » : Modification de l'intitulé en « Prestations en inclusion » et ajout de la Téléconsultation médicale pour laquelle la prestation est assurée par un partenaire de la Mutuelle.

» Renvoi général en fin de tableaux de garanties : Refonte de ce renvoi principalement en raison de la mise en œuvre du nouveau dispositif 100% Santé ou dit « Reste à charge 0 ».

LES GARANTIES DESTINÉES AUX PARTICULIERS

En dehors des modifications générales de nos garanties ci-avant exposées, les modifications pour cette annexe sont les suivantes :

» Gamme Zeni'Or : Correction d'une incohérence sur le renvoi de la chambre particulière. Cette dernière n'est pas prise en charge en maternité.

» Gamme Modelia : Retrait de la gamme de l'annexe en raison de la complexité de sa mise en conformité avec le RAC 0. Les adhérents concernés par cette garantie seront destinataires d'une communication dédiée sur cette mise en conformité, à l'occasion du renouvellement 2020.

» Garanties Aminima & Aminima Plus : Modification du renvoi 2 d'Aminima Plus relatif au poste « Consultation et visite non conventionnées » ; le tarif d'autorité remplace le tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué qui n'existe plus. Suppression au renvoi général des informations sur la chambre particulière et les prothèses dentaires qui ne sont pas prises en charge au titre de ces garanties.

» Gamme Médecines douces : Correction d'une anomalie sur le renvoi des frais de séjour en établissement non conventionné sur le plafond de la prise en charge ; Les 3 garanties ont en effet le même plafond appliqué sur les frais de séjour, la chambre particulière et le forfait hospitalier.

» Garantie Coup de Pouce : Suppression de l'allocation « enfant né sans vie » au poste « Allocation » pour cette garantie fermée qui ne prévoit plus de mouvement d'ayant droit.

» Garantie C : A l'instar d'Aminima Plus, modification du renvoi du poste « Consultation et visite non conventionnées » ; le tarif d'autorité remplace le tarif de responsabilité reconstitué et du remboursement conventionnel reconstitué qui n'existe plus.

LES GARANTIES DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS

En dehors également des modifications générales des garanties ci-avant exposées, cette annexe fait l'objet de la modification suivante :

» Gamme Modelia : Retrait de la gamme de l'annexe en raison de la complexité de sa mise en conformité avec le RAC 0. Les adhérents concernés par cette garantie seront destinataires d'une communication dédiée sur cette mise en conformité, à l'occasion du renouvellement 2020.

RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉVOYANCE DESTINÉ AUX PARTICULIERS ET PROFESSIONNELS INDÉPENDANTS

(décès, invalidité, incapacité)

DISPOSITIONS COMMUNES

› ARTICLE **4**
Comme pour le Règlement mutualiste Santé, rectification de la date de fin d'adhésion en cas de renonciation exprimée par le Membre participant dans le cadre de l'adhésion à distance, à savoir la date d'envoi de sa lettre en recommandée avec accusé réception à la Mutuelle.

› ARTICLE **12**
Suppression de cet article sur la forclusion au profit des dispositions de la prescription à l'article 13.

› Renumérotation des articles suivants 13 à 17 en **12 à 16**.

› **Création de l'article 17** sur la protection des données personnelles dans le cadre de la mise en œuvre du RGPD.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

CHAPITRE 1 : GARANTIES INDEMNITÉS HOSPITALISATIONS

› ARTICLE **3**
Au point 5 de la liste des exclusions de garanties en hospitalisation, le terme « hospice » a été remplacé par le terme « Ehpad »..

POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE, N'HÉSITEZ PAS À CONTACTER VOS CONSEILLERS AU **03 44 06 90 00**

Sur simple demande, les nouveaux Statuts, le Règlement mutualiste Santé et ses annexes constituées des tableaux de garanties applicables aux membres de la mutuelle relevant des opérations individuelles, ainsi que le Règlement mutualiste Prévoyance vous seront adressés par voie électronique. Ces documents seront prochainement téléchargeables sur l'espace public du site internet **www.ccmo.fr**. Pour cela, il vous suffit de nous adresser un courriel à **accueil@ccmo.fr** en mentionnant vos nom, prénom et **n° d'adhérent**.

L'ENDOMÉTRIOSE

FICHE ESSENTIELLE

1 FEMME SUR 10
EST CONCERNÉE

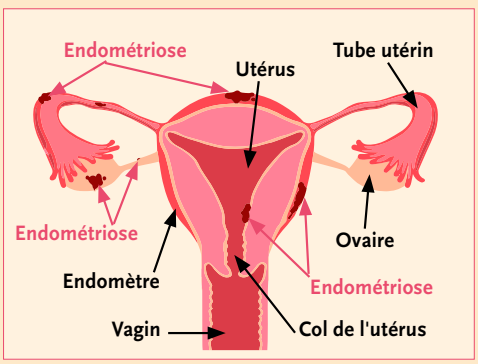
30 À 40% DES FEMMES TOUCHÉES
PAR L'ENDOMÉTRIOSE CONNAISSENT DES PROBLÈMES DE FERTILITÉ

L'ENDOMÉTRIOSE

EST UNE MALADIE GYNÉCOLOGIQUE FRÉQUENTE MAIS ENCORE MAL CONNUE.

Qu'est-ce que c'est ?

L'endomètre est le tissu qui recouvre l'utérus. Sous l'effet des hormones (œstrogènes), au cours du cycle, l'endomètre s'épaissit pour accueillir un éventuel embryon lors de la nidation. S'il n'y a pas fécondation, il se désagrège et saigne, ce sont les règles. Chez les femmes souffrant d'endométriose, des cellules remontent et migrent via les trompes. Du tissu utérin se développe alors hors de l'utérus provoquant des lésions, des adhérences et des kystes ovariens dans les organes colonisés. Si elle touche principalement les organes génitaux, l'endométriose peut aussi s'étendre aux appareils urinaire, digestif, et plus rarement pulmonaire.



Les symptômes

Cette pathologie provoque des **symptômes variables d'une femme à l'autre** : fortes douleurs et saignements abondants au moment des règles, fatigue chronique, douleurs pelviennes et lombaires, troubles digestifs et urinaires, douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie) et infertilité. La sévérité des symptômes n'est pas toujours corrélée à l'étendue des lésions.

Le diagnostic

Les patientes présentant des symptômes doivent en parler à leur médecin traitant ou gynécologue. Après un interrogatoire et un examen clinique, elles se verront prescrire, si nécessaire, des examens d'imagerie supplémentaires (échographie, IRM). Lorsque la maladie est asymptomatique, c'est-à-dire lorsque la personne ne présente aucun symptôme clinique, l'endométriose est généralement révélée à l'occasion d'un bilan de fertilité. Pour obtenir un diagnostic définitif et complet, seule la chirurgie permet d'analyser le tissu endométrial dans son ensemble. La technique la plus souvent utilisée est celle de la cœlioscopie, qui consiste en l'introduction d'une petite caméra via le nombril, et de différents instruments via des incisions de 5 à 10 mm. Cependant, cette intervention à seule visée diagnostique n'est pas recommandée. Elle ne doit être envisagée que si un geste chirurgical

justifié y est associé (cf paragraphe « La chirurgie », ci-dessous).

Les traitements

Dans de très rares cas, lorsque l'endométriose est infime, une femme peut vivre avec sans aucun traitement. Mais la plupart du temps, la maladie nécessite un **suivi médical à vie** et des traitements spécifiques. La chirurgie et l'hormonothérapie ont montré les meilleurs résultats. Ils peuvent contenir la maladie durant plusieurs mois voire des années.

▸ Le traitement hormonal

Dans un premier temps, pour endiguer la maladie, les médecins proposent le plus souvent un traitement hormonal. Celui-ci est destiné à priver l'organisme d'œstrogène et ainsi stopper la survenue des règles (contraceptifs œstroprogestatifs monophasiques en continu, progestatifs). Le traitement **réduit les douleurs** et peut permettre de **stabiliser les lésions**, voire de les diminuer légèrement. Toutefois, il ne permet pas leur élimination totale.

Si les symptômes persistent, les médecins proposeront des cures d'analogues de la GnRH*1. Ces médicaments, administrés par injection, permettent de créer une véritable ménopause artificielle. La durée du traitement dépend des lésions et symptômes ressentis par la patiente. Pour pallier les désagréments liés à la ménopause (douleurs osseuses, bouffées de chaleur, sécheresse de la peau...), le traitement est souvent associé à une « add back therapy »*2

▸ La chirurgie

Lorsque le traitement hormonal ne suffit pas, la chirurgie permet l'**élimination à long terme**, voire définitive, des lésions. Elle sera décidée en concertation avec l'équipe médicale en cas de symptômes handicapants, d'infertilité, en fonction de la qualité de vie de la patiente, de ses antécédents et de son désir de grossesse. Pour les femmes souhaitant avoir un enfant, un traitement supplémentaire contre l'infertilité sera prescrit quelques mois après l'intervention chirurgicale.

L'endométriose diminue et disparaît généralement après la ménopause. Elle doit cependant faire l'objet d'une surveillance continue, surtout lorsque des traitements hormonaux de substitution sont mis en place à la ménopause.

*1 Neurohormone impliqué dans le cycle menstruel
*2 L'add back therapy consiste à associer de faibles doses d'œstrogène ou d'œstro-progestatifs, sous forme de comprimés, de crème ou de patchs afin que la patiente tolère son traitement, sans nuire aux effets des analogues de la GnRH.

DES FILIÈRES SPÉCIALISÉES DANS CHAQUE RÉGION D'ICI À LA FIN 2019

A l'occasion de la Journée des droits des femmes le 8 mars, la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a annoncé le lancement d'un plan d'action pour renforcer la prise en charge de l'endométriose. D'ici à la fin 2019, des filières rassemblant des spécialistes de l'endométriose devraient être créées sur l'ensemble du territoire. « *Pour éviter les parcours de soins erratiques et renforcer l'égal accès aux soins [...], chaque région doit identifier sa filière endométriose regroupant l'ensemble des professionnels (de ville comme hospitaliers, médecins généralistes, gynécologues, chirurgiens, sages-femmes, psychologues, etc.) et associations de patientes ayant l'expertise de cette pathologie* », précise le ministère. Le plan prévoit également la recherche des signes de la maladie dans les nouvelles consultations obligatoires du calendrier du suivi médical de l'enfant et de l'adolescent (à 11-13 ans et 15-16 ans pour les filles) et dans celles dédiées à la santé sexuelle des jeunes filles (entre 15 et 18 ans). Enfin, la formation initiale et continue sur les signes d'alerte, le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose devrait être renforcée pour les professionnels de santé concernés (généralistes, gynécologues, sages-femmes).

EndoFrance

Association française de lutte contre l'endométriose

Soutenir • Informer • Agir

L'Association française de lutte contre l'endométriose EndoFrance soutient les femmes touchées par l'endométriose ainsi que leur entourage. Elle organise depuis plus de 10 ans des actions de soutien et d'information à destination du grand public et des patientes afin d'informer sur l'endométriose. Elle agit aussi auprès des pouvoirs publics pour la reconnaissance de la maladie.

Il s'agit de la première association de lutte contre l'endométriose. En octobre 2018, EndoFrance a obtenu l'agrément national des associations des usagers du système de santé délivré par le Ministère de la santé. A ce titre, elle porte la voix des malades dans les instances ministérielles et commissions hospitalières.

Pour en savoir plus : **www.endofrance.org**

CCMO MUTUELLE 6 AVENUE DU BEAUVAISIS, PAE DU HAUT-VILLÉ, CS 50993, 60014 BEAUVAIS CEDEX
MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ – N° 780 508 073.

LES BIENFAITS DE LA MARCHE RAPIDE

USER SES BASKETS SUR LE BITUME OU SUR LES CHEMINS DE RANDONNÉE EST AUSSI BÉNÉFIQUE POUR LE CORPS QUE POUR L'ESPRIT. VÉRITABLE ACTIVITÉ PHYSIQUE D'ENDURANCE, LA MARCHE RAPIDE EST ACCESSIBLE À TOUS ET PEUT ÊTRE PRATIQUÉE PARTOUT.

La marche rapide, également appelée marche active ou marche sportive, est un exercice qui procure de nombreux bienfaits à condition de mettre un pas devant l'autre à un rythme soutenu. La marche rapide ne nécessite pas de gestuelle ou de technique spécifique comme c'est le cas pour sa version athlétique, la marche nordique. « *La marche rapide provoque moins de chocs que la course à pied. C'est pourquoi elle est ouverte à tous, sans limite d'âge. Le groupe s'adapte au rythme de chacun.* », précise David Legrand, coach de marche nordique et de course à pied dans l'Oise et le Val d'Oise.

De nombreux avantages

Souvent mésestimée, la marche rapide mobilise pourtant tout le corps : pieds, mollets, jambes, fesses, hanches, ventre, bras… Elle sollicite également le cœur, renforçant ainsi le système cardio-vasculaire. Cette pratique rend plus résistant à l'effort ; les marcheurs sont en effet plus endurants et moins essoufflés dans leur vie quotidienne. Ils constatent aussi un résultat bénéfique sur leur moral : l'activité physique libérant des substances chimiques telles que les endorphines, elle favorise la détente et atténue les douleurs légères. « *Il ne faut pas sous-estimer le bénéfice moral et social de la marche active,* explique D. Legrand. *L'esprit de groupe est un atout primordial dans cette activité. Les pratiquants se sentent mieux après une séance, parce qu'ils ont partagé quelque chose avec d'autres et parce qu'ils sentent que le groupe est là pour eux.* »

David Legrand
Coach de marche nordique

Enfin, l'exposition à la lumière du soleil combinée à une respiration accélérée optimisant l'oxygénation réduit efficacement le stress tout en libérant le mental. « *Nombreuses sont les personnes actives qui s'exercent à la marche sportive. Ils évacuent le stress du quotidien, et beaucoup estiment que l'activité stimule leur créativité.* », ajoute le coach.

Bien pratiquer

Pour profiter de ces atouts, il est recommandé de pratiquer la marche rapide pendant vingt à trente minutes, trois fois par semaine. La régularité de l'exercice physique est toujours plus payante que son intensité. Côté équipement, mieux vaut choisir des chaussures de running adaptées et confortables. Pour s'échauffer, le marcheur peut débuter par une allure normale pendant cinq minutes avant d'accélérer et de soutenir le rythme, sans courir. « *Il faut échauffer tous les membres du corps avant de débuter la marche, et surtout, garder une aisance respiratoire* » conseille D. Legrand. La respiration doit être profonde et rythmée et le corps relâché au maximum. La meilleure technique de marche consiste à poser le talon en premier puis à dérouler le pied vers la pointe. En fin de séance, il est conseillé de boire beaucoup d'eau et de s'étirer pour limiter les courbatures.

D'après Benoît Saint-Sever

LES **3 CONSEILS** DU COACH

- **Bien s'échauffer** en début de séance
- **Accélérer** le rythme **progressivement** en veillant à maintenir une aisance cardiaque tout le long
- **Boire et s'étirer** après chaque séance

BIEN VIVRE EN RÉSIDENCE SERVICES SENIORS

ON COMPTE AUJOURD'HUI PLUS DE 700 RÉSIDENCES SERVICES SENIORS EN FRANCE. ADAPTÉES AUX ENJEUX DU BIEN VIEILLIR, LE CONCEPT SÉDUIT DE PLUS EN PLUS DE PERSONNES ÂGÉES À LA RECHERCHE D'INDÉPENDANCE, DE LIEN SOCIAL ET DE SÉCURITÉ.

Un domicile adapté et sécurisé

Au sein des résidences services seniors, les logements proposés sont adaptés aux personnes à mobilité réduite : largeur des portes, barres de maintien, douches adaptées, volets électriques, etc. La sécurité, première préoccupation des résidents et de leurs proches est également assurée. Une équipe est présente 24h sur 24 et peut intervenir rapidement en cas de nécessité. De même, des dispositifs spéciaux sont mis en place, comme des médaillons, qui peuvent être activés jour et nuit par les résidents pour alerter le personnel ou les secours. « *Avant, j'habitais au 3ème étage sans ascenseur ! Ce n'était pas très raisonnable...* témoigne Simone, résidente de la résidence services seniors Novage à Amiens. *J'ai eu d'abord l'idée d'aller dans un foyer-logement, j'en ai visité plusieurs. Et puis ma petite fille a entendu parler de Novage qui était alors en construction. Ça a été un vrai coup de chance ! Ici, je suis comme dans un immeuble ordinaire, ce n'est pas médicalisé. On est des locataires, on est chez soi, mais on sent un œil bienveillant qui veille sur nous.* ».

1/3
DES PERSONNES ÂGÉES SONT EN SITUATION D'ISOLEMENT RELATIONNEL*

La vie en communauté

Construites le plus souvent en centre-ville, ou facilement accessibles, les résidences avec services pour personnes âgées favorisent les échanges entre résidents. Des animations sont organisées et les repas peuvent être pris en commun. Autant de moments de convivialité qui permettent de tisser des liens. « *Avec le temps, je n'avais plus envie de me faire à manger, je me sentais seule. Ici, il n'y a jamais un mot plus haut que l'autre. Et on s'appelle par nos prénoms, on les retient mieux !* » confie Simone. Les équipes sont également disponibles pour aider les résidents dans toutes leurs démarches administratives ou de santé. Dans certaines structures, des partenariats sont même noués avec des professionnels de santé pour faciliter l'accès aux soins des habitants.

Le maintien de l'autonomie

9 FRANÇAIS SUR 10 ESTIMENT QUE LE MAINTIEN À DOMICILE EST UNE BONNE SOLUTION FACE AU PROBLÈME DE DÉPENDANCE LIÉ À L'ÂGE

Les résidences services senior sont la solution adéquate pour les seniors autonomes. Elles sont à mi-chemin entre le domicile et les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui hébergent des personnes dépendantes dans un environnement médicalisé. Les résidents sont encadrés par une équipe spécialisée tout en disposant de leur propre logement. Enfin, qu'elles soient situées en centre-ville ou plus à l'écart, la plupart des résidences favorisent la mobilité grâce à des systèmes de navette ou des partenariats avec des sociétés de transport.

« *A la résidence, nous prenons soins les uns des autres : nous accueillons les nouveaux locataires avec un sourire et des paroles rassurantes, pour qu'ils intègrent la grande famille que nous formons* », conclut Simone.

En savoir plus sur la résidence services à Amiens : **www.novage.fr**

Chloé Monteil

* Selon l'étude « Les Solitudes » en France réalisée en 2014.

VOYAGE EN EUROPE :

QUELLES DÉMARCHES ENTREPRENDRE POUR VOTRE COUVERTURE SANTÉ ?

VOUS PARTEZ BIENTÔT DANS UN PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (UE) ? VOICI LES DÉMARCHES SANTÉ À ENTREPRENDRE AVANT DE BOUCLER VOTRE VALISE !

Demandez votre carte européenne d'assurance maladie

En cas de maladie dans un état européen, vous pouvez être pris en charge par l'organisme de Sécurité sociale local et bénéficier des mêmes droits que les assurés du pays concerné grâce la carte européenne d'assurance maladie (CEAM)*. Ce document atteste de vos droits à l'assurance maladie française et vous permet d'être couvert médicalement selon la loi en vigueur sur place. Son obtention se fait auprès de votre caisse primaire d'assurance maladie au moins quinze jours avant le départ. Il est possible de bénéficier d'un certificat provisoire en remplacement de la CEAM, si votre demande n'a pas été effectuée à temps. Sans ces documents, vous devrez avancer les frais médicaux et demander un remboursement lors de votre retour en France.

Checklist avant le départ

Renseignez-vous sur la couverture santé du pays dans lequel vous vous rendez : les frais médicaux et les remboursements peuvent être différents de ceux pratiqués en France. En fonction, il est conseillé d'adhérer à un contrat d'assurance ou d'assistance pour limiter les coûts. N'oubliez pas également de prendre avec vous votre carnet de santé et votre carte vitale et de vérifier que vous êtes à jour des vaccins obligatoires et des vaccins recommandés. Si vous prenez un traitement médical, par sécurité, une ordonnance en dénomination commune internationale (DCI) pourra vous être délivrée. Le nom de la substance active de votre médicament y sera inscrit de manière déchiffrable dans toutes les langues, pour que les professionnels de santé puissent vous délivrer le bon remède en cas de besoin.

* La CEAM est également utilisable en Suisse, au Liechtenstein, en Islande et en Norvège, même si ces pays ne font pas partie de l'UE.

ALIMENTATION

LE MELON : L'INCONTOURNABLE DE L'ÉTÉ !

IL FAIT PARTIE DES FRUITS ET LÉGUMES D'ÉTÉ PRÉFÉRÉS DES FRANÇAIS. PRÉSENT DÈS LES BEAUX JOURS SUR LES ÉTALS DES MARCHÉS, LE MELON PARFUME NOS PANIERS. EN ENTRÉE OU EN DESSERT, IL SE DÉGUSTE SANS MODÉRATION : RAFRAÎCHISSANT ET SUCRÉ, IL EST ÉGALEMENT BON POUR LA SANTÉ !

Un peu d'histoire

Cultivé en Egypte cinq siècles avant notre ère, le melon est une plante cucurbitacée, comme la courgette et le concombre. À l'époque il était petit, peu sucré et se dégustait comme un légume. Au fil des siècles, il s'est transformé pour devenir l'un des fruits les plus prisés en été. Aujourd'hui, il est autant apprécié dans des plats salés que sucrés, d'où son appellation de légume-fruit.

Le melon est particulièrement rafraîchissant du fait de son importante teneur en eau (90%).

Peu calorique, son atout principal est sa richesse en bêta-carotène. Son pouvoir antioxydant serait bénéfique pour la vision et un allié pour la peau. Il la protège et favorise le bronzage.

Comment bien le choisir ?

Préférez un melon dont le pédoncule (queue du fruit) commence à se détacher, signe de sa maturité. Il doit être lourd et sentir bon, particulièrement autour du pédoncule.

PARRAINAGE

J'AIME ! MA MUTUELLE ET JE LE DIS

RECEVEZ

jusqu'à **40€**

en parrainant un proche.

9 adhérents sur 10 nous recommandent

89% des adhérents satisfaits[1]

POUR LE PARRAIN

1ER PARRAINAGE =	2ÈME PARRAINAGE =	3ÈME PARRAINAGE ET LES SUIVANTS =
1 chèque cadeau de **20 €**	1 chèque cadeau de **30 €**	1 chèque cadeau de **40 €**

POUR LE FILLEUL

La **GARANTIE IMMÉDIATE !**

www.ccmo.fr

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

Plus d'informations : 03 44 06 90 00

[1] Baromètre de satisfaction 2019 réalisé par le cabinet d'étude Init auprès d'un panel représentatif d'environ 400 adhérents. INIT 2 rue Antoine Etex 94000 CRETEIL–France Société par Actions Simplifiée au capital de 100 000 € N°SIREN : 401 935 853

* Extrait du règlement: Le parrainage est ouvert à toutes les personnes physiques majeures et adhérentes à CCMO Mutuelle, à l'exclusion des membres du personnel et des administrateurs de la CCMO; des adhérents qui ont adhéré à la CCMO par le biais d'un intermédiaire d'assurance (courtier, mandataire, etc.); des adhérents qui utiliseraient leur activité professionnelle pour participer à cette opération. Pour bénéficier de cette offre, le parrain doit communiquer à CCMO Mutuelle les coordonnées complètes de son (ou sa) filleul(e) (hors conjoint bénéficiaire et enfant bénéficiaire, ayants droit de son contrat complémentaire santé) avant le 31/01/2020. Le (ou la) filleul(e) doit impérativement adhérer à un produit de complémentaire santé assuré et distribué par CCMO Mutuelle à titre individuel (particulier et travailleur non salarié) avant le 01/02/2020. Sera réputé(e) «filleul(e)» l'assuré principal signataire du contrat individuel et non chacun des ayants droit du contrat. Le prix consiste en l'attribution au parrain (adhérent assuré principal du contrat) d'un chèque cadeau dont le montant évolue en fonction du nombre de personnes parrainées: 1 filleul = 20 €; 2 filleuls = 30 €; 3 filleuls et plus = 40 € (montant maximum alloué à l'adhérent principal). Si le (ou la) filleul(e) adhère à un contrat individuel, grâce auquel il bénéficie de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS), le parrain ne pourra pas recevoir le prix. Pour le (ou la) filleul(e), la garantie sera immédiate (par dérogation aux dispositions du Règlement Mutualiste santé instituant des délais de carence). Offre cumulable avec les offres promotionnelles en cours. Tout participant accepte le règlement complet déposé chez la SCP FOUGERON-GAUTHIER, Huissiers de Justice Associés, 26 Avenue Salvador Allende à Beauvais et disponible gratuitement sur simple demande auprès de CCMO Mutuelle. Mutuelle soumise au Livre II du Code de la mutualité n°780 508 073. CCMO Mutuelle, 6 avenue du Beauvaisis – PAE du Haut Villé – CS 50993 – 60014 Beauvais Cedex. Document non contractuel.

MUTUALITÉ FRANÇAISE

CCMO MUTUELLE SANTÉ PRÉVOYANCE

L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

PARIS CPCE

P4

LA POSTE

DISPENSE DE TIMBRAGE