

LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Sommaire

A - QUESTIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LE RAC0 / 100 % SANTÉ	3
Q : C'est quoi le 100 % Santé ?	3
Q : Quelle est la différence entre RAC0 et 100 % Santé ?	3
Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins ?	3
Q : RAC nul – RAC maîtrisé – honoraires libres... quelles différences ?	4
Q : Le 100 % Santé ne concerne-t-il que les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé ? Pas de complémentaire, pas de 100 % santé ?	4
Q : Pourquoi s'interroge-t-on sur les contrats responsables et leur pertinence ? Quel est le rapport avec le 100 % Santé ?	4
Q : Risque-t-on une sortie des contrats responsables ou de proposer des règlements hors contrat responsable ?	5
Q : Comment est financé le 100 % Santé ?	5
B - QUESTIONS SUR LES COTISATIONS	6
Q : Faut-il craindre une augmentation brutale des cotisations dues à la mise en place du 100 % Santé et quand ?	6
Q : Le gouvernement a déclaré qu'il n'y aurait pas d'augmentation des complémentaires en 2019 due au 100 % Santé. Mais beaucoup d'adhérents s'étonnent de voir leur cotisation 2019 augmentée ; quels sont les éléments de réponse ?	6
Q : Quels sont les grands jalons de la mise en place du 100 % Santé ?	7
Q : Quels sont les éléments du 100 % Santé qui vont peser sur la cotisation des adhérents MNT à la suite de la mise en place du 100 % Santé ?	7
Q : Comment l'augmentation de la base de remboursement de la sécurité sociale impacte-t-elle mécaniquement les dépenses des complémentaires, et donc une hausse de la cotisation à la complémentaire santé ?	8
Q : Je ne porte pas de lunettes, mes dents sont en bonne santé, vais-je être obligé de prendre quand même un niveau de garantie dont je n'ai pas besoin ?	8
C - QUESTIONS SUR LA MISE EN OEUVRE DU 100 % SANTÉ A LA MNT	9
Q : Face aux « nécessaires augmentations » de cotisation, quelle est la position de la MNT ?	9
Q : Pour la MNT, quel est le rapport entre le pouvoir d'achat et le 100 % Santé ?	9
Q : Quels sont les impacts opérationnels de la mise en place du 100 % Santé pour la MNT ?	10
Q : Que peut-on répondre aux adhérents qui s'inquiètent des impacts du 100 % Santé sur leurs cotisations ?	10
Q : Pourquoi la MNT ne met-elle pas en place le reste à charge zéro dès 2019 ?	11



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



D – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DU DENTAIRE _____ 12

- Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins dentaire ? _____ 12
- Q : Quand pourrais-je bénéficier du reste à charge zéro sur mes soins dentaires ? _____ 12
- Q : Quels changements s'opèrent au 1^{er} avril 2019 ? _____ 12
- Q : Pourquoi mon devis de frais dentaire n'est plus valable depuis le 1^{er} avril 2019 ? _____ 13
- Q : Comment les tarifs de mon dentiste seront-ils fixés à partir de 2020 ? _____ 13
- Q : Qu'est-ce qui change au 1^{er} janvier 2020 ? _____ 13
- Q : Quels critères peuvent déterminer le choix du matériau à utiliser ? _____ 13
- Q : Quel(s) devis doit me présenter mon dentiste ? _____ 14
- Q : A partir de quel âge la prévention est-elle organisée ? Est-elle obligatoire ? _____ 14
- Q : Qu'est-il prévu en termes de prévention pour améliorer l'accès aux soins ? _____ 14

E – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DE L'OPTIQUE _____ 15

- Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins optique ? _____ 15
- Q : Mes lunettes peuvent-elles être intégralement remboursées ? _____ 15
- Q : Ai-je la liberté de choisir mon équipement ? _____ 15
- Q : Quels sont les prix limite de vente (panier A) ? _____ 16
- Q : Quel devis doit m'être présenté par l'opticien ? _____ 16
- Q : Quand est-il possible de renouveler ses lunettes ? _____ 16
- Q : Dans quels cas je peux bénéficier d'un renouvellement anticipé ? _____ 16
- Q : Comment se déroule la prévention ? _____ 17

F – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DE L'AUDITION _____ 18

- Q : Quels sont les changements opérés au 1^{er} janvier 2019 ? _____ 18
- Q : C'est quoi la classe I et la classe II ? _____ 18
- Q : Quand pourrais-je bénéficier du zéro reste à charge sur mes aides auditives ? _____ 18
- Q : Quelles sont les caractéristiques techniques minimales ? _____ 19
- Q : J'ai des besoins spécifiques : des options existent-elles sur les aides auditives ? _____ 19
- Q : Comment se fait le premier appareillage et le suivi de mon équipement ? _____ 20
- Q : Est-ce que je peux bénéficier d'un essai ? _____ 20
- Q : Quand est-ce que je peux renouveler mon équipement ? _____ 20
- Q : Quelles garanties ai-je sur mes aides auditives ? _____ 21
- Q : Pourquoi la prévention a-t-elle été renforcée et comment ? _____ 21





A - QUESTIONS GÉNÉRALES SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ET LE RAC0 / 100 % SANTÉ

Q : C'est quoi le 100 % Santé ?

> R : Le 100 % Santé est une réforme majeure pour améliorer l'accès aux soins de qualité en optique, audiologie et dentaire. Il prévoit l'accès à des paniers de soins intégralement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et les complémentaires. Les textes réglementaires stipulent précisément les niveaux de qualité de soins et d'équipements à respecter dans le 100 % Santé, ainsi que les tarifs à pratiquer. Pour les complémentaires, le 100 % Santé s'inscrit dans les obligations au titre des contrats responsables.

Q : Quelle est la différence entre RAC0 et 100 % Santé ?

> R : Il s'agit de la même chose. Le RAC0 (reste à charge zéro) est la première appellation de ce nouveau système. Le RAC0 a été rebaptisé 100% Santé en juin 2018 après la signature des accords avec les représentant des professionnels de santé. A ce jour, les deux appellations cohabitent.

Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins ?

> R : Un panier de soins est un ensemble de soins et d'équipements dont les caractéristiques sont décrites précisément en termes de prestations, de niveaux de qualité et de tarifs. Les paniers de soins du 100 % santé concernent trois domaines : audiologie, optique, dentaire.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : RAC nul – RAC maîtrisé – honoraires libres... quelles différences ?

> R : Le 100 % Santé prévoit trois types de panier :

1. 100 % Santé, dont les caractéristiques permettent un remboursement intégral
2. « maîtrisé », dans lequel les tarifs des professionnels de santé ont été plafonnés
3. « libre », dans lequel les soins et prestations ne répondent pas à des spécifications conditionnelles en terme de prise en charge.

Q : Le 100 % Santé ne concerne-t-il que les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé ? Pas de complémentaire, pas de 100 % santé ?

> R : Deux conditions effectivement pour accéder au 100 % Santé : d'une part être couvert par un contrat de complémentaire santé ; d'autre part que ce contrat soit dit '**responsable**'.

Aujourd'hui, 5 % de la population française n'est pas couverte par un contrat de complémentaire santé, pourcentage montant à 12 % parmi les plus pauvres. Ces personnes ne pourront donc pas bénéficier du 100 % santé. Enfin, rappelons que les personnes ne pouvant accéder à une complémentaire santé en raison de leurs revenus particulièrement bas, peuvent demander à bénéficier de la CMU-C dont le dispositif est également revu (fusion avec l'ACS).

Q : Pourquoi s'interroge-t-on sur les contrats responsables et leur pertinence ? Quel est le rapport avec le 100 % Santé ?

> R : La réforme 100 % Santé s'inscrit obligatoirement dans le cadre des contrats dits 'responsables'. Toutefois, la réforme a laissé peu de marge aux mutuelles, et donc aux adhérents, de décider ce qu'il est préférable de mettre en place. Nous constatons que le 100 % Santé ne tient pas toujours compte des personnes aux revenus les plus modestes ; certes, elles vont avoir accès à des équipements totalement pris en charge, mais risquent de devoir payer en contre-partie une cotisation plus élevée.

En effet, les paniers de soins 100 % Santé imposent un niveau de qualité des équipements élevés et même parfois supérieur à ce que les personnes utilisent habituellement. C'est le cas notamment pour les lunettes, pour lesquelles le panier de soins prévoit des verres de haute qualité, traités anti-reflet, alors même que ce traitement n'est pas systématiquement adapté à la correction des porteurs de lunettes.

Certes, il reste possible de souscrire des contrats 'non responsables' qui ne sont pas soumis à ces paniers de soins. Mais dans ce cas, la fiscalité change : les contrats 'non responsables' sont taxés à hauteur de 14 %, alors que les contrats 'responsables' le sont à hauteur de 7 %...

LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Risque-t-on une sortie des contrats responsables ou de proposer des règlements hors contrat responsable ?

> R : Dans l'environnement territorial, rappelons que seuls les contrats responsables peuvent permettre la participation financière des employeurs territoriaux à la cotisation santé de leurs agents. Une telle décision ne peut être prise sans des simulations et des analyses préalables approfondies, ce que nous menons actuellement. La décision finale relèvera du choix de nos élus et nous serons fixés à l'Assemblée générale de juin 2019.

Pour les agents à faibles revenus et qui n'ont besoin ni de lunettes, ni de soins dentaires, ni d'aides auditives, la question peut effectivement se poser de proposer, ou pas, des garanties soumises aux contraintes des contrats responsables. Ce point est à l'étude et la décision relève des élus MNT lors de l'Assemblée générale de juin 2019.

Q : Comment est financé le 100 % Santé ?

> R : Le financement du 100 % Santé est assuré par un triple effort :

1. Un effort tarifaire de la part des professionnels de santé qui s'engagent à pratiquer les tarifs maximums fixés ;
2. Un effort de remboursement de la part de l'assurance maladie obligatoire qui s'engage à augmenter ses remboursements pour les actes du panier 100 % santé ;
3. Un effort de prise en charge par les complémentaires santé pour lesquelles les obligations de prises en charge des actes du panier 100 % santé sont fixées par les contrats responsables ; à signaler toutefois : un impact potentiel sur les cotisations en raison des nouveaux niveaux de prise en charge.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



B - QUESTIONS SUR LES COTISATIONS

Q : Faut-il craindre une augmentation brutale des cotisations dues à la mise en place du 100 % Santé et quand ?

> R : Le dispositif 100 % Santé commence à se mettre en place en 2019 et se fera progressivement jusqu'au 1^{er} janvier 2021. Pour les complémentaires santé, les obligations de prises en charge changent à compter du 1^{er} janvier 2020. En 2019, les changements n'entraînent aucune modification des garanties de la MNT. Les modifications à apporter à nos garanties et leur impact potentiel sur le montant des cotisations à compter du 1^{er} janvier 2020 sont actuellement à l'étude et seront présentées à l'AG de 2019.

Q : Le gouvernement a déclaré qu'il n'y aurait pas d'augmentation des complémentaires en 2019 due au 100 % Santé. Mais beaucoup d'adhérents s'étonnent de voir leur cotisation 2019 augmentée ; quels sont les éléments de réponse ?

> R : Il y a effectivement des confusions à ce sujet. Il faut distinguer les augmentations liées aux activités récurrentes et celles qui liées à la mise en place du 100 % Santé. A la MNT, il y aura, en 2019, 0 % d'augmentation liée à la mise en place du 100 % Santé.

1. Pour 2019, la MNT applique, comme chaque année, une augmentation liée à la croissance du coût des dépenses de santé. Pour rester à l'équilibre, la MNT, comme toutes les complémentaires, doit répercuter ces augmentations sur le montant des cotisations. Ces augmentations sont en moyenne de l'ordre de 2 % à 4 %. Pour rappel, les augmentations de cotisations sont généralement décidées pour l'année suivante au moment de l'Assemblée générale qui se tient en juin, et réajustées, si nécessaire et dans une mesure très contrainte, au moment du PLFSS en novembre-décembre.
2. Elles peuvent aussi augmenter parce que le poids des taxes est de plus en plus important. La fiscalité pesant sur les complémentaires, qui était de 2,5 % en 2008, est passée à 13,5 % en 2012...
3. Les frais de gestion qui sont pointés par le gouvernement ou les médias ne sont pas en cause. A la MNT, ils sont de plus en plus maîtrisés, et sont passés en-dessous de la barre des 20 % habituellement constatés sur le marché des complémentaires.

Lors de l'Assemblée générale de juin 2019, les délégués des adhérents décideront dans quelle mesure il faut augmenter les cotisations pour absorber les coûts liés au 100 % Santé.

Une chose est certaine : cette décision sera prise de façon à protéger l'accès de tous à la santé, et dans une logique de respect du pouvoir d'achat.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quels sont les grands jalons de la mise en place du 100 % Santé ?

> R : 3 grands jalons :

1. En janvier et avril 2019, les tarifs des aides auditives et des prothèses dentaires subissent un premier plafonnement accompagné d'une revalorisation des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.
2. A compter du 1^{er} janvier 2020, la prise en charge intégrale du panier de soins en optique et d'une partie du panier de soins dentaire (14 actes de prothèses dentaires fixes) prendra pleinement effet pour les adhérents.
3. La mise en place se poursuivra au 1^{er} janvier 2021 avec la prise en charge intégrale des aides auditives et de l'autre partie du panier de soins dentaires (47 actes de prothèses dentaires amovibles).

Q : Quels sont les éléments du 100 % Santé qui vont peser sur la cotisation des adhérents MNT à la suite de la mise en place du 100 % Santé ?

> R : contrairement à ce que beaucoup pensent, ou souhaitent laisser penser, les mutuelles n'ont pas d'autres ressources que celles de leurs adhérents. Quand il nous est demandé de dépenser plus d'argent, alors ce sont les adhérents qui doivent mettre la main à la poche. Les professionnels de santé, et c'est la bonne nouvelle, ont revu leurs tarifs à la baisse, suite aux négociations avec l'assurance maladie pour préparer la mise en place du 100 % Santé. Mais ce n'est pas pour autant que la MNT sera en capacité de faire baisser les cotisations des adhérents et ce, principalement pour trois raisons :

1. Augmentation des niveaux de remboursements : jusqu'alors, les niveaux de remboursements étaient progressifs en fonction du niveau de garantie souscrit. Pour une couronne céramo-métallique, par exemple, les adhérents ayant souscrit une garantie MNT Santé 1 étaient remboursés à hauteur de 60 €, et ceux ayant souscrit une garantie MNT Santé 6 étaient remboursés à hauteur de 388 €. Désormais, quel que soit le niveau de garantie souscrit, les adhérents bénéficieront du reste à charge zéro, et du remboursement de leur couronne céramo-métallique sur dents visibles à hauteur de 416 €. La MNT va donc devoir augmenter les niveaux de remboursements pour l'ensemble de ces adhérents.
2. Risque d'augmentation de la consommation de soins : les paniers de soins du 100 % santé mis en place sur des secteurs où le renoncement aux soins est fort présent, pourraient créer un effet d'aubaine pour les adhérents qui ne pouvaient pas se permettre de s'équiper auparavant pour des raisons financières. La MNT pourrait avoir à faire face à une augmentation importante des dépenses de santé de ces adhérents.
3. Spécificité des adhérents couverts par la MNT : autre facteur pouvant aggraver l'augmentation des dépenses de soins à la MNT : le fort pourcentage d'adhérents ayant plus de 60 ans, et qui consomment en moyenne plus de soins et d'équipements de santé.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Comment l'augmentation de la base de remboursement de la sécurité sociale impacte-t-elle mécaniquement les dépenses des complémentaires, et donc une hausse de la cotisation à la complémentaire santé ?

> R : Pour chaque acte remboursable, la sécurité sociale fixe une base de remboursement. Le remboursement effectif aux assurés sociaux varie en fonction du taux de prise en charge. Pour une couronne dentaire, par exemple, la sécurité sociale rembourse 70 % de la base de remboursement (107,50 €) soit un remboursement effectivement de 75,25 €.

La part restant à charge de l'assuré, appelé le « ticket modérateur », est pris en charge par les complémentaires santé. L'augmentation de la base de remboursement entraîne donc mécaniquement une augmentation du ticket modérateur remboursé par les complémentaires. Cette hausse de remboursement est répercutée sur les cotisations.

Q : Je ne porte pas de lunettes, mes dents sont en bonne santé, vais-je être obligé de prendre quand même un niveau de garantie dont je n'ai pas besoin ?

> R : Non, les adhérents MNT ne seront pas obligés de prendre des garanties qui ne correspondent pas à leurs besoins. Ils gardent leur liberté de choix pour bénéficier d'une complémentaire santé qui leur convient.

La MNT a toujours privilégié des solutions justes, bien adaptées aux besoins pour que chacun soit protégé au bon niveau, ni trop couvert, ni pas assez, pour un tarif bien ajusté. Lorsque tout le système de santé (régime obligatoire + professionnels de santé + réseaux de soins + complémentaires santé) basculera dans le dispositif du 100 % Santé, les adhérents MNT auront la liberté de choisir le couple couverture / tarif qui leur convient : soit garder le même contrat, soit revoir les garanties à la hausse ou à la baisse.

Pour ajuster, si nécessaire, leurs garanties, les adhérents pourront en faire la demande auprès de leur agence MNT dès le mois de septembre 2019 pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2020.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



C - QUESTIONS SUR LA MISE EN OEUVRE DU 100 % SANTÉ A LA MNT

Q : Face aux « nécessaires augmentations » de cotisation, quelle est la position de la MNT ?

> R : La MNT n'a pas attendu la réforme du 100 % Santé pour mettre à dispositions de ses adhérents des services leur permettant d'avoir accès à des équipements de qualité tout en maîtrisant leurs restes à charge. Les adhérents MNT ont accès :

1. à des réseaux de soins (dont Optistya et Audistya) qui leur permettent d'avoir accès à des tarifs négociés avec les professionnels de santé, et de bénéficier de la dispense d'avance de frais (tiers-payant) ;
2. à un service d'analyse de devis et à des conseils d'expert gratuits auprès de la plateforme Ligne claire qui leur permettent de connaître précisément le montant de leurs restes à charge.

La MNT pratique par ailleurs une politique pour les bas revenus avec un fonds d'intervention sociale finançant des minorations de cotisation et des aides exceptionnelles (notamment pour aider les adhérents ayant des restes à charge importants dans le cadre de pathologies lourdes).

Q : Pour la MNT, quel est le rapport entre le pouvoir d'achat et le 100 % Santé ?

> R : le 100 % Santé est une réforme du système de santé visant à généraliser l'accès à des soins de qualité, pour tous, et ce, quels que soient leurs revenus, du moment que les patients ont souscrit une complémentaire santé. Il permet de lutter contre le renoncement aux soins pour des raisons budgétaires, ce qui concerne 60 % des Français au cours des cinq dernières années. Les domaines où les restes à charge enregistrés étaient les plus importants sont le dentaire (43 % de reste à charge en moyenne), l'optique (22 %) et l'audiologie (53 %).

Toutefois, pour la MNT comme pour la FNMF, c'est l'absence de réforme qui pesait jusqu'alors sur le pouvoir d'achat des Français. C'est pourquoi la MNT avait déjà mis en place (bien avant la réforme du 100 % Santé) des réseaux de soins et un dispositif d'analyse de devis permettant de réduire les coûts au minimum, voire d'offrir un reste à charge 0 à ses adhérents.

Et pour lutter contre le pouvoir d'achat qui continue à diminuer, la MNT va plus loin et s'engage auprès des populations les plus fragilisées et précaires. Son fonds d'intervention sociales de 6 millions d'euros permet de mettre en place un système de minorations de cotisations et de secours exceptionnels.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quels sont les impacts opérationnels de la mise en place du 100 % Santé pour la MNT ?

> R : La mise en place du 100 % santé va impacter l'ensemble des contrats en portefeuille (RM, conventions, contrats collectifs), les outils et les règles de gestion.

1. Impacts sur les contrats : le 100 % Santé impose une mise en conformité du règlement mutualiste et des tableaux de garanties afin de répondre aux engagements de lisibilité d'une part (adaptation des libellés et des expressions de garanties) ainsi qu'aux nouvelles obligations de prises en charge (niveaux et conditions de prises en charge).

2. Impacts sur les outils : La DDSI sera fortement sollicitée pour paramétrer les nouveaux codes actes et les nouvelles garanties MNT lorsqu'elles auront été adaptées au nouveau cahier des charges des contrats responsables.

3. Impacts sur la gestion : de nouvelles règles de gestion devront être mises en place lorsque les garanties auront été adaptées et afin de répondre aux nouvelles conditions de prise en charge (comme l'instauration d'une prise en charge limitée à 4 ans pour les aides auditives par exemple).

Q : Que peut-on répondre aux adhérents qui s'inquiètent des impacts du 100 % Santé sur leurs cotisations ?

> R : Réponse en 3 points : pas d'augmentation en 2019, frais de gestion maîtrisés, politique en faveur des bas revenus.

1. En 2019, il n'y aura bien sûr aucune augmentation de la cotisation du fait de la mise en place du 100% Santé. D'ailleurs, la MNT n'avait pas attendu le 100 % Santé pour proposer du reste à charge maîtrisé ou zéro via ses réseaux de soins.

2. La MNT a une gestion déjà très rigoureuse de l'argent qui lui est confié par ses adhérents ; ses frais de gestion sont inférieurs à ceux annoncés par Agnès Buzyn pour les complémentaires, soit 19,8 % et non 20 % ou 25 %. L'argument avancé par la ministre qui consisterait pour les complémentaires à financer les coûts induits par la mise en place du 100 % Santé par une économie sur leurs frais de gestion, n'est pas pertinent.

3. Par ailleurs, la MNT continue de privilégier l'accès à une santé de qualité pour tous, quels que soient les niveaux de revenus. Cette démarche est particulièrement vitale pour les agents de la Fonction publique territoriale dont le salaire moyen ne dépasse pas 1 744 € par mois chez les agents de catégorie C, voire moins pour les nombreux agents travaillant en temps non complet... La mutuelle continue dans cette logique de soutien auprès des populations les plus fragiles, notamment avec les minoration de cotisations, et veillera à toujours privilégier l'entraide intergénérationnelle et la solidarité.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Pourquoi la MNT ne met-elle pas en place le reste à charge zéro dès 2019 ?

> R : La MNT a fait le choix de prioriser le pouvoir d'achat avec l'envoi, dès le mois de juin 2019, d'un chèque solidarité à 59 000 adhérents ayant souscrit une offre d'entrée de gamme ou bénéficiant d'une minoration de solidarité sur leur cotisation. Cette initiative qui représente près de 1,2 million d'euros est voulue par les élus représentant les adhérents ; elle est financée par le fonds d'interventions sociales de la mutuelle. Par ailleurs, la notion de reste à charge maîtrisé existe depuis longtemps à la MNT. Tous les adhérents MNT peuvent déjà accéder à un reste à charge zéro, dans les réseaux MNT et en fonction des équipements qu'ils choisissent et de la couverture qu'ils ont souscrite.

À la MNT, le seul argent dont nous disposons est celui des adhérents. Chaque décision engageant l'avenir de la mutuelle, avec des dépenses potentiellement très importantes, doit être prise avec l'accord des adhérents, donc de l'assemblée générale. Comme évoqué par Alain Gianazza, Président de la mutuelle, dans le magazine des adhérents de mars 2019, la MNT accorde le temps nécessaire à la réflexion préalable et à la consultation générale :

- a. novembre 2018 – février 2019 : études poussées des actuaires MNT concernant les impacts de la réforme 100 % Santé sur les frais de la mutuelle, et propositions d'ajustement ;
- b. mars – avril 2019 : discussion de ces propositions en comités régionaux avec les représentants des adhérents ;
- c. 21 juin 2019 : soumission au vote des représentants des adhérents lors de leur assemblée générale annuelle.

Enfin, rappelons que la MNT n'a pratiqué aucune augmentation de la cotisation liée au 100 % Santé en 2019. Pour 2020, les adhérents, par le biais de leurs élus réunis lors de leur assemblée générale du 21 juin 2019, décideront de l'équilibre qu'ils souhaitent maintenir entre leur cotisation et leurs garanties en 2020.





D – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DU DENTAIRE

Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins dentaire ?

- > R : Le panier de soins dentaire est un ensemble d'actes dentaires (couronnes, bridges, etc.) pour lesquelles les caractéristiques sont décrites précisément en termes de prestations, de niveaux de qualité et de tarifs. Vous aurez le choix entre trois paniers de soins dans le dentaire à partir du 1^{er} janvier 2020 :
- le panier « 100 % Santé » vous propose un remboursement intégral (pour une partie, voir question 2)
 - le panier « maîtrisé » : les tarifs des professionnels de santé ont été plafonnés
 - le panier « libre » : les soins et prestations ne répondent pas à des spécifications conditionnelles en termes de prise en charge.

Q : Quand pourrais-je bénéficier du reste à charge zéro sur mes soins dentaires ?

- > R : Le zéro reste à charge sera mis en place en deux temps : au 1^{er} janvier 2020 pour les couronnes et les bridges et au 1^{er} janvier 2021 pour les prothèses amovibles (dentiers) en résine. Vous n'aurez alors plus aucun frais restant à votre charge pour près de la moitié des prothèses dentaires.

Q : Quels changements s'opèrent au 1^{er} avril 2019 ?

- > R : Les prix pour certains actes sont plafonnés. Une revalorisation des prix des soins dentaires (actes conservateurs et chirurgicaux) est appliquée. Une hausse ou une baisse de la base des remboursements de la Sécurité sociale est enfin mise en œuvre depuis le 1^{er} avril.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Pourquoi mon devis de frais dentaire n'est plus valable depuis le 1^{er} avril 2019 ?

> R : Le devis établi avant le 1^{er} avril ne prend pas en compte l'ensemble des changements intervenus à cette date, et notamment les nouveaux tarifs plafonnés et la revalorisation des soins. Il est donc important de demander à votre dentiste un nouveau devis tenant compte de ces changements.

En cas de doute ou de questions, n'hésitez pas à vous rendre sur adherents.mnt.fr pour faire une analyse complète de votre devis dentaire. Vous pouvez également contacter Ligne claire au 09 74 75 30 30 ou contact@ligneclaire.fr.

Q : Comment les tarifs de mon dentiste seront-ils fixés à partir de 2020 ?

> R : Pour les soins conservateurs, votre dentiste continuera de pratiquer les tarifs fixés par l'Assurance Maladie, sans facturation de dépassements d'honoraires. Pour les prothèses dentaires, votre dentiste devra respecter les honoraires limites de facturation pour les actes des « paniers 100 % » santé et « maîtrisé ». La nouvelle nomenclature est précise et doit être respectée. Elle prévoit des tarifs différents selon la localisation de la dent (incisive, canine, prémolaire, molaire) et du matériau utilisé.

Q : Qu'est-ce qui change au 1^{er} janvier 2020 ?

> R : A partir du 1^{er} janvier 2020, vous pourrez choisir librement entre les trois paniers de soins proposés selon vos besoins et vos priorités, sachant qu'une partie des soins pourront être remboursés intégralement.

Q : Quels critères peuvent déterminer le choix du matériau à utiliser ?

> R : Céramique-monolithique, céramo-métallique, alliage non précieux, céramo-céramique, céramique, résine, composite... divers matériaux vous seront proposés. Plusieurs critères vont guider votre choix : l'esthétique, la résistance, les risques d'allergie et les prix qui varient selon le type de matériau. Pour une couronne par exemple, le zircon (très résistant) va être plus cher que le céramo-métal (à proscrire en cas d'allergie au métal), deux matériaux à l'aspect naturel.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quel(s) devis doit me présenter mon dentiste ?

> R : A compter du 1^{er} janvier 2020, votre dentiste devra vous présenter plusieurs solutions thérapeutiques dont au moins une sans reste à charge, en précisant bien à chaque fois l'emplacement de la ou des dents à soigner et le matériau proposé.

Q : A partir de quel âge la prévention est-elle organisée ? Est-elle obligatoire ?

> R : Avec le programme M'T dents, les examens de dépistage et les soins qui en découlent, pris en charge à 100 %, étaient jusqu'alors prévus pour les 6-24 ans. Avec la réforme du 100 % santé, à partir de 2020, cet examen commence désormais dès l'âge de 3 ans. Il est non obligatoire mais vivement recommandé pour détecter au plus tôt les besoins de soins.

Q : Qu'est-il prévu en termes de prévention pour améliorer l'accès aux soins ?

> R : Depuis le 1^{er} avril 2019* tous les enfants et jeunes de 3 à 24 ans peuvent bénéficier d'un rendez-vous chez le dentiste au moins une fois tous les trois ans, pour un dépistage gratuit et si besoin la réalisation de soins dans les neuf mois qui suivent le rendez-vous, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Vous n'avez pas de frais à avancer, un avantage pour les familles.

La prévention dans le dentaire, ce sont aussi de nouveaux soins entièrement remboursés et la création d'un forfait de prévention remboursé avec plusieurs rendez-vous établis qui permettent aux dentistes de réaliser des soins et de donner des conseils.

*Source : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/actualites/les-premieres-mesures-de-la-convention-nationale-entrent-en-vigueur>





E – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DE L'OPTIQUE

Q : Qu'est-ce qu'un panier de soins optique ?

- > R : A partir de 2020, le panier de soins optique est l'ensemble des équipements (monture + verres) dont les caractéristiques sont décrites précisément en termes de prestations, de niveaux de qualité et de tarifs. Deux paniers sont proposés dans l'optique :
- la classe A : vous avez un remboursement à 100 %. Votre mutuelle rembourse l'intégralité de l'équipement. Les prix de vente sont limités et le choix de la monture également (17 modèles différents en deux coloris pour les adultes).
 - la classe B : vous avez un reste à charge qui varie en fonction de la garantie que vous avez souscrite auprès de votre mutuelle. Dans le cadre des contrats responsables, votre mutuelle n'a pas le droit de vous rembourser plus de 100 euros sur la monture (au lieu de 150 euros aujourd'hui). Les prix sont libres pour l'ensemble des équipements.

Q : Mes lunettes peuvent-elles être intégralement remboursées ?

- > R : Oui. A partir du 1^{er} janvier 2020, vous pourrez bénéficier de lunettes remboursées à 100 % en optant pour un équipement complet de la classe A. Jusqu'au 1^{er} janvier 2020, le remboursement de vos frais d'optique reste inchangé.

Q : Ai-je la liberté de choisir mon équipement ?

- > R : En fonction de vos priorités, à partir de 2020, vous aurez la possibilité de choisir la solution qui vous convient entre trois offres :
- le panier A 100 % santé si vous donnez la priorité à un reste à charge zéro
 - le panier B si vous voulez avoir plus de choix de montures par exemple
 - le panachage entre les équipements du panier A et ceux du panier B (verres du panier A + monture du panier B par exemple)



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quels sont les prix limite de vente (panier A) ?

> R : A partir de 2020, dans le cadre du panier A, le prix de vente de la monture est limité à 30 € pour un adulte et à 50 € pour un enfant de moins de 6 ans. Celui du verre varie de 32,50 € à 170 € en fonction de sa correction. L'offre doit intégrer des verres de qualité : traités anti-reflet, durcis et amincis.

Q : Quel devis doit m'être présenté par l'opticien ?

> R : A partir du 1^{er} janvier 2020, l'opticien devra vous remettre un devis contenant au moins une offre d'équipement 100 % santé.

Ligne claire vous propose un accompagnement et une analyse gratuite des devis d'optique, chez tous les opticiens hors réseau Optistya. Si vous avez un doute, besoin de conseils ou d'informations, n'hésitez pas à contacter Ligne claire : 09 74 75 30 30 ou contact@ligneclaire.fr.

Q : Quand est-il possible de renouveler ses lunettes ?

> R : Il est possible de renouveler ses lunettes au bout de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement complet (monture + deux verres) pour un adulte (16 ans et plus) et d'un an pour les enfants (moins de 16 ans), également après la dernière prise en charge d'un équipement. Pour les enfants de moins 16 ans, il n'y a aucun délai de renouvellement des verres en cas de dégradation des performances oculaires sur prescription médicale ophtalmologique. Pas non plus de délai de renouvellement en cas d'évolution liée à des situations médicales particulières sur prescription médicale ophtalmologique.

Q : Dans quels cas je peux bénéficier d'un renouvellement anticipé ?

> R : Vous pouvez bénéficier d'un renouvellement anticipé de vos lunettes au terme d'une période d'un an en cas de variation de la vue de 0,5 pour un verre ou 0,25 pour les deux verres.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Comment se déroule la prévention ?

> R : Les examens obligatoires périodiques, qui concernaient jusqu'alors les 0-6 ans, sont redéployés et répartis entre 0 et 18 ans. De nouvelles consultations, entièrement remboursées par la Sécurité sociale depuis mars 2019, sont créées à destination des jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Elles incluent un bilan visuel systématique.





F – QUESTIONS GÉNÉRALES DANS LE DOMAINE DE L'AUDITION

Q : Quels sont les changements opérés au 1^{er} janvier 2019 ?

- > R : Au 1^{er} janvier 2019, le reste à charge sur les audioprothèses a commencé à diminuer en raison :
- d'une baisse des prix de vente, via l'introduction d'un prix plafonné à 1300 € pour certains appareils de bon niveau. Cette baisse va se poursuivre jusqu'en 2021 : les prix plafonds seront de 1 100 € en 2020 et 950 € en 2021.
 - d'une augmentation de la base de remboursement par la Sécurité sociale, de 200 € (199,71 € précisément) en 2018 à 300 € en 2019. Elle sera de 350 € en 2020 et de 400 € en 2021.
- La réforme a créé également, au 1^{er} janvier 2019, une nouvelle nomenclature avec deux classes, au lieu de quatre permettant d'être plus en cohérence avec les évolutions technologiques.

Q : C'est quoi la classe I et la classe II ?

- > R : Depuis le 1^{er} janvier 2019, les appareils auditifs sont donc classés en deux catégories, selon leurs caractéristiques techniques.
- A partir de 2021, vous pourrez bénéficier pour :
- la classe I : de prix de vente plafonnés et du remboursement par votre mutuelle de l'intégralité de l'équipement.
 - la classe II : de prix libres pour l'ensemble des équipements. Dans le cadre des contrats responsables, la prise en charge sera au maximum de 1 700 € par oreille à appareiller (assurance maladie obligatoire + complémentaire). Vous pourrez donc avoir un reste à charge qui varie en fonction de la garantie que vous avez souscrite auprès de votre mutuelle.

Q : Quand pourrais-je bénéficier du zéro reste à charge sur mes aides auditives ?

- > R : Vous n'aurez plus de frais restants sur vos aides auditives à partir du 1^{er} janvier 2021. L'audioprothésiste devra vous proposer un devis avec au moins une offre d'aides auditives **de classe I** pour chaque oreille.
- Pour plus d'informations vous pouvez également contacter Ligne claire au 09 74 75 30 30 ou contact@ligneclaire.fr.



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quelles sont les caractéristiques techniques minimales ?

> R : Pour rappel, il existe trois types d'aides auditives, placés derrière ou dans l'oreille :

- le contour d'oreille classique (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).

Des caractéristiques techniques minimales sont requises pour ces appareils depuis le 1^{er} janvier 2019 (quelle que soit la catégorie), telles que : un système d'amplification, un réducteur de bruit, un minimum de 12 canaux de réglage permettant une amplification du son différente et un indice d'étanchéité (protection contre la pénétration de l'eau).

Q : J'ai des besoins spécifiques : des options existent-elles sur les aides auditives ?

> R : Oui. Depuis le 1^{er} janvier 2019*, des options sont proposées pour les trois types d'aides auditives, scindées dans deux listes : la liste A (par ex : système anti-acouphène, réducteur de bruit du vent, etc) et la liste B (20 canaux au moins de réglages pour une amplification du son différente, batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé pour s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles, etc). *

Un minimum d'options est défini pour chacune des s deux classes :

- classe I : minimum de trois options de la liste A
- classe II : minimum de six options de la liste A et au moins une option de la liste B.

Votre audioprothésiste doit vous fournir une explication claire pour vous aider dans le choix de votre aide auditive.

* Source : **Arrêté du 14 novembre 2018** portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Comment se fait le premier appareillage et le suivi de mon équipement ?

- > R : A partir, de 2019*, avant de vous équiper, un bilan préalable clinique et audiométrique doit être réalisé par un médecin prescripteur, ORL ou généraliste à partir de 2020s'il est attesté en otologie médicale par le collège de médecin générale, pour les adultes et les enfants de plus de six ans.
- Un suivi est ensuite organisé avec des séances de contrôle effectuées au 3ème, 6ème et 12ème mois après la délivrance de l'aide auditive, avec un bilan audiométrique. Une évaluation de l'évolution de la perte auditive et de la satisfaction est prévue à 6 mois. Après la première année, un suivi deux fois par an est recommandé avec un enregistrement des prestations de suivies via la télétransmission.

Q : Est-ce que je peux bénéficier d'un essai ?

- > R : Oui, cet essai est systématique depuis le 1^{er} janvier 2019 pour une durée d'au moins 30 jours. Il est de 30 jours à 45 jours sous conditions thérapeutiques ou en cas d'implant ou de chirurgie (une lettre informant l'audioprothésiste accompagne la prescription). Deux séances chez l'audioprothésiste (évaluation, information...) sont prévues pour chaque essai. A l'issue de la période d'adaptation probatoire, vous êtes libre de demander une nouvelle période d'adaptation probatoire avec une autre aide auditive en cas d'échec de la première. L'audioprothésiste a alors l'obligation de répondre à votre demande.

Q : Quand est-ce que je peux renouveler mon équipement ?

- > R : Le renouvellement s'effectue, depuis le 1^{er} janvier 2019* pour chaque oreille tous les quatre ans (selon la date de délivrance de l'aide auditive précédente) sur prescription médicale pour les adultes et les enfants de plus de 6 ans, et sur prescription d'un ORL pour les enfants de moins de 6 ans.

* Source : **Arrêté du 14 novembre 2018**



LA MNT VOUS EXPLIQUE LE 100 % SANTÉ



Q : Quelles garanties ai-je sur mes aides auditives ?

> R : A partir de 2019*, il y a une garantie minimale de chaque aide auditive fixée à 4 ans qui couvre au moins : le vice de forme, le défaut de fabrication et la panne survenant au cours d'un usage habituel (pièces, main d'œuvre et transport). La garantie proposée par le fabricant se poursuit même lorsque vous changez d'audioprothésiste.

Q : Pourquoi la prévention a-t-elle été renforcée et comment ?

> R : Les troubles de l'audition ne concerne pas seulement les plus âgés mais également les jeunes, en raison notamment d'une écoute trop forte de la musique que ce soit au casque ou lors de concert sans protection par exemple. C'est pourquoi la réforme s'est accompagnée d'un renforcement de la prévention des risques auditifs avec :

- des **examens obligatoires périodiques qui concernaient jusqu'alors les 0-6 ans répartis entre 0 et 18 ans.**
- **de nouvelles consultations, entièrement remboursées par la Sécurité sociale depuis mars 2019, créées à destination des jeunes de 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Elles incluent un bilan auditif.** Ces obligations attendent la parution d'un texte législatif ou réglementaire pour entrer en application.

* Source : **Arrêté du 14 novembre 2018**

