



HAUSSE DE LA CSG : +1,7 POINT BAISSE EFFECTIVE DU REVENU : -1,86% = PRIVILÈGE DES RETRAITÉS !

C'est le constat porté par la majorité d'entre nous, dès le 2 janvier en comparant le net de notre retraite complémentaire par rapport au versement précédent. C'est bien une baisse effective du pouvoir d'achat.

Nos dirigeants non seulement sont restés sourds à nos demandes de compenser cette perte de revenu :

o Par l'abandon de la cotisation de 1% d'assurance maladie prélevée sur nos retraites complémentaires que nous sommes seuls à payer,

o Par la déductibilité de notre revenu imposable d'une partie de nos cotisations de complémentaire santé, comme c'est permis pour les actifs.

• Mais ont poussé le mépris jusqu'à ne pas daigner répondre aux demandes de rencontres, pourtant courtoises et argumentées de nos représentants nationaux.

Parce qu'à peine 15 % des retraités perçoivent une pension supérieure à 2 150€ nets/mois, tous les retraités sont des nantis ! Or la moyenne de la pension nette d'un retraité français est inférieure à 1 300 € (cf le service statistique du ministère des solidarités et de la santé).

A croire que nos dirigeants préfèrent adhérer au dénigrement des retraités prôné par la Cour des Comptes plutôt que, à défaut d'entendre, au moins écouter les représentants légitimes des 16.7 millions de personnes concernées par ces mesures discriminatoires.

On voudrait voir naître un nouveau communautarisme qu'on ne s'y prendrait pas mieux !

Certes, on va par paliers vers une **exonération totale de la taxe d'habitation pour certains**, mais cet impôt « le plus injuste qui soit » continuera de concerner près d'un quart des retraités.

Nous ne sommes pas des "va-t-en-guerre".

Nous avons le temps de nous documenter pour apprécier l'état des finances de notre pays.

Nous adhérons à la volonté de nos dirigeants d'améliorer le pouvoir d'achat des plus modestes et des actifs, nous approuvons l'intention du projet de retraite universelle, mais nous dénonçons cette amputation de notre pouvoir d'achat, amputation nouvelle et cumulative depuis des années, sans espoir de « retour à meilleure fortune »... d'autant que certains envisagent même de remettre en cause des mesures spécifiques, décidées dans le passé pour compenser déjà des mesures discriminatoires prises à l'encontre des retraités :

• **L'abattement de 10%** sur le revenu imposable, baptisé à tort de réduction pour frais professionnels dont bénéficient les actifs (mesure prise par R. Barre pour compenser la perte pouvoir d'achat lors du passage de la vie active à la retraite),

• **Et aussi le taux de la CSG inférieur de 0.9%** au profit des retraités.

Alors que faire ? Il va nous falloir « réduire la voilure », au détriment de dépenses non prioritaires comme les abonnements, les dons aux associations... Mais comment réduire celles que beaucoup d'entre nous connaissent, et que nos dirigeants semblent vouloir ignorer, comme l'aide que nous apportons à nos enfants, voire à nos propres parents en tant qu'aidants ?

Il sera d'autant plus important pour nous à l'avenir d'être vigilants sur des dépenses comme la complémentaire santé, qui nous coûte 3 fois plus cher qu'aux actifs, et sur laquelle notre Fédération Nationale continue de négocier pied à pied dans notre intérêt à tous.

Albert GIRAUD

SOMMAIRE

Page 1 : Edito.

Page 2 : Comprendre un remboursement.

Page 3 : Aide à la complémentaire santé.

Page 4 : Travaux du CA, voyage de mai.

Comprendre le remboursement de soins , par la MSA et la complémentaire

Le 18 janvier, j'ai consulté mon ophtalmo (rdv pris début septembre), pour un « contrôle technique », mes lunettes n'étant plus aussi performantes qu'en 2013, date de leur mise en service.

J'ai payé 45 € ; pour avoir vu sur internet que la base de remboursement d'une consultation chez un ophtalmologiste était de 28 € et cotisant à Mutualia F 150 pour ma complémentaire santé, j'avais tenu le raisonnement suivant : j'en serai de ma poche pour 3 €, c'est acceptable ! **Remboursement escompté : 28 € x 150% = 42 € (93.3% de 45€).**

Oh surprise !, le 23/01 je ne suis remboursé que de **27,40€ !!** Le décompte que je consulte sur mon espace personnel créé sur le site de la MSA m'apprends plusieurs choses:

Ce qui est clair :

- J'ai payé 45 € !
- Taux de remboursement de 70 % par la MSA : c'est d'accord = 16,10€
- Retenues de 1.50 € : c'est le total des retenues de 0.50 € par boîte de médicament (en application depuis le 01/01/2008)

Ce qui l'est moins :

- Pourquoi la base de 23 € ? Et pas 28€ (base pour un ophtalmo) et pas 25€ (base pour un médecin généraliste) ??

Parce que mon ophtalmo est un praticien du secteur 2 (pratiquant des honoraires libres) et qu'il ne s'est pas inscrit dans la démarche OPTAM (Option de

DETAIL des PRESTATIONS	COUT TOTAL	REMBOURSEMENT			
		BASE	TAUX	OBLIGATOIRE	COMPLEMENTAIRE
ASSURANCE MALADIE SOINS DU 18.01.2018 POUR L'ASSURE ACCES DIRECT AUTORISE EXECUTANT SECTEUR 2 CONVENTIONNE HONORAIRES LIBRES ET OPTION DE COORDINATION	COMPLEMENTAIRE FNAROPA		150%		
CONSULTATION CS	38.00	23.00	70.00	16.10	13.80
PARTICIPATION FORFAITAIRE MAJO CLINICIENS	2.00			- 1.00	
MAJO.COORDIN.SPEC.	5.00				
REF DECOMPTE : 80869BA4VS172130				15.10	13.80
RETENUES	PARTICIPATION FORFAITAIRE			1.50	
MONTANT NET				27.40	

pratique tarifaire maîtrisée – ex: contrat d'Accès aux Soins depuis le 01/01/2017).

Ce qui ne l'est pas du tout :

1. Pourquoi les 2 et 5 € de majorations ne sont nullement pris en charge ? Il faut le deviner.

2. Pourquoi la mutuelle ne rembourse-t-elle que 13.80, car enfin, $23 € \times 150 \% = 34.50 - 16.10$ par la MSA = 18.40 !! Parce que mon ophtalmo est un spécialiste, encore une fois, qui exerce hors démarche OPTAM ou CAS ; double sanction donc de consulter les spécialistes référencés hors OPTAM : base de remboursement de 23 et non 25 € par la MSA et taux de 130 et non 150 % par Mutualia

3. Nos mutuelles ne devraient-elles pas nous alerter sur ces points qui ne sont pas des points de détail ?

Les enseignements que j'en tire :

1° - Ne pas capituler au prétexte que c'est une vraie jungle et qu'il n'y aurait rien à y comprendre !

2° - vérifier systématiquement le remboursement obtenu des soins payés, et en cas de zone

d'ombre, demander et obtenir des explications, des justificatifs, des régularisations.

3° - choisir son praticien en allant consulter le site www.ame-li.fr l'annuaire des professionnels de santé... je sais ainsi quels sont dans mon environnement les ophtalmos qui pratiquent des honoraires sans dépassement, ceux qui font des dépassements mais s'inscrivent dans la démarche OPTAM, ceux qui pratiquent des honoraires libres, au pire, ceux qui ne sont pas conventionnés ...

En conclusion :

- Je change d'ophtalmo pour en prendre un qui soit conventionné (il en reste !) et prendrai courant 2019 RDV pour 2020

- Je conserve à Mutualia ma formule F150 et n'opte pas pour la formule F300 qui m'aurait remboursé 37 € plutôt que 29.90€ mais qui me coûterait 55.96 € de plus par mois.

- J'informe mes voisins et amis de cette déconvenue et des précautions à prendre.

A suivre ... le remboursement de mes nouvelles lunettes !

Jean Marie Guilloton

LE CONTEXTE

L'accès aux soins pour tous ne doit pas être entravé par des considérations d'ordre financier pour les ménages, et plus particulièrement pour les personnes âgées.

Toutefois, en raison de l'évolution du coût de la santé et des attentes des patients, l'assurance maladie obligatoire n'est pas en mesure de couvrir l'intégralité de la consommation de soins. Son intervention privilégie en particulier les soins hospitaliers, les affections coûteuses et de longue durée (ALD), et devient moins importante pour ce qui concerne les « soins de ville ». Les organismes en complémentaire santé interviennent alors, pour couvrir (partiellement parfois) le ticket modérateur, et au final, les ménages ont à supporter ce que l'on appelle le « reste à charge » (RAC).

Le coût de l'adhésion à une complémentaire santé, ajouté au montant du « reste à charge » fait qu'un nombre croissant de personnes renonce aux soins, notamment dans certains domaines (optique, dentaire....).

Les pouvoirs publics, sensibilisés par cette situation, ont mis en place, progressivement, deux dispositifs : la **CMU-C** (complémentaire santé gratuite pour les personnes ayant des revenus inférieurs à 8723 €) pour les plus démunis, et l'**ACS** (aide à la complémentaire santé) pour ceux dont les ressources se situaient (par an, pour une personne seule, en 2017) entre 8.723€ et 11.776€.

COMMENT FONCTIONNE L'ACS ?

Voir le site <http://www.info-acs.fr/>.

Les avantages liés au bénéfice de l'ACS sont importants :

- une réduction sur le montant de la cotisation à une complémentaire santé, (pour une personne de plus de 60 ans, l'aide s'élève à 550€ par an, soit 45,83€ par mois),
- le bénéfice de tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires,
- la dispense d'avance des frais de soins
- l'exonération de la participation forfaitaire de 1€ et des franchises,
- l'application des tarifs sociaux pour l'électricité et le gaz.

QUELLES CONDITIONS FAUT-IL REMPLIR POUR BÉNÉFICIER DE L'ACS ?

- il faut résider (en situation régulière) en France depuis plus de 3 mois, c'est-à-dire bénéficier d'un régime de protection sociale de base.
- il faut justifier des ressources perçues au cours des 12 mois qui précèdent la demande;
- les pièces justificatives de tout ce qui est déclaré doivent être jointes à la demande.
- le dossier de demande, complet, doit être déposé à la MSA (ou à la CPAM).

Pour 2018, les plafonds de ressources sont :

- pour une personne seule : 11.776€ an soit 981,33€ mois

-pour un ménage : 17.664€ an soit 1472€ mois

COMMENT EST ATTRIBUÉE L'ACS ?

Si les conditions sont remplies, le demandeur reçoit

- une attestation-chèque à remettre à l'organisme de complémentaire santé
- une attestation de tiers payant à présenter au médecin pour la part obligatoire
- et quand le demandeur a choisi son organisme de complémentaire santé, une attestation de tiers payant intégral.

Si les conditions ne sont pas remplies, des voies de recours sont possibles.

COMMENT CHOISIR SA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Les pouvoirs publics ont sélectionné, après appel d'offre, des contrats proposés par des organismes en complémentaire santé. Dans chaque cas, il est proposé par l'organisme trois types de contrats : un "de base", un "médian", et un "amélioré". Une liste des organismes agréés est disponible sur le site www.info-acs.fr.

Nos partenaires traditionnels Mutualia, Groupama et Crédit Agricole (Prédica) sont tous en mesure de proposer des contrats éligibles à l'ACS. N'hésitez pas à vous renseigner soit sur les sites Internet (celui de l'ACS, de votre caisse d'assurance maladie ou mutuelle) ou directement à l'agence de votre mutuelle ou de la MSA.

Les travaux du Conseil d'Administration

L'ORGANISATION INTERNE.

Le Conseil a accueilli une nouvelle administratrice : Marie Paule Gauthier qui nous vient du Crédit Agricole. Les commissions ont été réorganisées et la commission Assemblée générale supprimée car cet événement implique la mobilisation de tous.

LES PARTENARIATS.

Ils sont en cours de redynamisation. Les liens avec la MSA vont être renforcés notamment au niveau des comités d'agence. Avec Groupama, l'offre tarifaire est clarifiée et le réseau va dorénavant la présenter et promouvoir l'adhésion AROPA. Le Crédit Agricole a amélioré son offre en y incluant une réduction de 15% sur les frais de garde des titres.

LES OFFRES D'ACTIVITÉ.

Outre les sorties, le Conseil souhaite organiser des rencontres plus sérieuses. Avec le questionnaire voyage joint à la présente lettre nous joignons aussi un sondage pour déterminer les thèmes qui vous intéressent le plus.

LES LOISIRS.

Les locations TOHAPI voient leur tarification évoluer. Il y a maintenant des tarifs différenciés en fonction du confort. Cela évitera peut-être quelques surprises mais ça complique la gestion. Extrait du tarif 2018:

Mobil Home 2 chambres	Relax et relax+	Cosy et Cosy+
Découverte	154	168
Malin	154	168
Privilège	168	189
Canvas	224	259

COTISATIONS 2018

Toutes celles et ceux qui ont réglé leurs cotisations 2018 reçoivent leur carte avec cette lettre. Pour les autres, merci de régulariser rapidement auprès de notre trésorière. Nous serions désolés de vous voir quitter notre association.

Voyage du 17 mai en Deux Sèvres

LE PROGRAMME :

Départ d'Angoulême à 8 h 45 précises.

Arrivée à Celles sur Belle vers 10h00.

Pour les gourmets, il est prévu un passage à la fromagerie de Celles sur Belle. Si vous prévoyez des achats, beurre, fromages, pensez à amener un sac isotherme (pour la conservation et l'odeur dans le bus !).

Visite guidée de l'ABBAYE ROYALE ainsi que de l'église Abbatiale. Cette Abbaye du XVIIème siècle est un bâtiment de 83m de long et 17m de haut, et c'est un ensemble architectural exceptionnel. Enfin, à l'extérieur, la magnificence des Parcs et jardins vous fera voyager à travers les siècles avec le Jardin à la française, le Jardin du Curé et le Jardin à thème.

Déjeuner près de Celles sur Belle.

Dans l'après-midi, visite commentée des MINES D'ARGENT des Rois Francs de Melle : C'est un réseau minier de 350m de galeries creusées dans un calcaire minéralisé en galène argentifère. Vous visionnerez aussi 2 Films en 3D, l'un sur les techniques minières et métallurgiques, l'autre sur le monnayage, car c'est sous le règne de Charlemagne qu'un atelier monétaire est installé à Melle.

Une plate-forme d'archéologie expérimentale des arts du feu, ainsi qu'un Jardin Carolingien compléteront agréablement votre visite

Ensuite, toujours à Melle, arrêt dans un cadre magnifique pour une visite libre de l'église romane de Saint-Hilaire, monument classé au patrimoine mondial de l'UNESCO en 1998, en tant qu'étape sur les chemins de Compostelle. En fin d'après-midi, retour en direction de la Charente, avec une arrivée prévue vers 19h00 à Angoulême

Inscriptions au plus tard le 30 avril 2018

Lettre d'information aux adhérents AROPA 16
Président : JM Guilloton, 4 rue Boursac
16130 ARS Tél: 05.45.82.03.64
Réalisation : A LANDEZ, 18 rue des gears
16400 PUYMOYEN Tél : 06 52 38 29 16