

MUT INFO

n°70



**BONNE
ANNÉE
2025**

MUTUELLES
GRUPE
LA DÉPÊCHE
DU MIDI

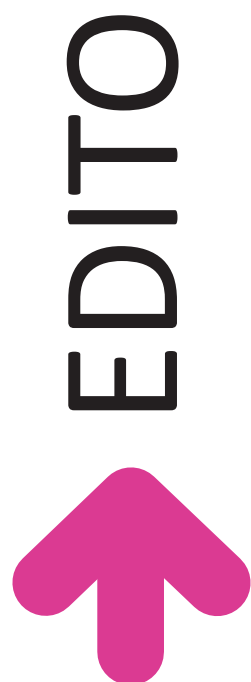
www.mutuelle-depeche.fr

OCTOBRE - NOVEMBRE - DÉCEMBRE 2024

Journal d'information des MUTUELLES du GROUPE LA DÉPÊCHE DU MIDI



www.mutuelle-depeche.fr



NOS ADHÉRENTS AU COEUR DE NOS PRÉOCCUPATIONS

Je voudrais revenir sur notre volonté de contenir pour le mieux nos cotisations face à l'inflation galopante des frais de santé. Devant le déficit de la Sécurité Sociale, le Gouvernement projette de diminuer certains remboursements notamment ceux des consultations effectuées chez les médecins généralistes. Les mutuelles seront donc mises à contribution pour régler le différentiel aux professionnels de santé. Ces transferts de charges vers les complémentaires santé vont se répercuter automatiquement sur le montant des cotisations, d'ailleurs le Groupe VyV annonce que ces dernières augmenteront de 6 à 10% au plan national pour 2025. De plus, ces hausses de tarifs devraient s'accroître dans les années à venir à mesure que la population vieillit et que les soins se multiplient.. Notre mutuelle santé Groupe DDM, a pris la décision de ménager ses adhérents et de contenir les dérives tarifaires annoncées.

Après analyse de notre situation financière et au regard des résultats de nos placements qui ont été de tout temps judicieusement engagés, le conseil d'administration de la mutuelle complémentaire santé a décidé de maintenir, pour les non actifs, les cotisations 2025 au niveau 2024 car nous ne voulons pas de renoncement aux soins essentiels. Concernant les actifs, pour le pôle Ouest (Toulouse), il est bon de rappeler que le taux de calcul des cotisations n'a pas été revu depuis 2018 ; pour ceux du pôle Est (Montpellier), ce taux n'a subi qu'une très légère revalorisation en 2022 pour tendre vers une harmonisation des cotisations. Ce début d'année qui s'annonce sous tension nous oblige à garder espoir tout en continuant à défendre nos valeurs.

Du côté de la mutuelle réalisations sociales, il a aussi fallu prendre des décisions pour faire face à la hausse des charges : taxes locatives, inflation sur les travaux, différentes études... Le conseil d'administration a donc décidé de ne pas faire porter sur les adhérents les différents coûts.

Pour conclure, nous vous souhaitons santé et bonheur partagés avec ceux qui vous sont chers. Que cette nouvelle année nous permette de continuer, tous ensemble, à faire vivre nos belles mutuelles.



GILBERT CALIXTE

Président Mutuelle Complémentaire Santé



ÉRIC GABARROT

Président Mutuelle Réalisations Sociales



MUTUALISME ET SYSTÈME DE SANTÉ QU'EN PENSENT LES FRANÇAIS ?

Il y a parfois confusion pour les Français entre mutuelles adhérentes à la Mutualité Française à but non lucratif et assurances santé ou complémentaires santé proposées par des compagnies d'assurance à but lucratif. Une mutuelle ne sélectionne pas ses adhérents. La tarification des garanties santé ne varie pas en fonction du risque individuel. Leurs bénéfices sont utilisés au profit de leurs adhérents afin de proposer des actions pour favoriser l'accès aux soins pour tous. Enfin, les mutuelles sont indépendantes de tout pouvoir politique ou financier. Elles ne rémunèrent pas d'actionnaires.



Selon les résultats d'une enquête menée par l'institut Ifop (avril 2024), le mutualisme reste une notion encore mal connue de la population.

Si les plus de 75 ans semblent connaître la définition du mutualisme, le reste de la population en a une vision plus floue, mais toutefois positive. En effet, il considère que le mutualisme, oeuvrant pour l'intérêt collectif, sans but lucratif, est un système de solidarité indispensable et totalement adapté au monde actuel. D'ailleurs, le niveau de confiance porté aux mutuelles est bien plus fort que celui donné aux divers assureurs, étant donné leurs indépendances. Elles n'ont pas d'actionnaire ni d'intérêt personnel. Le rôle de l'assureur mutualiste est d'être solidaire, engagé, protecteur voire libérateur, et à l'écoute. Cette protection apportée par l'assurance mutualiste est primordiale face à un système de santé en constante dégradation. Pour près des 3/4 des Français, le système de santé est malade et ce jugement s'amplifie avec l'âge. Plus les individus y sont confrontés, plus la confiance diminue. L'inverse de ce que l'on peut attendre d'une organisation efficace de la santé.

Un avenir pour la prévention.

Le système évolue dans le mauvais sens, à tel point que les Français ne croient plus à une amélioration possible et envisagent des scénarios radicaux comme la privatisation. Pourtant, ils estiment que des améliorations pourraient être apportées mais il faudrait une mobilisation de l'Etat et des professionnels de santé pour faire cause commune...

En conséquence, au-delà de la gestion du régime de soins, une nouvelle stratégie semble s'esquisser afin de limiter l'engorgement du système, celle de la prévention. Prévention qui pourrait être portée par différents acteurs, tels que les professionnels de la santé, du bien-être, les mutuelles, les assurances... Une métamorphose à venir

Mieux connaître l'histoire de la Sécurité sociale

Pour tous ceux qui s'intéressent au développement de la protection sociale en France, on peut conseiller d'écouter, issus de l'émission de Xavier Mauduit, "Le Cours de l'Histoire" sur France culture, la série en quatre épisodes diffusés les 18,19,20 et 21 novembre, au cours desquels avec ses invités, il a retracé l'histoire universelle et solidaire de la Sécurité Sociale.

Le 1^{er} épisode s'intitule "Hopital et Charité, une histoire bien ordonnée" où sont évoqués les prémices de l'assistance médicale obligatoire. Le 2^e s'intéresse à l'histoire des sociétés de Secours mutuel qui doivent beaucoup au mouvement mutualiste et à la solidarité ouvrière. Le 3^e rappelle que le "4 octobre 1945, la Sécurité sociale voit le jour (heureux)" dans le cadre de deux ordonnances. Le 4^e clôt la série en s'attardant sur "Le trou de la Sécu", les réformes mises en place pour réduire les déficits de cette dernière et finalement son étatisation en 1995 avec notamment la création d'une loi pour son financement (LFSS).

A écouter quand bon vous semble en podcast via l'application Radio France, Rubrique Histoire.



COTISATIONS/PRESTATIONS EN 2025

VOTRE MUTUELLE DIT "NON" À LA HAUSSE DES COTISATIONS :

Les membres du conseil d'administration de la mutuelle complémentaire santé Groupe Dépêche du Midi ont pris la décision de maintenir les cotisations 2025 à leur montant de 2024. Et ce en dépit de la conjoncture que nous connaissons tous. En effet, le gouvernement vient de décider de diminuer la part prise en charge par l'Assurance maladie sur les consultations des médecins et sur les médicaments. Les consultations sont désormais remboursées à hauteur de 65% au lieu de 70%, soit 19,5 euros sur 30 euros, tarif en vigueur en décembre. Pour les médicaments, (les trois taux de remboursements, (65%,30% et 15%)) seront abaissés dans la même proportion, c'est à dire -5%. Ce n'est pas une bonne nouvelle puisque cette décision suppose le transfert vers les complémentaires santé de ces 5%, cela va se traduire par 6 à 10% d'augmentation de leurs cotisations en 2025 selon les estimations actuelles. Ce ne sera pas le cas pour votre mutuelle.



La bonne gestion de votre mutuelle ainsi que les produits de ses placements justifient la décision du CA et permettent de rendre du pouvoir d'achat aux adhérents. "C'est une façon de leurs rendre un peu du fruit de leurs contributions à la solidarité mutualiste" soulignait le président Gilbert Calixte.

Ainsi, les cotisations salariés dont le montant correspond à un pourcentage du salaire, (financé à part égale par le salarié et l'employeur) ainsi que les cotisations retraités, hors lois Evin*, se maintiendront en 2025 à leurs niveaux de 2024.

DES PRESTATIONS HAUT DE GAMME

Le conseil d'administration a acté le principe du maintien des garanties 2025 au niveau de celles adoptées en 2024. Les mêmes prestations pour toutes et tous, c'est ce que propose votre mutuelle. Un panel de garanties haut de gamme qui prend soin de vous et qui permet de limiter vos dépenses de santé. Comme chaque année, tous les adhérents vont recevoir leur nouvelle carte de mutuelle, les appels à cotisations ainsi que le tableau des garanties 2025 encarté dans ce numéro.

(À conserver ou à consulter sur le site mutuelle-depeche.fr)

*Lois Evin. Les salariés qui prennent leurs retraite bénéficient de tarifs particuliers sur les 3 premières années : leurs cotisations sont calculées selon les dispositions définies par ces lois Evin


VOTRE CARTE MUTUELLE 2025


Vous avez créé votre espace adhérent* et fait le choix responsable de ne plus recevoir nos informations en version papier. Votre carte mutualiste 2025 est alors disponible sur votre espace personnel. Vous pouvez la présenter aux professionnels de santé directement depuis votre smartphone. Il vous suffit de vous connecter sur votre espace personnel Harmonie\$moi et de cliquer sur le bouton "afficher la carte mutualiste". Cette carte dématérialisée à la même valeur juridique que la carte papier délivrée par votre mutuelle. Vous pouvez donc la télécharger ou l'imprimer. Tout en conservant votre espace personnel, vous pouvez faire le choix de continuer à recevoir les documents au format papier. Pour cela rendez-vous sur votre espace personnel, à la rubrique « Mes paramètres » et faites le choix du format papier. Pour celles et ceux qui n'ont pas créé leur espace personnel vous avez reçu ou allez recevoir votre carte mutualiste 2025 au format papier.


A tout moment vous avez la possibilité de demander à votre mutuelle de vous imprimer un duplicata de votre carte mutualiste 2025.




*Espace adhérents : sur le site mutuelle-depeche.fr

	Garanties Frais de Santé 2025 Contrat Solidaire et Responsable	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS COURANTS - HONORAIRES MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX					
Consultations, visites : généralistes (dont télésurveillance médicale)					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
Autres praticiens		70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%
Consultations, visites : spécialistes (dont télésurveillance médicale)					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70% ou 60%	30% ou 40%	300%	400%
Autres praticiens		70% ou 60%	30% ou 40%	100%	200%
Actes de sages-femmes		70%	30%	-	100%
Auxiliaires médicaux, y compris psychologue dans le dispositif Mon Soutien Psy		60%	40%	-	100%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...		55%	45%	-	100%
SOINS COURANTS - MÉDICAMENTS					
Médicaments à SMR important		65%	35%	-	100%
Médicaments à SMR modéré		30%	70%	-	100%
Médicaments à SMR faible		15%	0%	-	15%
+ Forfait supplémentaire Médicaments non remboursés par le RO (1)(2)		-	-	250 € / AN	250 € / AN
SMR : Service Médical Rendu					
(1) Médicaments à SMR faible (PH2) et les médicaments non remboursés par le RO (PHN) référencés sur le site http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr					
(2) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et de l'ordonnance du praticien					
SOINS COURANTS - ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Actes techniques médicaux et d'échographie					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70%	30%	300%	400%
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		70%	30%	300%	400%
Autres praticiens		70%	30%	100%	200%
Examens de laboratoires		60%	40%	-	100%
Amniocentèse (sous conditions) (3)(4)		-	-	Frais réel	Frais réel
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO - Forfait annuel (5)		-	-	50 € / AN	50 € / AN
Bilan psychomoteur ou séance en cabinet libéral (5)		-	-	300 € / AN	300 € / AN
(3) Intervention pratiquée sur adhérente de 35 ans et plus.					
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale.					
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.					
SOINS COURANTS - MATÉRIEL MÉDICAL					
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le RO					
+ Forfait orthopédie, appareillages et accessoires médicaux		60%	40%	-	100%
Gros matériel orthopédique et grand appareillage acceptés par le RO		-	-	150 € / AN	150 € / AN
+ Forfait gros matériel orthopédie et grand appareillage		60%	40%	-	100%
Prothèses mammaires (4)		-	-	150 € / AN	150 € / AN
+ Forfait prothèse mammaire		60%	40%	-	100%
Prothèses capillaires (4)		-	-	150 € / AN	150 € / AN
+ Forfait prothèse capillaire		60%	40%	-	100%
(4) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du décompte de la sécurité sociale.					
AIDES AUDITIVES					
Équipement 100 % Santé (6) (7)					
Équipement à tarif libre (6) (7)		60%	40%	-	100%
+ Forfait supplémentaire (hors piles et accessoires) (6) (7)		-	-	700 € / Appareil	700 € / Appareil
Piles et accessoires		60%	40%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour piles et accessoires (5)		-	-	70 € / AN	70 € / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire.					
(6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.					
(7) Un équipement est composé d'un appareillage par oreille.					
Prise en charge limitée, par oreille, à une aide auditive par période de 4 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.					
HOSPITALISATION					
Frais de séjour (*)					
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)		80% ou 100%	20% ou 0%	-	100%
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		80% ou 100%	20% ou 0%	300%	400%
Autres praticiens		80% ou 100%	20% ou 0%	100%	200%
Ambulances, véhicules sanitaires légers ...		55% ou 100%	45% ou 0%	-	100%
Forfait journalier hospitalier		-	-	Frais réel	Frais réel
Chambre particulière avec nuitées (8)					
Chirurgie, en illimitée		-	-	-	-
Médecine, limitée à 60 nuits / an		-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Psychiatrie, rééducation et convalescence limitée à 45 nuits / an		-	-	-	-
Chambre particulière en ambulatoire (8) (9)		-	-	20 € / Jour	20 € / Jour
Frais accompagnant (10)		-	-	30 € / Jour	30 € / Jour
(*) Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : cures médicales en établissements de personnes âgées, ateliers thérapeutiques, instituts ou centres médicaux à caractère éducatif psycho-pédagogique et professionnel, centres de rééducation professionnelle, services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.					
La chirurgie esthétique, à l'exception des actes pris en charge par les régimes obligatoires, ne donne pas lieu à prise en charge par la mutuelle.					
(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.					
(9) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.					
(10) Hospitalisation enfant de -16 ans dans la limite de 30 jours an et /bénéficiaire. Hospitalisation adulte uniquement en chirurgie dans la limite de 6 jours /an et /bénéficiaire. Concerne uniquement les frais de repas et/ou hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.					
Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire et du bulletin d'hospitalisation.					

	Garanties Frais de Santé 2025 Contrat Solidaire et Responsable	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
MATERNITÉ					
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique					
Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée		100%	-	300%	400%
Autres praticiens		100%	-	100%	200%
Chambre particulière avec nuitées (8) (11)		-	-	60 € / Nuit	60 € / Nuit
Indemnité de naissance (12)		-	-	250 €	250 €
(8) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (11) Chambre particulière : prise en charge limitée à 45 nuitées par année civile et par bénéficiaire. (12) Indemnité par enfant inscrit à la mutuelle dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption. Sur présentation de la copie du bulletin de naissance ou d'adoption et ou du livret de famille.					
OPTIQUE					
Equipement 100 % Santé (13) (14) (15)					
Monture					100 % Santé
Par verre hors réseau ou dans le réseau					100 % Santé
Equipement à tarif libre hors réseau ou dans le réseau (13) (14) (15) (16)					
Monture		60%	40%	99,95 €	100 % + 99,95 €
Par verre hors réseau ou dans le réseau					
- Simple		60%	40%	100 €	100 % + 100 €
- Complexe		60%	40%	180 €	100 % + 180 €
- Très complexe		60%	40%	250 €	100 % + 250 €
Adaptation de la correction effectué par l'Opticien		60%	40%	-	100%
Verres avec filtres		60%	40%	-	100%
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)		60%	40%	-	100%
Lentilles de vues acceptées par le RO		60%	40%	250 € / AN	100 % + 250 € / AN
Lentilles de vues refusées par le RO (5)		-	-	200 € / AN	200 € / AN
Actes de chirurgie des yeux non remboursés par le RO (5) (17)		-	-	400 € / Œil / AN	400 € / Œil / AN
Pose implant intraoculaire non remboursé par le RO (5) (17)		-	-	200 € / Œil / AN	200 € / Œil / AN
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (13) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation. (14) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. (15) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre). (16) - Verres simples : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries. - Verres complexes : Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie, Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries. - Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie, Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries. (17) Actes de chirurgie des yeux (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.					
DENTAIRE					
Soins		60%	40%		100%
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé					100 % Santé
Soins et Prothèses dentaires à tarif maîtrisés hors réseau ou dans le réseau					
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémoilaire)		60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)		60%	40%	250%	350%
Inlay-Core		60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire		60%	40%	200%	300%
Inlay onlay		60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles		60%	40%	250%	350%
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres					
Prothèses Fixes Visibles (Incisive, Canine et Prémoilaire)		60%	40%	300%	400%
Prothèses Fixes Non Visibles (Molaires)		60%	40%	250%	350%
Inlay-Core		60%	40%	100%	200%
Prothèse transitoire		60%	40%	200%	300%
Inlay onlay		60%	40%	200%	300%
Prothèse amovibles		60%	40%	250%	350%
Actes et prothèses dentaires HN ou NR (5) (18)		-	-	75 € / Acte	75 € / Acte
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire		60% ou 100%	40% ou 0%	200%	300%
Orthodontie refusée par le régime obligatoire (5)		-	-	300 € / AN	300 € / AN
Parodontologie (5) (19)		-	-	500 € / AN	500 € / AN
Implantologie (5) (20)		-	-	600 € / Implant	600 € / Implant
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (18) Prise en charge limitée à 4 actes ou prothèses dentaires HN (Hors Nomenclature) ou NR (Non Remboursable) par année civile et par bénéficiaire. (19) Inclus la greffe osseuse. (20) Prise en charge limitée à 2 implants par année civile et par bénéficiaire.					

	Garanties Frais de Santé 2025 Contrat Solidaire et Responsable	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
CURES THERMALES					
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier		65% ou 70%	35% ou 30%	-	100%
+ Forfait supplémentaire pour hébergement ou frais de transport (21)		-	-	200 € / AN	200 € / AN
(21) Pour les frais de transport : formulaire à récupérer à la mutuelle sur simple demande					
MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES					
Acupuncture; Chiropractie; Diététique; Etiopathie; Homéopathie; Hypnothérapie; Méthodes Mézières; Naturopathie; Neuropsychologie; Nutritionniste; Ostéopathie; Pédicurie; Podologie; Psychologie; Thérapie EMDR. (5) (22) (23)		-	-	50 € / Séance	50 € / Séance
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (22) Prise en charge limitée à 5 séances par année civile et par bénéficiaire. (23) Non pris en charge par le régime obligatoire. Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le N°FINESS et/ou le N° ADELI et/ou le N°RPPS du professionnel concerné.					
PRÉVENTION					
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la loi du 13/08/2004		60% ou 70%	40% ou 30%	-	100%
Vie sans tabac : Sevrage tabagique (24)		-	-	50 € / AN	50 € / AN
Vaccin anti-grippal (5)		-	-	Frais réel	Frais réel
(5) Remboursement sur présentation de la facture acquittée nominative au nom du bénéficiaire. (24) Prise en charge substitutif nicotique sur prescription médicale après intervention du régime obligatoire.					
GARANTIE SUPPLÉMENTAIRE					
Participation aux frais d'obsèques (25)		-	-	250 €	250 €
(25) En cas de décès de l'adhérent ou de son ayant droit couvert par la mutuelle. Sur présentation du bulletin de décès, de la facture acquittée des frais d'obsèques.					
La téléconsultation médicale sans rendez-vous en direct 24h/24 et 7j/7 - Prise de rendez-vous médical simplifiée					
<p>Maiia est un service qui permet aux adhérents d'accéder à un professionnel de santé, un avis médical. Ce service de prise de rendez-vous avec un médecin et de téléconsultation 24h/24 7j/7, est inclus dans la complémentaire santé des adhérents. 5 téléconsultations 24/7 sont réservés à chaque adhérent, renouvelable chaque année, sans surcoût. Les autres consultations en cabinet ou à distance, réservées via le service Maiia, sont prises en charge par le régime obligatoire et la mutuelle.</p> <p>Pour accéder aux services Maiia, connectez-vous à votre espace Harmonie&Moi et sélectionnez "Mes services", choisissez "prise de rendez-vous médical" ou "téléconsultation sans rendez-vous" dans la liste proposée.</p> <p>* Accéder à un médecin généraliste. Gérez vos rendez-vous avec votre généraliste ou accédez à d'autres généralistes disponibles à proximité, même en tant que nouveau patient. * Accéder à un spécialiste en cas de besoin. Cherchez et prenez rendez-vous avec un des 20 000 médecins disponibles (psychiatres, gynécologues, pédiatres, sage-femmes, dermatologues, kinés ...). * Avoir un avis médical à tout moment. Echangez avec un généraliste ou un spécialiste disponible en temps réel, 24h/24, 7j/7 (nuit, week-end, jour férié, sur mon lieu de vacances)</p>					
MUTUELLE DÉPÊCHE ASSISTANCE - 09 69 32 11 69 (appel non surtaxé)					
A S S I S T A N C E	Ecoute, conseil & orientation (24/7)		Service dédié aux bénéficiaires pour apporter un soutien à chaque moment important de la vie.		
	Accompagnement psycho-social illimité		Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels.		
	Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation dès l'ambulatorio, de maternité, de traitement anticancéreux et d'immobilisation prévue et imprévue		10 heures d'aide à domicile		
	Prestations complémentaires et spécifiques aux aidants		Bilan psycho-social de la situation. Assistance préventive pour l'aidant. Assistance en cas de situation de crise. Fin de la situation d'aidant		
Protection juridique santé		Prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi.			
Assistance soumise à conditions. Voir détail sur la notice d'information téléchargeable sur www.mutuelle-depeche.fr ou appeler au 09 69 32 11 69					

	Garanties Frais de Santé 2025 Contrat Solidaire et Responsable	Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)	Prise en charge Mutuelle *		TOTAL Y compris Régime Obligatoire (RO) (à titre indicatif)
			Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	

* CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

Les garanties sont conformes au cahier des charges des contrats responsables (articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (visée à l'article L160-13 II du code de la sécurité sociale),
 - déduction des franchises médicales (visées à l'article L160-13 III du code de la sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre de hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé) ne sont pas pris en charge.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

Mieux comprendre ses garanties - Lexique

Dépassement d'honoraires. Surcoût correspondant à la différence entre les tarifs pratiqués par certains professionnels de santé et les tarifs conventionnels fixés par l'Assurance maladie.

L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant (ou ayant la possibilité d'exercer) en secteur 2. Ce dispositif vise à encadrer les dépassements d'honoraires dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients. OPTAM-CO est un dispositif similaire à celui de l'OPTAM destiné aux chirurgiens et obstétriciens. Pour savoir si son médecin est signataire de ce dispositif, il y a 2 possibilités : Poser directement la question à son praticien OU consulter l'annuaire santé de l'Assurance maladie (<http://annuaresante.ameli.fr/>). Pour chaque praticien conventionné secteur 2, le site indique s'il est signataire ou non.

Mon soutien Psy : Consultations effectuées auprès d'un psychologue conventionné et référencé dans l'annuaire mis en ligne sur le site Mon soutien Psy. Il est désormais possible d'accéder directement à un psychologue, sans passer par le médecin traitant. Vous bénéficiez de 12 séances annuelles pris en charge par le régime obligatoire et par la mutuelle.

Le Grand appareillage comprend les dispositifs médicaux suivants : Podo-orthèse, Orthoprothèse, Prothèse oculaire et faciale, véhicule pour handicapés, Dispositifs médicaux implantables implants et greffons et dispositifs médicaux implantables actifs.

Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inclus dans le Grand appareillage relèvent du Petit appareillage.

Le Petit appareillage : Il s'agit des dispositifs médicaux et matériels de maintien à domicile et d'aide à la vie ; des dispositifs médicaux, matériels et produits pour le traitement de pathologies spécifiques ; des orthèses ; des matériels de contention ; des aliments diététiques et des articles pour pansements.

Le forfait patient urgences (FPU) est une somme forfaitaire facturée lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Frais réels. C'est le montant total engagé par un assuré pour ses frais de santé. Une partie est prise en charge par la Sécurité Sociale, l'autre part est remboursée par la mutuelle selon les garanties souscrites. Une dernière partie reste éventuellement à la charge de l'assuré, c'est le « reste à charge ». Dans tous les cas, les remboursements de la Sécurité sociale et de la mutuelle ne peuvent être supérieurs aux dépenses engagées.

Garanties exprimées en pourcentage. Pour les remboursements exprimés en pourcentage, le remboursement ne se calcule pas selon le prix pratiqué par le professionnel de santé, mais selon une base donnée par la Sécurité Sociale : la base de remboursement (BR). Les pourcentages indiqués dans le tableau ci-dessus de garanties correspondent au remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle. Ainsi, un remboursement à 100% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à la base de remboursement. Si votre praticien procède à des dépassements d'honoraires, ceux-ci ne seront pas forcément remboursés et resteront à votre charge. Un remboursement à 200% signifie que le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle sera égal à 2 fois la base de remboursement.

Parcours de soin. Désigne le parcours de soins coordonnés défini par la loi, obligeant les assurés sociaux à consulter leur médecin traitant avant tout autre médecin sous peine de majoration du ticket modérateur par le Régime obligatoire et de non remboursement des éventuels dépassements d'honoraires par la mutuelle.

Ticket modérateur. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie a remboursé sa part.

Participation forfaitaire. Contribution financière d'un montant de 2 € qui s'applique, pour tout assuré, à chaque consultation ou acte médical. Le montant cumulé est plafonné à 50 € par an.

Reste à charge. Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré, une fois que l'Assurance maladie et la complémentaire ont remboursé leur part.

Tiers payant. Sur présentation de sa carte de tiers payant, l'assuré peut bénéficier d'une dispense d'avance de tout ou partie de ses frais de santé. Le professionnel de santé ou l'établissement de soins est directement remboursé par la mutuelle.

QU'EST-CE QUE LE "100 % SANTÉ" ? Le dispositif dit "100 % Santé" a pour objectif de proposer un ensemble de prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, remboursées intégralement par le Régime obligatoire et les organismes de complémentaire santé proposant une offre répondant au cahier des charges du contrat responsable. Ce panier de prestations est fixé par la réglementation et a été défini par les professionnels de santé concernés (l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs) pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes des assurés. Les assurés sont libres de choisir entre les prestations proposées par l'offre 100 % Santé et les autres prestations. Pour les prestations appartenant à l'offre 100 % Santé, la dépense de l'assuré lui sera intégralement remboursée. Grâce à son contrat, il n'aura donc aucun reste à charge. Le contenu de l'offre 100 % Santé est présenté dans nos garanties de manière non exhaustive. Les prestations en dehors de l'offre 100 % Santé restent prises en charge au titre du contrat et conformément au tableau des garanties.



SANTÉ MENTALE SI ON OSAIT EN PARLER ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». C'est une composante essentielle du bien-être général, au même titre que la santé physique.



TOUS CONCERNÉS

La santé mentale, ce n'est pas seulement l'absence de maladie : sans être atteint d'un trouble psychique particulier, chacun peut, à différents moments de sa vie, ressentir du stress, une perte de motivation ou une tristesse profonde... accompagnée d'une souffrance morale importante. À l'inverse, dès lors qu'elles bénéficient d'une prise en charge médicale et sociale adaptée, les personnes atteintes d'un trouble psychique peuvent tout à fait ressentir un bien-être mental.

3114

C'est le numéro de téléphone national de prévention du suicide. Il est accessible 24h/24 et 7j/7, gratuitement. On peut appeler si l'on a des pensées suicidaires ou une souffrance psychique intense, ou parce que l'on s'inquiète pour une personne de son entourage. www.3114.fr

QUELLE PRISE EN CHARGE PAR LA MUTUELLE ?

La mutuelle prend en charge dans le cadre des médecines complémentaires, 5 séances à hauteur de 50 euros (psychologie, neuropsychologie) par année civile et par bénéficiaires et dans le cadre de Mutuelle Dépêche Assistance un accompagnement psycho-social illimité sous forme d'entretien téléphonique confidentiels réalisé par des psychologues. (Tel : 09 69 32 11 69)

LES TROIS DIMENSIONS DE LA SANTÉ MENTALE

Selon Santé publique France :

1 : La santé mentale positive :

cela recouvre le bien-être, l'épanouissement

personnel et la capacité d'interagir avec les autres.

2 : La détresse psychologique réactionnelle : face à un événement éprouvant (deuil, accident, échec professionnel...), du stress, de l'anxiété, de la tristesse peuvent être ressentis.

C'est une réaction tout à fait normale ! Mais si la détresse psychologique devient trop intense ou perdure, elle peut augmenter les risques de déclenchement d'un trouble psychique.

3 : Les troubles psychiques et maladies psychiatriques :

peuvent être plus ou moins sévères et/ou handicapantes, et de durée variable. Les plus fréquents sont les troubles de la personnalité, notamment le trouble borderline. Leur diagnostic répond à des critères précis, et leur prise en charge nécessite des actions thérapeutiques ciblées dans un contexte médical.

SE FORMER AUX PREMIERS SECOURS DE SANTÉ MENTALE

Les Premiers secours en santé mentale (PSSM), c'est l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début ou la détérioration d'un trouble de santé mentale ou qui est dans une phase de crise, avant l'intervention des professionnels de santé.

Des formations sont régulièrement organisées en France.

www.pssmfrance.fr

LE MOTEUR DE RECHERCHE "RETAB.FR"

Gratuit et sans inscription, Retab.fr permet de trouver facilement une structure de réhabilitation psychosociale, un dispositif d'accompagnement, d'hébergement ou de soins pour les personnes souffrant de

troubles psychiques, en France ou dans les territoires ultra-marins. www.retab.fr

Lignes et services d'écoute à consulter sur : www.psycom.org/sorienter/les-lignes-decoute

MonSoutienPsy de la Secu

L'assurance maladie prend en charge intégralement 12 séances en présentiel ou en distanciel. Une partie est pris en charge par la CPAM (60 %) le reste est pris en charge par la mutuelle (40 %). Un médecin (généraliste, spécialiste, médecin scolaire...) évalue le besoin de prise en charge de son patient. Pour bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie il faut, prendre directement un rdv chez un psychologue conventionné, soit évoquer ce besoin avec un médecin ou une sage-femme. Il n'est plus obligatoire de passer par un médecin pour consulter un psychologue faisant partie du dispositif.

(<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-mon-soutien-psy>)

Chaque année, 1 Français sur 5 est touché par un trouble psychique, soit 13 millions de personnes.

Source : 5e édition de l'Observatoire-Place de la santé de la Mutualité Française, 2021 et l'article "Santé mentale et psychiatrie : répondre à la forte demande de soins des Français" publié sur Vie-publique.fr (2021).



L'OPÉRATION KINALGO DÉPLOYÉE EN PARTENARIAT AVEC LE SERVICE RELATIONS HUMAINES

UN COACH PERSONNEL SUR SON ÉCRAN

Votre mutuelle ne rembourse pas seulement vos soins : même quand tout va bien, elle est là pour vous aider à préserver votre santé! Bien manger, bouger, arrêter de fumer, éviter ou retarder l'apparition de problèmes de santé, promouvoir le dépistage précoce de certaines maladies. C'est le défi de la prévention, devenue une priorité essentielle de nos Mutuelles. Son ADN en quelque sorte.

La commission prévention, soutenue par les deux conseils d'administration multiplie les initiatives en direction des adhérents actifs et non-actifs. Ces initiatives déploient un programme adapté aux besoins de nos adhérents à toutes les étapes de la vie. De nombreux ateliers ont été proposés au fil des ans. Pour ceux du siège, l'ouverture de la salle des sports et le succès qu'elle rencontre, prouvent le bien-fondé de l'engagement de la Mutuelle qui co-finance cette structure initiée par la Direction Générale et gérée par l'association sportive et culturelle DDM.

"Actuellement nous réfléchissons à permettre aux retraités d'accéder à cette salle" précise Eric Gabarrot président de la Mutuelle Réalisations sociales. Ceci se fera en discussion avec la direction et les responsables de l'association sportive et culturelle de La Dépêche.

"VOUS AVEZ DIT KINALGO"

La commission prévention planche sur un nouveau projet en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines du groupe DDM : la mise en place de l'opération KINALGO. Ce projet s'adresse aux salariés du groupe pôle OUEST qui travaillent dans les agences extérieures. Sous condition d'abonnements, ils auront accès à des modules de sport-prévention. "L'innovation au service de l'entreprise et de ses salariés!" affiche le site de KINALGO, conçu par Sébastien Bourrel, kinésithérapeute et ostéopathe du sport, spécialiste de la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS). Il est parti du constat que de plus en plus de ces troubles étaient liés au travail, au sport et aux loisirs.

Ces TMS sont les premières causes d'inaptitude au travail car explique-t-il, la majorité des personnes ne connaissent pas les bons gestes. Par le biais de modules numériques, le salarié adapte individuellement l'ergonomie de son poste de travail,

soigne ses étirements musculaires et pratique le renforcement musculaire afin d'être plus endurant. "Étirement ; renforcement ; ergonomie sont les trois clés pour une bonne prévention des TMS", précise Sébastien Bourrel. Installé devant son ordinateur ou son smartphone, 24 heures /24 , 7jours /7 , l'adhérent salarié qui aura souscrit l'abonnement et quelles que soient ses tâches de travail et ses activités physiques personnelles, recevra des conseils ultra-personnalisés pour une prévention individualisée et des données personnelles sécurisées..

POUR ÊTRE ACTEUR DE SA PRÉVENTION SANTÉ

Un coach personnel sur son écran! Ainsi chacun devient un acteur autonome de sa prévention, en toute liberté et suivant le rythme souhaité. L'application propose aussi un accès aux premiers secours. Le conseil d'administration de la Mutuelle Réalisation Sociale qui s'est réuni le 9 décembre a pu découvrir le projet en présence de son créateur Sébastien Bourrel. A l'issue de cette présentation la convention de partenariat entre la direction du groupe Dépêche du Midi et la Mutuelle Réalisations Sociales a été validée.

La commission prévention de la Mutuelle, en relation avec le service des Ressources humaines va travailler début 2025 pour sa mise en place et élaborer de nouveaux projets prévention, toujours axés sur le bien-être et le mieux être dans la vie professionnelle, mais aussi en lien avec la vie personnelle





SITES VACANCES :

LES LOCATIONS SONT OUVERTES POUR CET HIVER, LUCHON SE RÉINVENTE

Les préparatifs des fêtes ne sont plus dans les têtes, c'est le moment de penser vacances d'hiver et de printemps et de réserver un séjour dans l'un des trois sites vacances de la Mutuelle Réalisations sociales : Valras, Bidart et Luchon.

Bonne nouvelle : le conseil d'administration a voté à l'unanimité le maintien des tarifs 2025 au même prix que ceux de 2024. Une décision responsable qui répond à la philosophie mutualiste d'être au plus près des attentes de ses adhérents. Tarifs maintenus malgré plusieurs hausses indépendantes de la mutuelle : taxe de séjour, taxe foncière, coût de l'énergie et de l'entretien. "Il était hors de question de répercuter ces hausses sur le dos des locataires" précise le président Eric Gabarrot.

C'EST LE MOMENT DE RÉSERVER

D'autant que les trois sites répondent aux normes de confort sans cesse amélioré. Ainsi des travaux ont été réalisés à la villa de Valras avec la réfection de la cuisine et de la salle de bain ; ce qu'ont constaté les membres de la commission RATP qui visitent ces sites deux fois l'an.. En cette période hivernale c'est plutôt l'appartement de Luchon qui attire le plus. La station de Superbagnères affiche des nouveautés dans le domaine skiable avec notamment l'offre de ski de rando et ses circuits évolutifs compatibles avec tous les niveaux. Exemple : un circuit permettant de monter tout en haut de la piste des Marmottes avec évolution des difficultés. La station proposera la version hiver du best seller de l'été : le quad électrique. Un effort a été réalisé sur les web cam. Des travaux de génie civil ont tiré des câbles afin de mettre en place de nouvelles caméras dont une au sommet du Céciré, sur le plateau et sur le secteur de la télécabine. Celle-ci permet de relier la station



en 8 minutes. En voiture l'accès est désormais possible avec la réfection du pont de Ravi. Et si les 28 pistes ne suffisent pas aux amateurs de glisse, ils ont le choix parmi d'autres activités : airboard, VTT, snake gliss, parapente et même le canyoning hivernal. Luchon c'est aussi ses thermes.

La première station thermale des Pyrénées s'est offerte une nouvelle jeunesse après deux ans de travaux. Les curistes en rhumatologie et voies respiratoires découvriront un nouvel environnement. Il est situé à quelques minutes à pied de l'appartement de la mutuelle.

BIDART (la semaine) : basse saison : 330 € ; moyenne saison : 460€ ; haute saison : 700€

LUCHON : 385 € la semaine, toute l'année. Si cure (prescription médicale) 3 semaines consécutives : 720 € (soit 240 € la semaine)

VALRAS (la semaine) : basse saison : 300 € ; moyenne saison : 430€ ; haute saison : 700€

Courts séjours pour tous les sites (hors vacances scolaires). La validation de la location se fait 8 jours avant. 2 nuits/3 jours : 130 €. 3 nuits/4 jours : 170 €

Consultation et réservations sur le site : mutuelle-depeche.fr

RÉSIDENCE SARRAUT : L'ÉTUDE ÉNERGÉTIQUE A RENDU SES CONCLUSIONS

Le conseil d'administration de la Mutuelle Réalisations sociales a décidé d'engager une étude / diagnostic de performance énergétique dans les trois bâtiments de la résidence Sarraut. L'objectif étant d'optimiser au maximum les économies d'énergie phoniques et thermiques. Cela concerne la consommation d'eau, le chauffage, le renouvellement de l'air. Cette étude a été confiée à la société ACCEO avec l'appui de la Sogem. Elle est terminée et a fait l'objet d'un rapport de synthèse. La modélisation de cette étude s'est faite en 3 D sur les bâtiments afin d'obtenir les informations les plus pertinentes. Il en ressort plusieurs pistes : - isoler les plafonds des garages - revoir les sous-toitures. Après réflexion, la solution du remplacement des chaudières par des pompes à chaleur a été écartée.

L'isolation par l'extérieur est une troisième éventualité. Si le coût reste à préciser, cette opération tournerait autour de 800 000 euros. Des aides financières ne sont pas à exclure. Une philosophie se dégage pour l'opération Sarraut : ne pas faire porter le poids financier des travaux sur les locataires. Un groupe de travail sera constitué pour une fin de chantier en 2026 .

"Cette question dénote l'intérêt que porte le conseil d'administration à la résidence Sarraut fleuron du patrimoine immobilier de la Mutuelle. Cette résidence reste la propriété de la Mutuelle et l'on ne peut oublier qui nous l'a transmise. Nous sommes garants de son avenir" conclut Eric Gabarrot, président de la Mutuelle Réalisations Sociales.

"L'énergie, la solidarité, la proximité, au service de chacun"

MUTUELLES DU GROUPE DÉPÊCHE

RÉGIES PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ

TÉLÉCHARGEZ
NOTRE MAGAZINE
MUTUELLE
INFOS
N°70

sur notre site
www.mutuelle-depeche.fr

TOUT SUR NOTRE SITE
www.mutuelle-depeche.fr

INFOS PRATIQUES

HORAIRES ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE

du lundi au vendredi
de 10h à 12h et de 14h à 16h
Tél. : 05 62 11 35 00

Courriel : mutuelle@ladepeche.fr
Site : www.mutuelle-depeche.fr
Assistance : 0969 321 169 (24h/24 - 7j/7)

Pensez à nous rappeler
votre numéro d'adhérent
pour toute demande à la mutuelle

MUTUELLE INFOS

N° de publication : ISSN 1952 997 X
Tiré à 1 750 exemplaires
est une publication éditée par

**LA MUTUELLE DU GROUPE
LA DÉPÊCHE DU MIDI**

Avenue Jean-Baylet - 31095 Toulouse Cedex 9

La mutuelle Complémentaire santé du Groupe
La Dépêche du Midi est régie par le code
de la mutualité et soumise au contrôle
de l'Autorité de Contrôle Prudentiel
et de Résolution (ACPR)

Directeurs de la publication

Gilbert Calixte-Rigal et Eric Gabarrot

Rédaction :

Marie-Françoise Borie, Anne Déro,
Jean-Pierre Roland, Virginie Di-Costanzo,
Marielle Isolda

Mise en page :
Mathis Ducourneau (PAO OCI)

Photos et infographies
Gettyimages - Archives Mut Infos

Impression : Atelier Print

2^{ÈME} CAMPAGNE DE VACCINATION AU COLLÈGE



Le ministère de la Santé a reconduit le dispositif national de vaccination contre le papillomavirus à destination des enfants dès 11 ans, lancé en 2023. Cette campagne vise à faire vacciner gratuitement les collégiens en classe de 5^{ème} dans les établissements publics et privés. L'année dernière, plus de 100.000 élèves ont pu être vaccinés grâce à ce dispositif. La vaccination n'est pas obligatoire et nécessite l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale. Le papillomavirus humain est une infection sexuellement transmissible qui peut être à l'origine de cancers de l'utérus, de la gorge et de l'anus. Chaque année, environ 6300 cas de cancers sont causés par le papillomavirus.

Source Ameli.fr, Institut national du cancer, sante.gouv.fr



CARNET

Ils nous ont quittés

MONTELS Guilhemine	07/09/2024
BARCELO Suzanne	09/09/2024
GRANDO René	12/09/2024
BALUSSOU Françoise	25/09/2024
MANO Lucien	01/10/2024
BREHM Marceline	06/10/2024
MARTIN Odette	10/11/2024
PROUDHOM Yvette	24/11/2024
SLAGMULDER Denis	28/11/2024

Ils sont arrivés

Olivia BISSONNET	12/06/2024
Yzée SCHINDLER	05/07/2024
Juliette VALZER	27/08/2024
Alexis VERGNAUD	26/09/2024