

infos

le magazine de votre mutuelle



n° 87 - janvier 2021



*En 2021, soyons plus que jamais ensemble et solidaires !
La Mutuelle vous présente ses meilleurs vœux pour l'année à venir.*

Au sommaire

Bien renseigné, bien protégé	
Grippe saisonnière, faut-il se faire vacciner ?	P. 2
En bref	P. 3
Financement de la Sécurité sociale	P. 4
Assemblée générale de la Mutuelle	P. 6
Zoom sur...	
l'interruption volontaire de grossesse	P. 8
Ostéoporose, une maladie mal connue	P. 11
Vos droits	
Consultations d'informations juridiques et fiche pratique	P. 12
La Mutuelle au congrès de la FMF	P. 15

jour après jour, construisons la solidarité

Grippe saisonnière :

Pourquoi est-il conseillé de se faire vacciner contre la grippe ?



Tous les ans, en France, la grippe touche jusqu'à 8 millions d'entre-nous et provoque de 10 à 15 000 décès.

Cette année, nous devons également faire face à l'épidémie de Covid-19. Alors, est-il utile de se faire vacciner contre la grippe et pourquoi ? Voici quelques réponses aux questions que vous pouvez vous poser.

Contagieuse, cette maladie saisonnière tue chaque année plusieurs milliers de personnes. Elle touche le système respiratoire et peut prendre des formes graves. En 2018, elle a entraîné 1,8 million de consultations dans les cabinets médicaux, 11 000 hospitalisations et 9 900 décès. La prévention de cette maladie est un enjeu de santé publique.

Le vaccin contre la grippe est particulièrement recommandé aux personnes dites fragiles : personnes âgées de plus de 65 ans, personnes atteintes d'une maladie chronique, femmes enceintes... Autant de profils également plus vulnérables face au coronavirus. « La vaccination réduit le risque de complications. C'est un moyen efficace de protéger les personnes les plus sujettes aux formes graves de grippe », précise l'Assurance Maladie.

« Le vaccin contre la grippe permet de se protéger soi, mais aussi de protéger son entourage à la fois personnel et professionnel », souligne le docteur Sylvaine Le Liboux, médecin généraliste. « Malheureusement, il y a une couverture vaccinale insuffisante chez les personnes à risque. En 2018, seules 47,2 % d'entre elles ont eu recours à la vaccination. »

Les gestes barrières (port du masque, distance, lavage des mains...) nous protègent-ils de la grippe ?

Oui, ces gestes, de bon sens, sont également recommandés pour limiter la circulation du virus de la grippe. Appliqués systématiquement par l'ensemble de la population, ils devraient donc freiner sa propagation.

Le vaccin contre la grippe protège-t-il de la Covid-19 ?

Non. Le vaccin contre la grippe ne protège pas du virus SARS-CoV-2, responsable de l'épidémie. Cependant se faire vacciner contre la grippe en période de Covid-19 peut aider à faire la différence entre les deux maladies en cas de symptôme malgré la vaccination.

De plus, la vaccination peut permettre de diminuer les nombreuses hospitalisations dues à

la grippe et ainsi limiter l'engorgement des hôpitaux durant cette période hivernale.

Les soignants sont-ils vaccinés contre la grippe ?

Le vaccin est fortement conseillé aux professionnels de santé en contact régulier avec des personnes à risque de grippe grave, précise l'Assurance Maladie.

Quand doit-on se faire vacciner ?

Pour une efficacité maximale, le vaccin doit être inoculé avant la période d'épidémie. Il faut compter environ quinze jours entre le moment de la vaccination et celui où l'on est protégé contre la grippe.

Qui est habilité à vacciner contre la grippe ?

Le vaccin peut être effectué par votre médecin traitant mais également par les sages-femmes, les infirmier(e)s, les pharmaciens volontaires.

Le vaccin est-il pris en charge ?

Le vaccin est pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie pour les personnes âgées de plus de 65 ans, les malades atteints de certaines maladies chroniques (diabète, asthme, insuffisance respiratoire...), les professionnels de santé. La mutuelle propose et prend intégralement en charge le vaccin pour ses adhérents âgés de 60 à 65 ans.

Depuis fin 2018, les modalités de vaccination sont simplifiées. Toutes les personnes de 18 ans et plus pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée peuvent retirer directement leur vaccin à la pharmacie, sur simple présentation de leur bon de prise en charge adressé par l'Assurance Maladie. Pour les personnes de moins de 18 ans, la prescription médicale reste indispensable.

Le vaccin a-t-il des effets indésirables ?

Le vaccin est bien toléré dans la plus grande majorité des cas. Les réactions indésirables éventuelles sont bénignes et transitoires. La plus fréquente est une douleur à l'endroit de la piqûre.

Plan de vaccination COVID

Le Premier ministre a annoncé le 3 décembre que la campagne de vaccination anti-Covid devrait démarrer en France fin décembre début janvier.

Le vaccin sera gratuit pour tous et non obligatoire.

Le plan vaccinal est prévu en trois étapes :

Phase 1 : résidents et personnels des Ehpad, fin décembre-début janvier. Au total : 1 million de personnes.

Phase 2 : les personnes présentant un facteur de risque lié à l'âge ou une pathologie chronique, ainsi que certains professionnels de santé, début en février 2021.

Puis, élargissement progressif aux personnes de plus de 75 ans, aux plus de 65 ans, et aux plus de 50 ans et professionnels de santé entre février et mars. Au total : 14 millions de personnes.

Phase 3 : le reste de la population, au printemps. Les publics prioritaires de cette étape sont les personnes âgées de 50 à 64 ans, les professionnels de secteurs essentiels, les personnes vulnérables et précaires et les personnes qui les prennent en charge, les personnes vivant dans des lieux confinés, clos.



Vos garanties mutuelle 2021

Vous trouverez jointe à cet envoi la plaquette regroupant les documents réglementaires en vigueur au 01/01/2021 dont vous devez avoir connaissance :

- Le tableau des garanties 2021
- Les statuts de la mutuelle modifiés par l'assemblée générale du 22 septembre 2020,
- Le règlement mutualiste, modifié par l'assemblée générale du 22 septembre 2020
- Une information sur la vente à distance
- Une information relative aux frais de gestion

Ce document de référence vous informe sur les clauses de votre contrat mutualiste. Nous vous conseillons de le conserver durant l'année à venir.



Le reste à charge zéro en 2021

Tous les assurés peuvent bénéficier du reste à charge Zéro, Il s'agit du remboursement intégral de dispositifs en optique, dentaire et audioprothèses, instauré par la réforme dite «100 % santé» depuis le 1er janvier 2020.

Le principe de la réforme repose sur :

- **Une obligation pour les organismes complémentaires**, dans le cadre des contrats responsables, de prendre en charge la totalité du reste à charge des prestations appartenant au «panier RAC Zéro»
- **Une obligation pour les professionnels de santé et les distributeurs** de proposer à la vente des équipements répondant aux critères du «panier RAC Zéro»
- **Une modification des nomenclatures** permettant une différence de base de remboursement de la Sécurité Sociale selon que les équipements relèvent ou non du «panier RAC Zéro».

Cette mesure vise à éviter le renoncement aux soins sur les trois postes

de dépenses qui étaient marqués jusqu'ici par un reste à charge élevé.

En optique et dentaire, la réforme s'applique depuis le 1^{er} janvier 2020.

Au 1^{er} janvier 2021, de nouveaux dispositifs en dentaire et audioprothèses sont accessibles, notamment les appareils auditifs.

Pour que cette réforme atteigne son objectif de réduction du renoncement aux soins, il est indispensable que les professionnels de santé jouent le jeu.

Ils ont l'obligation de proposer au moins une offre «100% santé » à leurs patients et d'établir un devis permettant de comparer les différentes offres. Le patient est ensuite libre de choisir le panier de soins qu'il souhaite.

Nous voici enfin arrivés au bout de cette année 2020. La crise que nous subissons a des conséquences sanitaires, économiques et sociales qui vont marquer pour longtemps chacun d'entre-nous.

Depuis mars 2020, le Président de la République nous a affirmé qu'il n'y aurait pas d'augmentation d'impôt pour compenser les dépenses provoquées par cette pandémie.

Mais comment doit-on appeler une nouvelle taxe sur les complémentaires santé mise en place dès 2021 qui va impacter directement les cotisations des adhérents mutualistes ?

Déjà élevées, les taxes sur les cotisations des complémentaires santé vont atteindre 16,7 % du montant de la cotisation !

Les mutuelles ne sont pas des collecteurs d'impôts. Leur vocation est de permettre à chacun de se soigner.

Les mutuelles sont des sociétés à but non lucratif. Ce ne sont pas des entreprises d'assurances qui distribuent leurs bénéfices à des actionnaires.

Chaque euro versé par les adhérents est mis en commun et leur est reversé en prestations ou en services.

La Mutuelle conteste les arguments avancés et refuse de faire subir à ses adhérents cette mesure injuste. C'est pour cela qu'en 2021 elle ne répercutera pas cette taxe et maintiendra le barème des cotisations 2020 pour tous les adhérents. Il n'y aura pas d'augmentation de cotisation en 2021.

Parce que nous considérons que l'urgence est de redonner du pouvoir d'achat aux ménages et de continuer à se battre pour affirmer que la santé n'est pas une marchandise mais un bien commun de première nécessité.

Pour conclure, permettez-moi de vous adresser au nom de la Mutuelle, mes meilleurs vœux de santé et de bonheur pour l'année à venir.

Financement de la Sécurité sociale : Où sont passés les «jours heureux» ?



Malgré la crise sanitaire qui continue de démontrer les carences du système de protection sociale et les alertes lancées par les personnels de santé, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2021 est toujours dans une logique d'austérité pour l'hôpital et de réduction des dépenses en matière de protection sociale.

Dans ce plan 2021, adopté le 30 novembre par l'Assemblée nationale, ce sont bien les salariés et les retraités qui financent une large part de la crise provoquée par l'épidémie de COVID 19, au travers de la CSG et de la CRDS alors que les employeurs bénéficient toujours de réductions d'impôts (20 milliards d'Euros) et de baisse des cotisations sociales.

La création d'un «forfait urgence»

Dans les « nouveautés de l'année », on peut notamment citer le « forfait urgence ». Une nouvelle façon de taxer les usagers de l'hôpital en créant cette dépense supplémentaire dont l'effet sera de pénaliser encore plus les personnes les plus modestes et en situation de précarité. Tous ceux qui ne peuvent accéder à la médecine de ville pour des raisons financières ou par manque de médecins et ont recours aux urgences devront désormais payer s'ils se

rendent à l'hôpital sans qu'une hospitalisation soit nécessaire.

Ce n'est pas un choix d'aller aux urgences. C'est pour bon nombre aujourd'hui le seul moyen de recevoir des soins. Combien de personnes vont définitivement renoncer à se soigner si elles n'ont même plus les moyens d'accéder à l'hôpital ? Quelle sera la conséquence sanitaire de cette mesure ?

Une taxe supplémentaire pour les complémentaires santé

On peut également parler de la taxe imposée aux complémentaires santé qui, selon le gouvernement, ont fait des économies durant les périodes de confinement en raison du renoncement à se soigner d'un grand nombre de leurs adhérents. Ce renoncement est une réalité mais une fois encore, quelle en sera la conséquence dans les mois qui viennent ? Tous ceux qui n'ont pas voulu ou pas pu se faire soigner ne vont pas guérir spontanément.

Il est très probable que ce retard dans les soins se traduise par une aggravation de l'état de santé d'une part de la population. Pour ce qui concerne les mutuelles, le montant de cette taxe supplémentaire sera autant d'argent qui ne sera pas utilisé pour les adhérents.

L'hôpital : grandes déclarations, pour petits effets

Quant à l'hôpital, il est à nouveau soumis à des mesures d'économies pour 4 milliards d'Euros. On aurait pourtant cru à un changement de cap après les déclarations du Président de la République au printemps dernier. Il semblait pourtant sincère dans sa prise de conscience de l'importance des moyens mis en œuvre pour préserver cet inestimable bien commun qu'est notre système de santé et l'importance d'un hôpital public doté de moyens... On en est loin !

Les 180 € d'augmentation accordés aux personnels (en deux fois !) ne sauraient compenser l'absence de moyens matériels et humains permettant de travailler dans des conditions acceptables. Quand y aura-t-il une réelle prise de conscience des besoins en personnels dans les hôpitaux ? Et que dire des Ehpad ? A la place d'un plan d'embauche, ce sont les fermetures de lits et les regroupements d'établissements qui continuent de se poursuivre.

A croire que la première vague de coronavirus n'a rien enseigné à nos gouvernants et laisse, 6 mois plus tard, le pays aussi désarmé.

Une «cinquième branche» à la Sécurité sociale

Terminons par l'annonce de la création d'une « cinquième branche » de la Sécurité sociale, instituée pour le grand âge et la perte d'autonomie (les quatre autres sont la maladie, les accidents du travail et maladies professionnelles, la retraite et la famille). Enfin ! Pourrait-on dire.

Oui, mais... elle ne fera pas vraiment partie du système de Sécurité sociale puisqu'elle ne sera pas financée par les cotisations sociales mais à 90 % par la CSG. Elle sera donc sous la tutelle de l'Etat et conçue avec un dispositif qui assure un minimum de protection et ouvre à l'assurantiel pour davantage de garanties. C'est l'incitation à la capitalisation.

Et puis, est-il juste de séparer maladie et handicap ? D'autant que la perte d'autonomie n'est pas systématiquement liée à l'âge. Alors pourquoi faire le choix d'une « cinquième branche » plutôt que de renforcer l'assurance maladie ?

Le constat de ce projet de loi de finances de la Sécurité sociale 2021 est que l'on s'éloigne un peu plus chaque année d'une sécurité sociale gérée par les assurés sociaux et financée par les cotisations. C'est une nouvelle étape vers la fiscalisation et un contrôle toujours plus grand de l'état sur notre Sécurité sociale. Nous sommes bien loin des fondamentaux du système.

LE PLFSS EN QUELQUES CHIFFRES

3 400 lits d'hôpitaux
ont été fermés en 2019 et cela continue.

4 milliards d'euros
d'économies sont imposées à l'hôpital public.

45 milliards d'euros
C'est l'évolution du déficit de la Sécurité
sociale en 2020

0,15 point de la CSG
vont servir à financer la «cinquième
branche» dédiée à la perte d'autonomie
(cela représente 90 % du financement de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNCA), créée après la canicule de 2003.)

Des assemblées générales dématérialisées



Le 22 septembre se tenaient les Assemblées générales de la Mutuelle complémentaire et des activités sociales, dans un contexte bien particulier avec la pandémie du Covid-19 et ses restrictions.

La volonté du Conseil d'administration a été de maintenir le plus possible le lien avec les délégués pour faire vivre la démocratie dans nos Assemblées générales qui ne pouvaient se tenir qu'en visio-conférence.

Ce sont 146 délégués sur 227 qui ont participé aux votes des résolutions.

Les délégués ont fait part de leurs interrogations et débattu sur la situation générale et les choix retenus pour la mutuelle.

Un exercice pas facile à travers un écran, pour faire vivre les valeurs mutualistes de solidarité et de proximité. Personnels techniques, administrateurs, délégués : tous ont relevé le défi.

Si la visio-conférence nous a permis de tenir nos assemblées générales, avec un gain de temps pour les votes, dans des conditions acceptables compte tenu de la situation sanitaire, la relation directe et physique nous a manqué.

Nous ne redirons jamais assez l'importance des délégués dans le fonctionnement de la mutuelle. Ils représentent les adhérents pour faire entendre leurs attentes en matière de protection sociale et de gestion de la mutuelle.

Mises à jour réglementaires

Vous trouverez joints à ce numéro d'Infos MC, les statuts et le règlement mutualiste applicables au 1^{er} janvier 2020. Ces documents réglementaires ont été mis à jour lors de l'assemblée générale du 22/09/2020.

Election du tiers sortant et du bureau du conseil d'administration de la MCV PAP

Conformément aux statuts de la mutuelle et à la suite de l'élection du tiers sortant des administrateurs par l'assemblée générale, le conseil d'administration du 30 septembre 2020 a procédé à l'élection de son bureau :

Martine DA LUZ,
Présidente de la MCV PAP

Frédérique LAIZET,
Vice-Présidente

Abdelhak ZOMBO,
Vice-Président

Jean-Noël GERARD,
Secrétaire général

Jean-Luc DEBEHOGNE,
Trésorier

Christiane CLARAC,
Administratrice

Anne LE LOARER,
Administratrice

Patricia PETIT,
Administratrice

Cotisations 2021 : Défendre le pouvoir d'achat

L'assemblée générale du 22 septembre dernier a validé la proposition du conseil d'administration de ne pas augmenter le barème des cotisations en 2021.



Avec cette proposition, validée par l'Assemblée générale du 22 septembre, le Conseil d'administration a décidé de ne pas augmenter le barème des cotisations et de ne pas répercuter sur ses adhérents la taxe Covid-19 d'un taux de 2,6 % en 2021.

Maintien du barème 2020 sur les cotisations 2021

Les adhérents qui n'ont pas eu d'augmentation de traitement auront 0% d'augmentation de cotisation. Les adhérents dont le traitement a été augmenté, resteront sur le barème de cotisa-

tion de 2020, selon leur base de salaire.

Dans un contexte difficile et malgré les décisions néfastes votées dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, la Mutuelle complémentaire a voulu préserver au maximum le pouvoir d'achat des adhérents. Par ce choix la Mutuelle se situe bien en-dessous des annonces d'augmentation d'une majorité de complémentaires santé.

Notre mutuelle, avec les Mutuelles de France, a engagé la campagne « pas de taxe sur ma santé ». Nous disons «Non à

la taxe Covid-19 et au forfait urgences». Mesures qui conduisent à faire payer davantage les malades et à les culpabiliser.

Par la solidarité des adhérents, nous voulons éviter l'individualisme assurantiel et maintenir le principe « chacun reçoit selon ses besoins et cotise selon ses moyens ».

Pour maintenir cette solidarité, plus nombreux nous serons, plus forts nous serons. Renforçons la mutuelle pour défendre nos valeurs humanistes.

Taxe COVID :

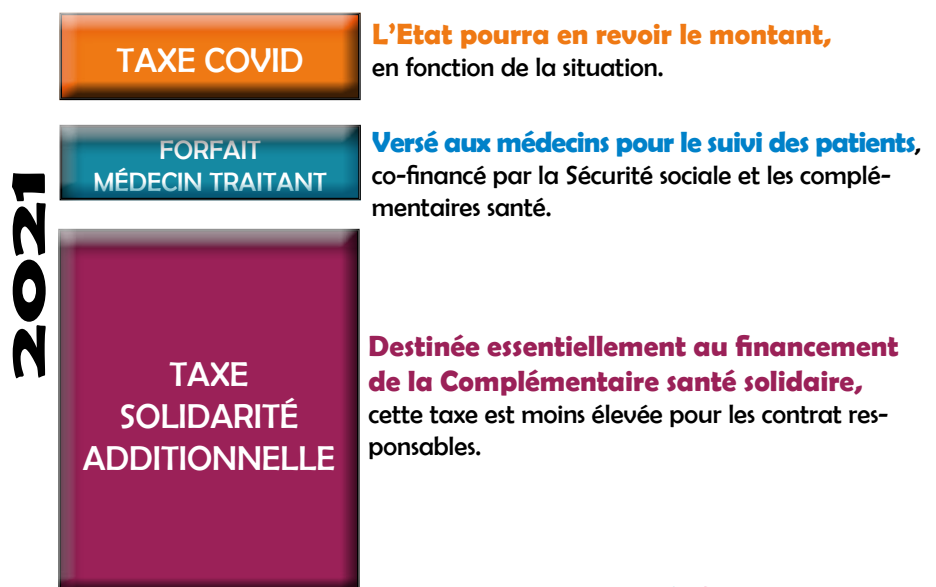
Un impôt qui ne dit pas son nom

Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2021 prévoit une hausse de + 2,6 points de la fiscalité sur les complémentaires santé, soit 1,5 milliards d'euros en 2021 et 0,5 milliard en 2022, à payer en plus par les assurés sociaux. C'est bien un impôt de plus sur la santé.

A titre de comparaison, les boissons sucrées dont la consommation excessive aggrave les maladies chroniques sont taxées à **5,5 %** alors que l'accès à une complémentaire santé est taxé à **16,7 %**.

Entre les deux, quel est le bien de première nécessité : Soda ou santé ?

Taxer la santé, c'est l'assimiler à une marchandise. Mais on ne choisit pas d'être malade !



L'interruption volontaire de grossesse (IVG)



Le droit à l'avortement est un acquis majeur des femmes qui a fait l'objet d'un long combat pour qu'elles puissent disposer de leur corps et que ce droit soit garanti par la loi.

Qu'elle soit majeure ou mineure, toute femme enceinte qui ne souhaite pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou une sage-femme l'interruption de celle-ci.

Quel est le délai légal pour pratiquer une IVG ?

En France, une IVG peut être pratiquée avant la fin de la douzième semaine de grossesse, (14 semaines après le début des dernières règles).

Qui peut demander une IVG ?

Toutes les femmes disposent en France des mêmes droits d'accès à l'IVG, y compris les femmes étrangères.

Les jeunes femmes mineures peuvent choisir de demander le consentement d'un de leurs parents ou représentant légal et ainsi être accompagné dans leur démarche d'IVG. Si elles souhaitent garder le secret, l'IVG est pratiquée à leur seule demande. Dans cette hypothèse, elles doivent se faire accompagner dans leur démarche par une personne majeure de leur choix.

Quelles sont les méthodes utilisées ?

Il existe 2 méthodes d'IVG : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale (ou instrumentale).

La technique utilisée dépend du terme de la grossesse, du choix de la femme concernée et de son état de santé.

L'IVG médicamenteuse (prise de 2 médicaments différents - l'un interrompt la grossesse, l'autre provoque l'expulsion de l'embryon - au cours de 2 consultations médicales différentes) peut être réalisée :

- soit en cabinet de ville auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en centre de santé ou en centre de planification et d'éducation familiale, jusqu'à la fin de la 5^e semaine de grossesse (7^e semaine après le début des dernières règles) ;

- soit en établissement de santé (hôpital ou clinique) jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse (9^e semaine après le début des dernières règles) ;

L'IVG instrumentale (dilatation du col de l'utérus et évacuation du contenu utérin par aspiration) peut être réalisée jusqu'à la fin de la 12^e semaine de grossesse (14^e semaine après le début des dernières règles) uniquement en établissement de santé (hôpital ou clinique) ou dans un centre de santé autorisé à la pratiquer.

Quelles sont les démarches ?

Plusieurs étapes doivent être respectées avant et après l'intervention.

Deux consultations médicales préalables sont obligatoires avant la réalisation d'une IVG.

Au cours de la 1^{re} consultation, vous faites votre demande d'IVG, vous recevez des

Covid-19 : allongement du délai d'une IVG médicamenteuse

Durant la période d'urgence sanitaire*, une IVG médicamenteuse en téléconsultation à domicile est possible jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse (soit 9 semaines après la date des dernières règles). La pharmacie délivre les médicaments nécessaires sans frais et anonymement.

* Une loi parue au Journal officiel le 15 novembre 2020 a autorisé le prolongement de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 16 février 2021 inclus.

informations orales sur les différentes méthodes d'IVG, les lieux de réalisation, les risques et les effets secondaires possibles. Un dossier-guide sur l'IVG vous est également remis.

Le médecin ou la sage-femme vous propose un entretien psycho-social. Il est facultatif si vous êtes majeure, mais obligatoire si vous êtes mineure.

Cette consultation donne lieu à la délivrance d'une attestation de consultation médicale.

Il n'existe plus de délai de réflexion minimal entre la première et la deuxième consultation, sauf si vous avez choisi de bénéficier de l'entretien psycho-social. Dans ce cas, vous avez un délai de réflexion de 48 heures avant de remettre votre consentement écrit. Si vous êtes majeure et que vous n'avez pas choisi de bénéficier de l'entretien psycho-social, vous prenez le temps de réflexion que vous jugez nécessaire pour votre décision, en tenant compte du délai légal pour la réalisation de l'IVG (12 semaines de grossesse).

Lors de cette 2^e consultation médicale vous confirmez votre demande d'IVG et remettez votre consentement écrit à votre médecin ou à votre sage-femme.

Vous choisissez, avec le médecin ou la sage-femme la méthode d'IVG la plus adaptée à votre situation (terme de la grossesse, état de santé...).

A noter : l'IVG fait partie des exceptions au parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire qu'il vous est possible de consulter directement un médecin autre que votre médecin traitant. L'accès à un gynécologue est libre : inutile d'aller consulter votre médecin traitant avant de consulter un gynécologue.

Lorsque le professionnel (médecin ou sage-femme) ne pratique pas lui-même l'IVG, il doit vous communiquer le nom d'un praticien ou d'une structure réalisant cet acte. Il vous restitue votre demande et vous remet une attestation prouvant que vous vous êtes bien conformée aux étapes préalables obligatoires (temps d'information et temps de remise du consentement).

(suite page 10)

Le délit d'entrave à l'IVG est puni de 2 ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.



IVG : vers un allongement du délai légal ?

Les députés ont voté, le 8 octobre, en première lecture, l'allongement à 14 semaines de grossesse (au lieu de 12 actuellement), du délai légal pour recourir à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Quarante cinq ans après la loi Veil, le sujet de l'avortement reste très sensible et suscite toujours de nombreux débats.

Les députés ont adopté en première lecture, l'allongement de 12 à 14 semaines du délai autorisé par la loi pour interrompre une grossesse -avec 86 voix pour et 59 voix contre-, répondant ainsi à une forte demande émanant de nombreuses associations militant pour les droits des femmes.

Celles-ci mettent en avant les délais de rendez-vous trop longs, les inégalités territoriales d'accès à l'IVG, les gynécologues faisant jouer leur clause de conscience pour refuser d'intervenir sans réorienter les patientes vers un autre praticien alors que la loi l'exige. Aujourd'hui encore, chaque année, entre 3 et 5 000 femmes se rendent à l'étranger pour réaliser une IVG qu'elles n'ont pu faire en France.

Le texte adopté par les députés propose également de supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG pour les médecins et de permettre aux sages-femmes de réaliser des IVG chirurgicales jusqu'à la dixième semaine de grossesse.

L'ordre des médecins, « déconseille » la suppression de la clause de conscience ainsi que le « transfert de compétences » vers les sages-femmes « compte tenu de leur absence actuelle de qualification chirurgicale ».

De son côté l'Académie de médecine a émis un avis défavorable considérant que « l'acte pourrait être dangereux pour la santé des femmes ». Selon l'Académie, le problème repose plus sur une « prise en charge plus rapide » des femmes, lorsqu'elles souhaitent avoir recours à une interruption de grossesse. Elle recommande « de maintenir le délai légal » actuel tout en « rendant plus accessibles et dans des délais moindres », les établissements qui prennent en charge l'interruption volontaire de grossesse.

Le sujet de l'IVG est toujours très sensible. Même si le projet est soutenu par de nombreux élus de la majorité, le ministre des Solidarités et de la Santé, a appelé à attendre l'avis du Comité consultatif national d'éthique (Ccn) sur ces questions.

Il faudra donc du temps avant que ce nouveau droit en matière d'IVG soit effectif. Le texte devra être adopté au Sénat avant de revenir devant l'Assemblée nationale. Sans une poursuite de la mobilisation pour les droits des femmes, on peut craindre que cette avancée ne voie jamais le jour.

Soyez attentive aux délais, notamment si l'IVG est prévue dans un établissement de santé.

Tous les établissements de santé publics ou privés ne pratiquent pas les deux techniques d'IVG (instrumentale et médicamenteuse). Il est important de s'informer le plus tôt possible auprès de l'établissement choisi ou au numéro national anonyme et gratuit

«Sexualités – Contraception – IVG» 0800 08 11 11

Certains établissements sont surchargés et les délais peuvent être très longs. Il est nécessaire d'en tenir compte pour prendre rendez-vous.

Comment se déroule l'intervention ?

IVG instrumentale (ou chirurgicale)

La technique chirurgicale consiste en une aspiration du contenu de l'utérus, précédée d'une dilatation du col de l'utérus. Une canule de calibre adapté au stade de la grossesse est introduite par le médecin dans l'utérus pour aspirer le contenu utérin. L'ouverture du col utérin peut être facilitée par l'administration d'un médicament.

L'intervention peut être réalisée sous anesthésie locale ou générale. Vous choisissez avec l'aide du médecin le mode d'anesthésie le mieux adapté à votre situation.

L'hospitalisation dure en général quelques heures, mais l'intervention en elle-même dure une dizaine de minutes.

Une contraception efficace est indispensable dès la réalisation de l'IVG. La méthode contraceptive que vous avez choisie vous sera prescrite avant la sortie.

Le taux de réussite de la méthode instrumentale est de 99,7 %, le risque d'échec est donc très faible.

IVG médicamenteuse

La technique médicamenteuse consiste à prendre 2 médicaments (le 1^{er} servant à interrompre la grossesse et le 2nd à provoquer l'IVG).

Le 1^{er} médicament (Mifépristone) est pris en présence du médecin ou de la sage-femme au cours d'une 1^{re} consultation. Il interrompt la grossesse, favorise les contractions de l'utérus et l'ouverture du col utérin.

Le 2nd médicament (Misoprostol ou Géméprost) est pris de 36 à 48h plus tard en consultation ou à votre domicile. Il augmente les contractions et provoque

l'IVG. Les contractions utérines induisent des douleurs qui ressemblent à celles des règles, parfois plus fortes et qui peuvent être réduites grâce à la prescription d'analgiques.

Les saignements peuvent se produire très vite dans les 4 heures suivant la prise du misoprostol, et parfois plus tardivement dans les 24 à 72 heures suivant la prise du misoprostol.

Cette méthode ne nécessite ni anesthésie, ni intervention chirurgicale.

Le taux de succès de la méthode médicamenteuse est d'environ 95 %.

Les complications après une IVG sont rares. Cependant, dans les jours suivant l'intervention, vous pouvez, dans certains cas, présenter :

- de la fièvre, avec une température supérieure à 38 °C ;
- d'importantes pertes de sang ;
- de fortes douleurs abdominales ;
- un malaise.

Si vous présentez l'un ou plusieurs de ces symptômes/signes, vous devez alors rapidement contacter l'établissement où a eu lieu votre IVG, car cela peut être un signe de complication.

Dans les deux cas (IVG médicamenteuse ou instrumentale), si votre groupe sanguin est rhésus négatif, vous recevrez une injection de gamma-globulines anti-D pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse. Pensez à vous munir de votre carte de groupe sanguin.

Après l'intervention

Une visite de contrôle est absolument nécessaire après l'IVG. Elle doit intervenir entre le 14^e et le 21^e jour après l'intervention chirurgicale ou médicamenteuse. Elle permet de s'assurer qu'il n'existe pas de complication.

Lors de cette consultation de contrôle, le

médecin ou la sage-femme vérifie que vous disposez d'un moyen contraceptif adapté à votre situation.

Il vous est également proposé de bénéficier d'un entretien psycho-social si vous le souhaitez.

Quelle est la prise en charge financière d'une IVG ?

Les frais relatifs à l'IVG sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sur la base de tarifs forfaitaires. Le coût des examens nécessaires à la réalisation d'une IVG sont eux aussi intégralement remboursés.

L'IVG est prise en charge à 100 % dans le cadre d'un tarif forfaitaire avec dispense totale d'avance de frais pour :

- les jeunes filles mineures non émancipées sans consentement parental ;
- les femmes bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- les femmes bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME)

Attention aux informations trouvées sur certains sites Internet

Certains des sites Internet que vous trouverez via les moteurs de recherche vous indiqueront qu'ils proposent une information neutre et médicale. Ils sont en réalité édités par des militants anti avortement. Il en va de même pour les forums où certains témoignages sont montés de toutes pièces par des opposants au droit à l'interruption volontaire de grossesse.

Ils sont parfois difficiles à reconnaître mais méfiez-vous systématiquement des sites et numéros verts consacrant par exemple une grande part de leur contenu à la maternité et aux soi-disant complications et traumatismes liés à une IVG.

Pour toute information sur l'avortement, privilégiez les sources d'information officielles proposées par le Ministère des solidarités et de la Santé et ses partenaires :

le site www.ivg.gouv.fr

le numéro anonyme et gratuit 0800 08 11 11 « sexualités, contraception, IVG »

et le dialogue avec les professionnels de santé.

OSTÉOPOROSE : une maladie encore trop mal connue



L'ostéoporose est une maladie dont on parle peu. Elle touche notamment les femmes après 50 ans, mais les hommes peuvent aussi la développer. Elle se caractérise par une diminution de la masse osseuse entraînant une augmentation du risque de fracture.

L'ostéoporose est une maladie liée au vieillissement qui altère le squelette. Elle entraîne une diminution de la masse de l'os et une détérioration de la structure interne du tissu osseux dont la conséquence est l'augmentation du risque de fractures. Cette maladie touche surtout les femmes ménopausées, à cause du déficit en œstrogènes. Elle peut concerner également les hommes.

En France, l'ostéoporose est à l'origine de 400 000 fractures (vertèbres, col du fémur et poignet essentiellement). Après une fracture, seulement 20 % des femmes sont orientées vers un dépistage de la maladie, puis prises en charge. On estime que 39 % des femmes autour de 65 ans – jusqu'à 70 % pour les plus de 80 ans – en souffrent.

Comment diagnostiquer la maladie ?

L'ostéodensitométrie est un examen radiologique, rapide et indolore qui mesure la densité minérale osseuse (la masse de calcium contenue dans l'os).

L'examen n'est pris en charge par la Sécurité sociale à 70 %, sur la base de 39,96 € que pour les patients présentant des facteurs de risques (antécédents de fractures personnels ou familiaux, indice de masse corporelle inférieur à la moyenne, prise de corticoïdes pendant plus de trois mois, ménopause précoce...), sur prescription médicale. La mutuelle complète cette prise en charge.

Hors de ces cas-là, l'examen n'est pas

remboursé par la Sécurité sociale. Dans le cadre de ses prestations « prévention », La Mutuelle propose un forfait ostéodensitométrie annuel de 60 €, quelle que soit votre couverture (voir les conditions sur le tableau des garanties).

Si vous avez plus de 50 ans, s'il y a des cas d'ostéoporose dans votre famille, si vous ne mangez pas de produits laitiers, si votre taille a diminué de 4 centimètres ou plus... prenez conseil auprès de votre médecin traitant.

Quels sont les traitements ?

Après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D et lorsque le risque de fracture est jugé élevé, on envisage une prise en charge médicamenteuse.

Les différents médicaments disponibles se distinguent :

- par leur mode d'action : soit ils freinent la perte de masse osseuse, soit ils stimulent la formation osseuse, soit ils ont les deux actions,
- par la localisation préférentielle de leur action. La diminution du risque de fracture peut concerner uniquement les vertèbres ou la hanche, ou les deux, ou d'autres localisations.

Les médicaments les plus utilisés pour traiter l'ostéoporose sont les bisphosphonates. Ces molécules freinent l'activité des ostéoclastes, les cellules qui dégradent l'os, limi-

tant ainsi la perte osseuse.

Une fois décidé, le traitement de l'ostéoporose doit être pris sans interruption. C'est un traitement long (plusieurs années). Même si la personne n'a aucune fracture, le traitement ne doit pas être arrêté. Un traitement interrompu n'est pas utile pour prévenir le risque de fracture sur 5 à 10 ans.

Des mesures d'hygiène de vie et de diététiques indispensables

Avant tout traitement spécifique de l'ostéoporose et en accompagnement du traitement d'une ostéoporose diagnostiquée il est particulièrement recommandé de respecter les conseils suivants :

- Bougez tous les jours, marchez, pratiquez des exercices d'étirement, pour entretenir votre musculature, et diminuer ainsi le risque de chute.
- Mangez équilibré en favorisant les aliments riches en calcium (gruyère, gouda, moules) et en vitamine D (beurre, poisson gras, jaune d'œuf). En cas de carence en vitamine D, un supplément (ampoules) peut être apporté.
- Maintenez votre poids à un niveau correct : un poids insuffisant accroît le risque de fracture.
- Ne fumez pas et modérez votre consommation d'alcool.

VOS DROITS



En tant qu'adhérent de la mutuelle, vous bénéficiez gratuitement de consultations d'informations juridiques. Pour comprendre vos droits et le système dans lequel ils s'appliquent, la mutuelle vous propose une consultation avec une juriste, au siège de la mutuelle ou par téléphone.

Relations familiales

Régimes matrimoniaux unions libres,
Emancipation des mineurs,
Décès, successions,
Grossesses et naissances,
Education,
Tutelle, ...

Santé

Droit des patients, hospitalisation,
Accès aux soins, ...

Consommation

Litiges, abus, recours,
Achat, vente, location de biens,
Acquisition, construction,
Transactions internet, ...

Formalités et relations administratives

Etat-civil, casier judiciaire,
Amendes, Aide juridictionnelle,
Savoir à qui s'adresser,
Juridictions compétentes,
Recours administratifs, ...

Logement

Loyer, bail, congé, état des lieux,
Relations de voisinage,
Acquisition, construction, copropriété,
Caution, ...

Vie professionnelle

Relations de travail,
Risques professionnels,
Mise à pied, licenciement, ...

Fiscalité

Impôts sur le revenu ...

- vous informer sur vos droits,
- vous conseiller sur les démarches à entreprendre face à un litige,
- vous indiquer la marche à suivre dans le cas où vous souhaiteriez vous présenter seul devant le tribunal,
- déclarer vos accidents de la voie publique et vous aider à chiffrer l'évaluation de votre préjudice,
- vous aider à rédiger des courriers,
- vous orienter auprès des professionnels du droit

**Consultations sur place, au siège de la mutuelle
ou par téléphone, uniquement sur rendez-vous.**

Appelez le **01.42.76.12.30**

ou adressez votre message à **sjuridique@mc602.com**

Les frais de procédure et les honoraires des professionnels du droit ne sont jamais pris en charge par la mutuelle.



Le divorce par consentement mutuel selon la procédure contractuelle

(par acte sous seing privé par avocats)

Les différentes étapes de la procédure

Etape 1 : Une convention est rédigée par les avocats respectifs des époux.

Pour aboutir au divorce, les avocats établissent une convention que les époux vont signer.

La convention doit contenir : l'état civil complet des époux et de leurs enfants, l'identité des avocats, l'accord des époux sur la rupture du mariage et sur ses effets tels que définis dans leur convention.

La convention doit prévoir la possibilité ou non pour la femme de porter le nom de son mari une fois divorcée, ou inversement.

Les intéressés précisent leur lieu de résidence et le sort du logement familial.

La convention définit les conditions d'exercice de l'autorité parentale sur les enfants et notamment :

- La résidence de ceux-ci ;
- Le montant des pensions alimentaires dues pour eux ou la justification du non-versement, en cas de résidence alternée notamment ;
- La prise en charge, financière et matérielle, des trajets entre les domiciles des parents ;

En cas de résidence alternée des enfants, il est utile de désigner le parent qui sera attri-

butaire des prestations familiales.

La convention indique s'il y a lieu à versement ou non d'une prestation compensatoire entre conjoints.

La convention précise le sort des donations et avantages matrimoniaux qu'ont pu se consentir les époux.

La convention indique la prise d'effet du divorce. Elle précise que le mariage est dissous à la date à laquelle elle sera déposée au rang des minutes du notaire.

La convention comporte, à peine de nullité, l'état liquidatif du régime matrimonial ou la déclaration qu'il n'y a pas lieu à liquidation.

Une fois le projet de convention finalisé, il est adressé par l'avocat par lettre recommandée avec accusé de réception à son client.



Délai de réflexion de 15 jours

Etape 2 : Signature de la convention

Le projet de convention ne peut être signé, à peine de nullité, avant l'expiration d'un délai de réflexion d'une durée de quinze jours à compter de

la réception.

La convention de divorce est signée par les époux et leurs avocats ensemble, en trois exemplaires (le cas échéant, quatrième exemplaire pour permettre la formalité de l'enregistrement).

Le cas échéant, y sont annexés le formulaire signé et daté par chacun des enfants mineurs, l'état liquidatif de partage en la forme authentique et l'acte authentique d'attribution de biens soumis à publicité foncière.



Délai de 7 jours

Etape 3 : Transmission au notaire

La convention de divorce et ses annexes sont transmises au notaire, à la requête des parties, par l'avocat le plus diligent, aux fins de dépôt au rang des minutes du notaire, dans un délai de sept jours suivant la date de la signature de la convention



Délai de 15 jours

Etape 4 : Dépôt de la convention au rang des minutes du notaire

Le notaire contrôle le respect des exigences formelles, s'assure également que le projet de convention n'a pas été signé avant l'expiration du délai de réflexion.

Le notaire ne reçoit pas les époux ni leurs avocats ; il ne vérifie pas leur consentement, l'équilibre de la convention, l'opportunité des solutions et le discernement des enfants. Ces missions sont assurées par l'avocat. Il n'est tenu que d'un contrôle formel.

Le dépôt au rang des minutes donne ses effets à la convention en lui conférant date certaine et force exécutoire.

Le divorce est inscrit en marge des actes d'état civil des époux (acte de mariage et actes de naissance).

La preuve du divorce, à l'égard des tiers, est apportée par l'attestation de dépôt délivrée par le notaire ou une copie de celle-ci.

(1) Deux exceptions à cette procédure : si un enfant mineur du couple exerce son droit de demander à être entendu par le juge, ou si un des époux est placé sous un régime de protection. Le divorce par consentement mutuel reste alors possible mais selon la procédure judiciaire.

Congrès de la Fédération des Mutuelles de France (FMF)

Un congrès mutualiste «de combat»



Photo Vivamagazine

Une délégation de la Mutuelle a participé au congrès de la Fédération des Mutuelles de France qui s'est déroulé à Brest fin octobre, juste avant l'annonce du reconfiement.

Ce moment d'échange et de réflexion sur le rôle et la place des mutuelles prouve que les idées sont au rendez-vous et que la volonté d'une société plus juste est toujours l'ambition du mouvement mutualiste

Ce congrès, qualifié « de combat » par Jean-Paul Benoit, Président de la FMF, a été un temps d'échanges et de débats sur ce que peut et doit être le mouvement mutualiste. Sur ce que les mutuelles sont capables d'apporter afin d'améliorer l'accès aux soins, à la prévention pour tous. Il a été largement question de ce qu'elles peuvent inventer et développer pour favoriser le lien et la solidarité entre les populations, notamment autour des questions de santé.

« Si on veut empêcher que le monde d'après soit bien pire que celui d'avant, nous devons sans attendre nous remobiliser et faire entendre haut et clair notre voix, la voix des premiers de corvée, la voix de l'aile marchante de la mutualité, celle qui a toujours indiqué le sens du progrès social de la liberté et de la justice. Ce qui nous mobilise, c'est militer. » (Jean-Paul BENOIT, Président de la FMF)

Notre objectif commun, réaffirmé pendant ce congrès est que toute personne, tout au long de sa vie, soit en sécurité sociale et se trouve assurée d'avoir un accès à des soins répondant à ses besoins où qu'elle vive, quels que soient ses revenus.

Dans cette période sociale et économique difficile pour une grande majorité d'entre nous, même si les annonces du gouvernement en matière de protection sociale ne vont pas dans le sens du progrès et du droit à la santé pour tous, l'esprit mutualiste est

toujours vif et créatif pour rechercher des solutions permettant d'améliorer les conditions de vie de chacun.

« Nous voulons une société démocratique qui garantisse le droit à la santé et qui mette tous et toutes en sécurité sociale. Nous devons ces "jours heureux" à la génération qui vient et à laquelle nous n'offrons pour l'heure que des stages mal rémunérés, des emplois sans statut, un accès aux soins défaillant et à qui on refuse les minima sociaux. Les "jours heureux", le nom que le Conseil national de la Résistance avait donné à son programme quand la France occupée était à terre, son idéal trahi, son économie ruinée, ses villes détruites, ne sont pas un luxe, mais un espoir légitime. La 6e puissance mondiale a les moyens de les mettre en œuvre, ce n'est pas une question d'argent, mais de volonté politique. » (Jean-Paul BENOIT, Président de la FMF)

La réflexion commune de ce congrès va se traduire par plusieurs axes de travail :

- Construire le militantisme mutualiste dont nous avons besoin pour défendre notre conception de la protection sociale,
- Renover nos modes d'actions pour faire connaître et partager nos idées,
- Repenser nos lieux mutualistes et agir comme acteur du mouvement social pour faire entendre notre conception d'une société où la santé est un bien commun et non une marchandise.

La Mutuelle s'inscrit pleinement dans ce programme et se donnera les moyens de le mettre en œuvre.

Des délégués engagés et motivés

Valérie Froberger et Farid Kolli, sont deux nouveaux administrateurs de la MCVPAP, élus lors de l'assemblée générale de septembre dernier. Ils participaient pour la première fois à un congrès mutualiste. Nous leur avons demandé de nous parler de leur parcours et de nous faire part de leur appréciation après cet immersion dans le monde mutualiste.

Valérie FROBERGER : «Adhérente depuis plusieurs années à la Mutuelle complémentaire et au centre 602 de Sécurité sociale, j'ai rejoint le conseil d'administration de la mutuelle en septembre 2020. Je souhaite pouvoir apporter ma contribution dans les domaines de la protection sociale, la prévention, le bien-être au travail pour toutes et tous ainsi que plus largement sur le volet social des activités de la mutuelle.

Je suis aide-soignante à l'AP-HP depuis 1994 et mon engagement syndical (membre du bureau de l'union syndicale CGT AP-HP, mandatée au CHSCT central de l'AP-HP et au CHSCT local de l'hôpital Raymond Poincaré) m'a permis d'acquérir connaissances et compétences en matière de santé publique. Très attachée à l'hôpital public, je participe également activement à sa défense.

Je viens de participer pour la première fois à un congrès de la fédération des mutuelles de France. Cette nouvelle expérience m'a permis de me familiariser avec le monde de la mutualité qui porte des valeurs qui me sont chères : la solidarité, la justice sociale, la démocratie, la défense des libertés...

La richesse des débats aux cours des ateliers de travail sur les thèmes de la santé, de la protection sociale, de la solidarité et de la démocratie ont suscité réflexions et propositions de réponses solidaires pérennes face aux crises majeures que nous traversons. Nos vies sont bousculées. Que ce soit sur le plan sanitaire, économique et social, ou encore celui de la démocratie, malmenée

par la politique ultralibérale portée par le gouvernement Macron ; tout n'est que remise en cause : atteinte à nos libertés individuelles et collectives, au droit du travail, et toujours moins de moyens pour la santé.

Il est urgent de « repenser » le monde dans lequel nous voulons vivre. Que cette société soit plus juste et solidaire pour toutes et tous. Les mutuelles ont leur place dans cette réflexion et c'est dans ce projet que je souhaite m'inscrire.»

Farid KOLLI : «Je suis entré à l'APHP en 1998. Formé aux techniques de logistique, je me suis familiarisé tout au long de mon parcours avec le monde hospitalier. En 2010 j'ai pris la décision de me syndiquer. Cette adhésion a été décidée collectivement au sein du service logistique qui a choisi de rejoindre la CGT. J'ai ensuite été élu secrétaire du syndicat CGT de l'hôpital Bretonneau puis, après un cursus de formation, secrétaire du CHSCT de ce même hôpital et titulaire du CTE de groupe, au sein duquel je représente l'hôpital Bretonneau.

M'engager auprès de la Mutuelle m'a semblé une suite logique. J'ai beaucoup échangé avec la correspondante mutuelle de mon établissement et j'ai pensé que mes dix ans d'expérience de terrain, en tant que représentant du personnel mais également avec une expertise CHSCT pourraient être utiles à la mutuelle, c'est la raison pour laquelle j'ai proposé ma candidature au conseil d'administration.

Je suis fier de faire partie de cette Mutuelle

qui est très importante pour moi et dans laquelle je retrouve les valeurs que je porte déjà à travers mon engagement syndical. C'est une continuité dans l'histoire du mouvement ouvrier, de la solidarité. Je souhaite pouvoir contribuer à son développement.

Notre système de protection sociale est précieux. Il doit être préservé et développé. On a vu que c'est grâce à lui que nous avons pu traverser la première phase de la crise sanitaire et économique liée à l'épidémie de COVID 19. Nous en sommes à la deuxième vague, avec à nouveau une période de confinement. La solidarité liée à ce conquies social qu'est la Sécurité sociale est indispensable pour chaque citoyen.

La mutualité se doit de rappeler l'importance de maintenir cette protection sociale au plus haut niveau, avec comme objectif de permettre, en complémentarité, à tous un accès gratuit à la santé.

La vie est faite de haut et de bas. On ne sait pas ce qu'elle nous réserve. Et on voit les dégâts d'un système à l'américaine qui laisse les plus pauvres sans aucune couverture sociale.

Nous devons développer toujours davantage la solidarité, créer de nouveaux liens avec nos adhérents. J'ai participé lors du congrès de la FMF à un atelier dont le thème était de réfléchir aux espaces mutualistes de demain. Nous avons évoqué la création de lieux-tiers permettant de développer une dynamique, suscitant l'échange et le débat, des lieux ouverts, qui fasse du bien à tous. C'est une piste de réflexion intéressante à développer.

Je souhaite une mutuelle dans laquelle les adhérents ne soient pas des « clients » mais des acteurs. Une mutuelle à l'écoute de chacun, qui développe son offre en fonction des besoins. Je souhaite que nos adhérents mesurent l'importance d'une mutuelle comme la nôtre qui n'a pas de but lucratif et met tous ses moyens dans sa force de protection. Et plus nous serons nombreux, plus nous pourrions imposer ce mode de fonctionnement solidaire. C'est en ce sens que je souhaite travailler pour notre Mutuelle.»



Photo Vivamagazine

Origine France Garantie



Acétate bio
100 % recyclable

129 €

CE NE SONT PAS
JUSTE DES LUNETTES
CE SONT DES LUNETTES **JUSTE**
TOUS NOS BÉNÉFICES SONT RÉINVESTIS
DANS L'ÉCONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE.

Monture Juste de la gamme Pure Origine France Garantie - Prix en Euros TTC sans verre correcteur. Dans la limite des stocks disponibles. Ce dispositif médical est un produit de santé réglementé qui porte au titre de cette réglementation le marquage CE. Photo non contractuelle. Novembre 2020. MCAS - mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la Mutualité - SIREN 444 329 627