

JANVIER 2026

mutélios

#3 le Mag

PRÉVENTION

Les questions à se poser avant de choisir son professionnel de santé

NUTRITION

Alimentation anti-âge : quels aliments privilégier après 50 ans ?

DÉCRYPTAGE

Génération Z et santé : un rapport parfois compliqué

Abonnement digital à votre magazine Mutélios

Vous souhaitez recevoir votre magazine directement sur votre boîte mail plutôt que par courrier postal ? Vous pouvez aussi choisir d'interrompre totalement votre abonnement gratuit.

Quel que soit votre choix, il vous suffit de nous écrire à l'adresse contact@mutelios.fr en indiquant votre numéro d'adhérent et votre souhait.

Si vous n'avez pas d'adresse email, nos conseillers sont également disponibles au 01 44 62 33 40 pour enregistrer votre demande.

Une publication de Mutélios (ex CNM Prévoyance Santé), Mutuelle gérée par le Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au SIRENE sous le n°784492100

Siège social

93A rue Oberkampf
CS 91145
75553 Paris Cedex 11

Directeur de la publication

Jean-Pierre VADELORGE

Rédacteur en chef

Marc RUDONDY

Comité de rédaction

Patrick ABISSEROR, Danielle ROLLAND,
Roland DUBOIS, Delphine BOYRIE,
Jean-Christophe PERRÉARD

Rédaction/Conception/Création

Direction de la Communication

Impression

IMPRIMERIE IPS
Route de Paris
27120 PACY-SUR-EURE

© Mutélios

Toute reproduction d'articles, de photos ou d'illustrations doit faire l'objet d'une demande écrite auprès du rédacteur en chef. La rédaction n'est pas responsable des documents qui lui sont adressés spontanément.

Mutélios se réserve le droit de refuser toute insertion sans avoir à justifier sa décision. Document non contractuel.

Tirage : 17 512 exemplaires
Imprimé en France



4

> LE FIL ACTU

Évolution du 100% Santé. Comment vous faciliter les relations avec Mutélios et gagner du temps ?

6

> DÉCRYPTAGE

Génération Z et santé : un rapport parfois compliqué

Nés entre la fin des années 90 et le début des années 2010, la Génération Z, la « GenZ », bouscule les codes dans le domaine de la santé. Portrait d'une génération atypique.

8

> FOCUS

Automédication et recours aux soins : comment trouver le bon équilibre ?

Petits maux du quotidien, nuits écourtées par une toux agaçante, maux de tête qui pointent après une journée chargée... Face à ces petits soucis de santé, l'automédication est devenue un réflexe. Comment trouver l'équilibre entre autonomie et sécurité ?

10

> PRÉVENTION

Les questions à se poser avant de choisir son professionnel de santé

Choisir un professionnel de santé (médecin généraliste, spécialiste, infirmier...) est une décision importante. Il est donc essentiel de s'interroger sur ses besoins et ses attentes pour faire un choix éclairé.

12

> NUTRITION

Alimentation anti-âge : quels aliments privilégier après 50 ans ?

Après 50 ans le métabolisme ralentit, la masse musculaire diminue, les os deviennent plus fragiles. Quels aliments privilégier après 50 ans pour rester en bonne santé ? Hommes et femmes sont-ils égaux ? Faut-il prendre des compléments alimentaires ?

14

> LE + MUTÉLIOS

Médecins secteur 1, secteur 2... De quoi s'agit-il ?

En France, les médecins libéraux sont classés en différents secteurs tarifaires : secteur 1, 2 ou non conventionné. Quelles sont les différences entre ces différents secteurs ? Quelles sont les conséquences sur votre budget santé ?

16

> MUTÉLIOS & VOUS

Pôle Gestion : Le « cœur du réacteur » de Mutélios

Souvent soumis à rude épreuve notamment en raison de notre fusion, le Pôle Gestion joue un rôle essentiel. Ce pôle regroupe deux services complémentaires : Gestion des Adhérents et Prestations entièrement à votre service.

AU SECOURS...

ILS SONT DEVENUS FOUS !

Chers adhérents,

Un budget 2026 pour la Sécurité Sociale a, enfin, été adopté en première lecture le 09 décembre par l'Assemblée Nationale.

Ouf... pourrait-on se dire, il était temps !

Reste que ce dernier prend une fois encore les complémentaires santé comme bouc émissaire d'une Sécurité Sociale et d'un État incapables de se réformer !

Le sujet ? Pour réduire le déficit prévisionnel, les taxes perçues sur les cotisations des complémentaires (de 13,27% à 20,27% selon le contrat) vont être grevées de 2,05% supplémentaires pour un rendement attendu de 1,1 Md€.

Dit autrement, la taxation des complémentaires santé va augmenter de 10% à 15% en proportion selon le contrat !

*« une décision
politicienne
cynique et inique
qui revient ni
plus ni moins à
transférer ce déficit
sur les mutuelles »*

Pire encore, la mesure a été accompagnée du vote d'un amendement destiné à bloquer les prix des contrats santé l'an prochain au prétexte d'éviter que cette hausse de la taxation ne se répercute in fine sur les adhérents... là vraiment trop, c'est trop !

Faut-il rappeler à Messieurs nos députés qu'au sein de nos mutuelles se sont nos adhérents par l'intermédiaire de leurs représentants à l'Assemblée Générale qui décident de l'évolution des tarifs des contrats ?

Faut-il leur rappeler que les marges techniques sur l'activité complémentaire santé sont quasi nulles voire négatives pour les mutuelles (cf le rapport de la DREES 2025) ?

Faut-il leur rappeler que si une augmentation du tarif des contrats est votée par ceux-là même qui auront à la payer, c'est qu'elle est strictement nécessaire et justifiée ?

Revenir sur le droit fondamental d'une mutuelle à faire évoluer ses tarifs en fonction des prestations qu'elle verse à ses adhérents et de la fiscalité qu'elle subit, c'est remettre en cause l'existence même des mutuelles (en dehors d'être probablement inconstitutionnel).

Je ne suis pas de ceux qui critiquent systématiquement les décisions de nos élus, je suis totalement d'accord pour que nous trouvions, tous ensemble, les moyens permettant de réduire le « trou de la Sécu » ... mais pas au prix d'une décision politicienne cynique et inique qui revient ni plus ni moins à transférer ce déficit sur les mutuelles.

Le modèle mutualiste est un modèle vertueux qui depuis le 19ème siècle a témoigné de sa capacité à gérer « en bon père de famille » des organismes non lucratifs et à très forte utilité sociale. Le mettre en danger est tout simplement irresponsable !

Espérons toutefois que nos députés reviendront à la raison lors du vote définitif du PLFSS et permettez-moi, d'ici là de vous souhaiter de merveilleuses fêtes de fin d'année entourés des vôtres et de ceux qui vous sont chers.

Mutuellement vôtre



Jean Pierre
VADELORGE
Président de
Mutélios

MUTÉLIOS AUX CÔTÉS DE CASIOPÉE POUR SES 10 ANS !



Jean-Christophe
PERRÉARD

Le 28 novembre dernier l'Association Casiopéea dont Mutélios est partenaire depuis de nombreuses années fêtait ses 10 ans, entourée de nombreuses adhérentes et adhérents qui avaient troqué leurs baskets pour des tenues chic !

Jean-Christophe Perréard, Président de la Commission Action Sociale et Prévention et administrateur de Mutélios a prononcé quelques mots pour réaffirmer notre engagement auprès de l'association qui a pour objectif d'aider les femmes ayant souffert d'un cancer du sein de se réapproprier leur corps et leur guérison au travers de défis sportifs.

LE 100% SANTÉ ÉVOLUE

À compter du 1^{er} janvier le 100% sera étendu à la location de moins de 6 mois de ce que l'on appelle des VPH, des Véhicules pour Personne en situation de Handicap ce qui est le cas des fauteuils roulants prescrits par ordonnance. Les prothèses capillaires pour les personnes ayant perdu leurs cheveux à la suite d'une maladie sont elles aussi concernées par cette extension quand elles sont prescrites par un médecin dans le parcours de soins oncologiques ou un dermatologue.

Conseils anti-gaspillages

- Renouveler vos équipements optiques uniquement si c'est nécessaire, pensez à recycler vos montures si elles sont en bon état !
- Favoriser la dématérialisation : activez l'envoi électronique de vos relevés et documents afin de réduire l'usage du papier et d'accéder plus rapidement à vos informations
- Télécharger votre carte de tiers-payant depuis l'espace adhérent plutôt que de solliciter un duplicata. Les cartes papier étant envoyées une seule fois par an, cette version digitale permet de limiter les réimpressions et coûts d'envoi

DES ACTIONS DE PRÉVENTION AU PROFIT DES ADHÉRENTS

La Commission Action Sociale et Prévention poursuit son action auprès de l'ensemble des adhérents pour les conseiller, les accompagner ou encore les informer à la fois sur des problèmes de santé comme le mal de dos (Webinaire novembre 2025) ou encore l'endométriose, les mélanomes... tout au long de l'année avec notre partenaire Deuxièmeavis.fr. D'autres thématiques vous seront aussi proposées courant 2026.

Des services pour vous accompagner dans la vie quotidienne ou dans les moments difficiles. Inclus dans votre contrat, Mutélios vous propose différents services :

- Téléconsultation gratuite avec Medaviz,
- L'accès à des avis complémentaires avec notre partenaire Deuxièmeavis.fr,
- Assistance vie quotidienne ou assistance juridique avec Filassistance

N'hésitez pas à en profiter en cas de besoin et retrouvez les détails de ces services sur www.mutelios.com.

UN NOËL SOLIDAIRE

Cette année chez Mutélios, nous avons choisi de faire vivre notre philosophie, « le lien qui nous unit », au-delà de nos bureaux, en partageant un peu de la magie de Noël avec celles et ceux qui en ont le plus besoin. À l'occasion du Noël Solidaire, organisé par la Ville de Paris en partenariat avec la Fabrique de la Solidarité, nos équipes ont enfilé leurs bonnets de Père Noël et confectionné de belles boîtes remplies de cadeaux ! Un geste simple, mais qui, nous l'espérons, a apporté un peu de chaleur et de joie à celles et ceux qui en avaient besoin.



FACILITEZ-VOUS MUTÉLIOS

VOS ENVOIS COURRIER

- Merci de préciser le **nom et prénom du bénéficiaire** ainsi que le **numéro d'adhérent** sur vos courriers. L'orthographe indiquée par les professionnels de santé est parfois illisible ou erronée, ce qui rend difficile le rattachement des factures au bon adhérent.

EXTRANET ET CONTACT MAIL

- **Adresse email unique pour toute correspondance :** contact@mutelios.fr. Cette adresse doit être utilisée pour vos échanges, ainsi que ceux de votre famille ou des professionnels de santé.
- **Obtention du code d'accès extranet :** Votre code d'accès est communiqué une fois par an sur votre échéancier pour des raisons de sécurité et de protection des données. En cas de perte, votre demande devra être adressée **par écrit** avec une **pièce d'identité recto/verso**. Aucun code ne sera communiqué à un tiers sans l'accord de l'adhérent.

- **Fréquence des relevés de prestations :** Pour les adhérents n'ayant pas opté pour la dématérialisation, les relevés sont envoyés **3 fois par an** (janvier, mai, septembre), selon le modèle de la Sécurité Sociale. Pour consulter vos relevés plus fréquemment, créez votre espace adhérent.
- **Accès pour les adhérents ex-MFIF :** L'application MFIF et Moi n'est plus disponible. Vous devez désormais utiliser **Mutélios**. Depuis le site, un bouton « Accéder à votre ancien espace adhérent » permet de consulter l'historique de vos remboursements.
- **Carte de tiers payant :** Elle est téléchargeable depuis votre espace adhérent, rubrique « Ma carte de tiers payant ». Pour des raisons écologiques et économiques, les cartes papier sont envoyées **une seule fois par an**, en double exemplaire.
- **Privilégier les demandes écrites :** Pour une meilleure efficacité et pour fluidifier le flux d'appels, nous vous invitons à utiliser la **messagerie de votre espace adhérent** ou l' pour vos demandes d'information. Nos lignes téléphoniques reçoivent de très nombreux appels, ce qui ne

nous permet pas de répondre à toutes les demandes rapidement.

SOLIDARITÉ ET SÉCURITÉ = RESPONSABILITÉ

- Ne communiquez jamais votre code d'accès à des tiers et assurez-vous d'utiliser des mots de passe sécurisés, et de changer fréquemment.
- Même si votre professionnel de santé vous le demande, ne lui fournissez pas votre tableau de garantie. Celui-ci pourrait l'utiliser à mauvais escient et facturer en fonction de vos remboursements, ce qui impacte directement le montant de vos cotisations.
- Vérifiez systématiquement vos factures et relevés et assurez-vous qu'ils correspondent bien aux soins effectués.
- Déclarez sans délai toute anomalie, constatée sur vos documents, relevé de prestation, en cas de suspicion de fraude ou usurpation d'identité.
- Ne jamais accepter un acte ou une prestation non nécessaire ou « pour bénéficier d'une prise en charge plus importante ». Si une proposition vous semble inhabituelle ou suspecte pensez à demander notre avis.

GÉNÉRATION Z ET SANTÉ : UN RAPPORT PARFOIS COMPLIQUÉ



Nés entre la fin des années 90 et le début des années 2010, la Génération Z, la « GenZ », bouscule les codes dans le domaine de la santé. Plus connectée, plus informée mais aussi plus anxieuse, cette génération développe une relation particulière avec leur santé : information avant consultation, importance du bien-être, prépondérance de la santé mentale... Portrait d'une génération atypique.

La Génération Z représente aujourd'hui près d'un tiers de la population mondiale. Les membres les plus âgés de cette génération ont aujourd'hui la vingtaine tandis que les plus jeunes entrent tout juste dans l'adolescence. La prochaine décennie sera la leur. Génération hyper connectée car née avec le Web, smartphone dans la main, pandémie en toile de fond et planète qui se réchauffe, la santé pour la « GenZ » est sujet central en même temps qu'un terrain d'inquiétude.

UNE GÉNÉRATION TRÈS INFORMÉE... PARFOIS TROP !

Pour la Génération Z, la santé passe d'abord par l'écran ! Une douleur, un symptôme, une question ? Avant même d'envisager un rendez-vous chez un

professionnel de santé, direction les réseaux sociaux ou les moteurs de recherches. Tik Tok, YouTube, Instagram sont devenus les nouvelles salles d'attente, les nouveaux Vidal (NdR : dictionnaire médical). Cette auto-information présente un avantage : elle permet d'aborder les problématiques de santé sans tabou. Mais elle a aussi des revers : autodiagnosics erronés, témoignages anxiogènes, conseils approximatifs voire même dangereux, influenceurs autoproclamés experts... La frontière entre prévention et angoisse est parfois mince. La « GenZ » navigue dans un océan de contenus où tout se mélange : le sérieux, le charlatanisme, le marketing, les fausses bonnes idées, et où il est bien difficile finalement de distinguer fakenews et vérité.

UNE ATTENTION INÉDITE PORTÉE À LA SANTÉ MENTALE

S'il y a un bien un domaine où la Génération Z se distingue de ses aînés et fait bouger les lignes, c'est bien celui de la santé mentale. Là où leurs aînés auraient gardé le silence, les « GenZ » parlent de leur anxiété, de leurs angoisses de l'épuisement scolaire, de leurs troubles du sommeil ou de pression sociale pour réussir. Les réseaux sociaux favorisent la circulation de témoignages et contenus psycho-éducatifs qui déstigmatisent les troubles de leur santé mentale. Cette attention particulière portée à leur santé mentale s'explique aussi par leur exposition à des facteurs de stress spécifiques : incertitudes économiques, urgence écologique, pression académique, comparaison en ligne... Les consultations chez les psys explosent, les listes d'attente s'allongent et beaucoup de jeunes en souffrance ont du mal à trouver un soutien auprès d'un professionnel accessible et ce malgré des dispositifs comme « Mon Soutien Psy »

MANGER, BOUGER, DORMIR... PRIORITÉ AU BIEN-ÊTRE !

Plus que leurs aînés, les membres de la Génération Z sont obnubilés par tout ce qui a trait au bien-être ou qui pourrait l'améliorer. Se sentir mieux dans ses baskets pour être plus confiant, plus performant et plus résistant pour affronter un monde en crise, tel est l'objectif de cette génération qui n'hésite pas, pour les plus âgés, à consacrer un budget plus important que leurs aînés aux produits et services bien-être, les compléments alimentaires, la pleine conscience... Là encore les réseaux sociaux jouent un rôle majeur notamment dans les choix alimentaires de la GenZ.

4 HEURES

les jeunes de la Génération Z passent en moyenne plus de 4 heures sur leur téléphone portable

42 %

des « GenZ » se tournent directement vers les réseaux sociaux pour obtenir des informations de santé.

66 %

de la Génération Z utilisent des applications de bien-être et des traqueurs d'activité physique pour surveiller leur santé.

46 %

des membres de la Génération Z se sentent stressés ou anxieux tout le temps ou la plupart du temps.

(Source Livre blanc Deloitte sur la santé de la génération Z et des Milléniaux)

Pour cette génération, prendre soin de soi ne se limite plus à éviter la maladie. Il s'agit plutôt de construire un équilibre global. Sport en salle ou à domicile, yoga en ligne, alimentation végétale, compléments alimentaires, méditation guidée... autant d'outils qu'ils trouvent directement dans leur poche sur leur smartphone ! La prévention devient un mantra. Prendre soin de soi chaque jour s'impose comme un pilier du quotidien. Mais elle peut aussi devenir une injonction difficile à suivre et culpabilisante !

EXIGENCE ET MÉFIANCE ENVERS LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

La « GenZ » attend des professionnels qu'elle consulte plus de pédagogie, d'empathie, d'explications, d'écoute et de transparence. Ils veulent comprendre, être associée aux décisions et poser des questions sans se sentir jugée. Elle veut prendre une part active à leurs traitements et n'hésitent pas à changer de praticien si le courant ne passe pas. La téléconsultation, elle, coche toutes les cases : rapide, flexible sans déplacement...et via un écran !

En définitive, la Génération Z et la santé entretiennent des rapports paradoxaux : jamais un groupe n'a été aussi informé, aussi conscient des enjeux, aussi attentif au bien-être et en même aussi anxieux, avec une santé mentale aussi fragile !

« Mon Soutien Psy » un dispositif au secours de la GenZ

« Mon soutien psy » est un dispositif qui propose jusqu'à 12 séances d'accompagnement psychologique chez un psychologue partenaire. La séance coûte 50 euros. Elle est remboursée à 60 % par l'Assurance Maladie et par votre mutuelle (100% BR). « Mon soutien psy » s'adresse à toute personne, dès 3 ans, qui se sent angoissée, déprimée ou éprouve un mal-être.

AUTOMÉDICATION ET RECOURS AUX SOINS : COMMENT TROUVER LE BON ÉQUILIBRE ?

Petits maux du quotidien, nuits écourtées par une toux agaçante, maux de tête qui pointent après une journée chargée... Face à ces petits soucis de santé, l'automédication est devenue un réflexe pour nombre d'entre nous. Une pastille ici, un anti-douleur là, une tisane spéciale sommeil... Et hop ! la journée ou la nuit sont sauvées !! Mais derrière cette pratique devenue banale se cache une question essentielle : comment trouver l'équilibre entre autonomie et sécurité ?

Dans les pharmacies, les rayons dédiés à l'automédication, aux médicaments en accès libre ne cessent de gagner du terrain. Analgésiques, pastilles pour la gorge, antihistaminiques ou produits digestifs... Un vrai supermarché de la santé ! L'automédication répond à un double besoin : rapidité et simplicité.

QU'EST-CE QUE L'AUTOMÉDICATION ?

L'automédication consiste à utiliser un médicament sur sa propre initiative pour traiter des symptômes simples et déjà connus ou des maladies bénignes (fièvre, maux de tête, brûlures d'estomac, diarrhée...). Elle s'effectue sans avis médical et généralement aussi sans le conseil d'un pharmacien. Il peut s'agir de l'achat d'un médicament en libre-service, sans ordonnance ou de la consommation d'un produit déjà présent dans la pharmacie familiale.

DE QUELS MÉDICAMENTS S'AGIT-IL ?

Il peut s'agir de :

- Médicaments en accès direct à la pharmacie. Ces produits sont inscrits sur une liste spécifique

publiée par l'Agence Nationale de la Sécurité du Médicament (ANSM) et répondre à plusieurs critères précis : traiter une maladie bénigne dont le diagnostic peut être réalisé sans consultation de son médecin traitant et être accompagné d'une notice pour l'automédication (dose pour chaque prise, durée du traitement limitée à quelques jours), ne pas présenter des risques importants d'interactions médicamenteuses, avoir une forme d'administration simple (pas d'injection).

- Médicaments à prescription facultative : ils peuvent être prescrits ou non par un médecin mais ils ne sont pas en accès direct. Le pharmacien joue dans ce cas son rôle de conseil (s'assurer qu'il est sans danger, conseils de posologie...)
- Médicaments prescrits pour des traitements antérieurs présents dans la pharmacie familiale.

**8 FRANÇAIS
SUR 10**

ont recours à l'automédication pour des maux du quotidien (mal de tête, rhume, toux)

QUELS SONT LES AVANTAGES ?

L'automédication s'appuie sur deux éléments clés :

- La reconnaissance d'un symptôme connu et simple
- L'usage de médicaments sûrs, en respectant les conditions d'utilisation.

Si ces deux éléments sont respectés

l'automédication présente différents avantages.

Elle permet de :

- Gagner du temps car certaines infections bénignes ne nécessitent pas symétriquement de consulter. Elle peut soulager rapidement un symptôme.
- Renforcer l'autonomie en santé en permettant à chacun de mieux connaître son corps, ses réactions et ce qui peut le soulager.
- Désengorger les soins : en évitant de consulter pour ce que l'on appelle couramment de la « bobologie », l'automédication peut contribuer à laisser plus de place chez les professionnels de santé pour de vraies urgences ou des cas plus graves.

QUELS SONT LES RISQUES D'UNE AUTOMÉDICATION MAL MAÎTRISÉE ?

L'écueil principal de l'automédication est sans aucun doute le mauvais diagnostic. Parfois un symptôme jugé banal peut cacher une pathologie plus sérieuse. Cette erreur peut entraîner la prise d'un traitement inutile, inefficace qui va laisser se développer la vraie maladie. D'autres risques existent :

- Interactions et surdosage : de nombreux médicaments en accès libres contiennent les mêmes molécules que certains traitements prescrits. Ce qui peut provoquer des allergies, diminution de l'efficacité du médicament prescrit ou augmentation de sa toxicité.
- Mauvaise conservation du médicament dans votre pharmacie familiale.
- Population à risque : l'automédication est déconseillée aux femmes enceintes, aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes atteintes de maladies chroniques.

QUAND FAUT-IL CONSULTER ?

Voici quelques signaux qui justifient le recours aux soins :

- Persistance des symptômes ou aggravation (fièvre prolongée, douleur inhabituelle, toux de plus de 3 semaines, troubles digestifs récurrents).

CONSEIL

Comment trouver l'équilibre entre automédication et recours aux soins ?

Il est tout d'abord important de s'informer auprès de sources fiables comme votre pharmacien, les sites institutionnels et de surtout éviter les forums ou les influenceurs. Ensuite, il faut limiter la durée de l'automédication : pas plus de 2-3 jours pour une fièvre et de 5 jours pour un rhume ou une allergie mineure. Autre conseil important : lisez attentivement la notice et ne multipliez pas les médicaments pour éviter les doublons. Enfin demandez conseil à votre pharmacien. Il connaît les médicaments, leurs interactions, les contre-indications et peut vous orienter vers un médecin si la situation l'exige. Il vous donnera un avis rapide, gratuit et souvent déterminant pour éviter les erreurs.

- Apparition de nouveaux symptômes (vomissements, éruption cutanée, difficultés respiratoires...)
- Doute ne jamais hésiter à consulter au moindre doute sur les symptômes.



LES QUESTIONS À SE POSER AVANT DE CHOISIR SON PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Choisir un professionnel de santé (médecin généraliste, spécialiste, infirmier...) est une décision importante, surtout lorsqu'il s'agit d'un suivi sur le long terme comme le choix d'un médecin traitant. Avec l'offre croissante de services et la diversité des approches (médecine traditionnelle, complémentaire...), il est essentiel de s'interroger sur ses besoins et ses attentes. Voici quelques questions clés à se poser pour faire un choix éclairé et adapté à sa situation personnelle.

Il semblerait que nous mettions moins de temps à choisir un médecin qu'une voiture, et alors même que les implications sont loin d'être les mêmes ! Bien choisir son médecin, surtout s'il s'agit de son médecin traitant, est une étape clé pour garantir un suivi médical de qualité, en toute confiance. En premier lieu, il est important d'identifier ses attentes et ses besoins.

Certains vont donner la priorité à la proximité, à la disponibilité, être attentif à ses qualités de diagnostic, à sa capacité à discerner sous des symptômes anodins les signes d'une pathologie plus grave...

AI-JE À FAIRE À UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ DIPLÔMÉ ?

La 1^{ère} étape, qui peut sembler évidente mais qui pourtant mérite d'être abordée est de vérifier que l'on a bien à faire à un VRAI professionnel de santé avec des diplômes valides. Il existe de nombreux annuaires permettant de vérifier si les différents praticiens sont bien enregistrés auprès de leur autorité de tutelle et si une prise en charge de leur spécialité est possible par l'Assurance Maladie. Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages femmes, pédicures-podologues sont régis par des Ordres auprès desquels ils doivent obligatoirement être inscrits. Ces Ordres sont là pour faire respecter le cadre réglementaire et le code de déontologie de chaque profession. Sur chacun de leurs sites vous pouvez retrouver la liste des praticiens concernés.

Certains praticiens ne sont pas régis par un Ordre. C'est le cas par exemple des orthophonistes, des diététiciens, des ostéopathes. Ils sont cependant, tenus de s'enregistrer auprès de leur Agence Régionale de Santé (ARS) qui vérifie et valide leur diplôme. Ils sont tous répertoriés au sein du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

Une fois les qualifications vérifiées, il convient de déterminer ses besoins et les critères importants au choix de son professionnel de santé.

QUELS SONT MES BESOINS ET CRITÈRES IMPORTANTS ?

QUELS SONT MES BESOINS ?

Avant de chercher le « bon » professionnel, il est important d'identifier ses priorités :



- **Besoin d'un suivi régulier** : avez-vous besoin d'un médecin traitant pour un suivi régulier et sur le long terme ou plutôt d'un spécialiste pour une pathologie particulière (diabète, hypertension...) ?
- **Prévention** : souhaitez-vous un professionnel axé sur la prévention (vaccin, dépistage, conseil en hygiène de vie...) ?
- **Approche** : vous sentez-vous plus en confiance avec un praticien qui a une approche globale mixant médecine conventionnelle et approche complémentaire (ostéopathie, acupuncture...) ou un médecin strictement allopathique ?

QUELS SONT LES CRITÈRES QUI SONT IMPORTANTS POUR VOUS ?

- **Accessibilité** : il n'est pas toujours très simple de trouver un rendez-vous avec un médecin compatible avec son emploi du temps, avec ses moyens de transport... Le cabinet est-il accessible (transport, parking, ascenseur) ? N'est-il pas trop loin de votre domicile ou de votre travail ? Les horaires sont-ils compatibles avec votre activité ? Le praticien propose-t-il aussi des téléconsultations au cas où ?
- **Disponibilité** : quels sont les délais pour obtenir un rendez-vous ? Est-ce qu'il sera joignable en cas d'urgence ? Est-ce qu'il saura prendre le temps de vous écouter, de vous ausculter de façon rigoureuse à chaque rendez-vous ?
- **Tarifs** : même si votre santé n'a pas de prix, il est tout de même important de savoir si le praticien sélectionné est conventionné (secteur 1 ou 2) [cf Article le + Mutélios P14/15] ainsi que les tarifs pratiqués, tarifs qui doivent être affichés dans la salle d'attente, que vous pouvez consulter sur Doctolib ou demander au téléphone lors de votre prise de rendez-vous. Autre point important : savoir si les actes proposés par le praticien sélectionné sont remboursés par l'Assurance Maladie et s'il pratique le tiers payant.

D'autres critères de choix peuvent bien évidemment rentrer en ligne de compte comme la recommandation par un proche, par votre pharmacien ou par un autre professionnel de santé. Mais ce qui va sans aucun doute remporter votre décision, c'est votre première consultation. Est-ce que la salle d'attente et le cabinet de consultation vous semble propres, accueillants ? Le praticien prend-il le temps de vous écouter, de faire le tour de vos habitudes de vie au-delà de la pathologie pour laquelle vous venez consulter ? Le sentez-vous à l'écoute ? Bref vous sentez-vous en confiance ?

C'est sans aucun doute le critère déterminant dans le choix de votre praticien.

LE CAS PARTICULIER DU MÉDECIN TRAITANT

Pour un meilleur suivi médical et pour bénéficier du remboursement optimal de vos frais de santé par l'Assurance Maladie et votre mutuelle, il est nécessaire de déclarer un médecin traitant. Ce dernier assure votre suivi de santé sur le long terme et vous oriente à travers votre parcours de soins coordonnés. Il est votre interlocuteur privilégié en matière de soins de premier niveau et vous oriente vers les médecins spécialistes selon vos besoins. Il s'engage à :

- Assurer les soins et la prévention de 1^{er} niveau,
- Coordonner votre suivi médical et vous orienter vers des professionnels de santé spécialisés lorsque vos problèmes de santé sont hors de son champ de compétence,
- Gérer et compléter votre dossier médical partagé,
- Établir un protocole de soins en cas d'affection de longue durée (ALD)

Vous pouvez demander directement au praticien de remplir et transmettre la déclaration de médecin traitant en ligne à votre Caisse d'Assurance Maladie ou le faire vous-même par courrier à l'aide du formulaire disponible sur le site www.ameli.fr. Attention cependant, un médecin a le droit de refuser d'être votre médecin traitant notamment s'il a déjà trop de patients à charge. C'est notamment la grande difficulté rencontrée par les patients résidant dans les déserts médicaux et qui peinent à trouver un médecin pouvant prendre de nouveaux patients en tant que médecin référent.

Le libre choix de son médecin

Chaque patient a le droit de choisir son médecin que ce soit son généraliste ou son spécialiste (Art L110-8 du Code de la Santé Publique). Mais attention ! Le fait de choisir librement son médecin spécialiste ne signifie pas que vous pouvez le consulter quand vous le souhaitez ! Pour pouvoir bénéficier du remboursement de l'Assurance Maladie vous devez respecter le parcours de soins. Concrètement, vous ne pouvez consulter un spécialiste qu'avec une prescription médicale de votre médecin traitant à l'exception des spécialistes en accès direct : gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres, dentistes et stomatologues.



ALIMENTATION ANTI-ÂGE : QUELS ALIMENTS PRIVILÉGIER APRÈS 50 ANS ?

Après 50 ans le métabolisme ralentit, la masse musculaire diminue, les os deviennent plus fragiles et le risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, cancers...) augmente. Une alimentation adaptée peut aider à ralentir le vieillissement cellulaire, préserver la vitalité et réduire les risques de pathologies liées à l'âge. Alors, quels aliments privilégier après 50 ans pour rester en bonne santé ? Hommes et femmes sont-ils égaux ? Faut-il prendre des compléments alimentaires ?

Le vieillissement est un processus naturel progressif que certains facteurs peuvent accélérer (tabagisme, pollution, sédentarité...) mais aussi freiner. L'alimentation a le pouvoir de ralentir le vieillissement du corps et de l'esprit en apportant les nutriments nécessaires au bon fonctionnement de notre organisme. Si notre patrimoine génétique joue un rôle, notre mode de vie, notre alimentation déterminent jusqu'à 80% de la vitesse à laquelle nous vieillissons.

UNE ALIMENTATION SOUS INFLUENCE

Certains facteurs liés au vieillissement peuvent influencer notre rapport à l'alimentation au fur et à mesure que l'on avance en âge et peuvent entraîner la dénutrition chez un senior. C'est le cas notamment de la perte ou diminution de l'odorat et du goût. Mais aussi de la dentition qui avec la perte de dents ou la gêne due à un dentier peut perturber la mastication donc limiter la diversité alimentaire et le plaisir de manger indispensable à une bonne alimentation et au maintien du lien social. Rien de mieux qu'un repas partagé qui stimule l'appétit, rompt l'isolement et redonne du sens à l'acte de se nourrir. Il est donc important de prendre soin de ses dents et de conserver le plaisir de manger.

SIX FAMILLES D'ALIMENTS ANTI-ÂGE

- **Les fruits et légumes colorés** : puissants antioxydants naturels (polyphénols, caroténoïdes, vitamine C, flavonoïdes...), ils soutiennent la production de collagène, protègent les cellules de la peau contre les rayons UV et limitent la dégradation des fibres cutanées. Poivrons rouges, carottes, épinards, brocolis, agrumes, kiwis et fruits rouges sont nos alliés anti-rides !
- **Les légumineuses** : lentilles, pois chiches, haricots rouges participent à la gestion du cholestérol et aident notre organisme à traiter d'éventuelles inflammations.
- **Les protéines** : attention, il ne s'agit pas de n'importe quelles protéines. Il est important de privilégier les protéines maigres comme les œufs, les volailles ou le tofu et de limiter les viandes transformées ou riches en graisses saturées. Ces « bonnes » protéines aident au maintien de la masse musculaire, soutiennent les fonctions cognitives et les défenses immunitaires.
- **Les poissons gras** : saumon, sardines et maquereaux sont des sources naturelles d'oméga-3 reconnus pour leur effet sur la santé cardiovasculaire et cognitive.
- **Les oléagineux, graines et huiles végétales vierges** : vitamine E, zinc, magnésium... ils préviennent le stress oxydatif et soutiennent la régénération tissulaire.

Amandes, noix, graines de lin ou de chia, huile d'olive extra vierge, de colza en sont les grands pourvoyeurs.

- **Les épices** : riches en anti-oxydants puissants, comme les polyphénols, elles protègent les cellules du vieillissement prématuré en neutralisant les radicaux libres. Curcuma, cannelle, gingembre et ail possèdent des propriétés anti-inflammatoires naturelles. L'anis, la badiane soutiennent la digestion. Le thym favorise un microbiote sain.

Il ne faut cependant pas négliger d'autres aliments indispensables au bon fonctionnement de notre organisme comme :

- **Les féculents** dont les glucides lents sont un réservoir d'énergie. Il s'agit notamment du pain complet et des produits céréaliers (riz, pâtes, semoule, quinoa...)
- **Les produits laitiers** pour le calcium et la vitamine D essentiels à l'entretien du tissu osseux peuvent être consommés 3 à 4 fois par jour.
- **L'eau !** À raison d'au moins 1 litre par jour en dehors et pendant les repas.

43%

seulement des personnes de plus de 55 ans ont eu recours à un dentiste

68%

Les oméga-3 réduisent de 68% le risque de développer une DMLA si consommés quotidiennement

(France Info)

HOMMES ET FEMMES À ÉGALITÉ EN MATIÈRE D'ALIMENTATION ANTI-ÂGE ?

Les hommes et femmes ont des besoins nutritionnels distincts tout au long de leur vie en raison de différences physiologiques :

- **Métabolisme** : les hommes ont généralement un métabolisme plus rapide et une masse musculaire plus importante ce qui influence leurs besoins en calories et protéines.
- **Hormones** : les femmes sont plus sensibles aux variations hormonales (ménopause, cycle menstruel) ce qui peut affecter leur réponse aux anti-oxydants, aux oméga-3 ou à la vitamine D.

Aux alentours de 50 ans les femmes vivent le bouleversement hormonal de la ménopause. Leur métabolisme ralentit et la dépense d'énergie chute. Certains nutriments deviennent primordiaux pour prévenir l'ostéoporose et la déminéralisation comme le calcium ou la vitamine D. Les hommes quant à eux voient leur capacité à brûler des calories diminuer avec l'âge et doivent donc adapter leur alimentation en diminuant notamment les graisses saturées. Ces différences étant posées, les principes de bases de l'alimentation anti-âge restent les mêmes.

Quelles quantités manger et comment répartir son alimentation sur une journée ?

Comme les besoins nutritionnels varient selon la taille, utiliser ses mains pour évaluer la quantité de nourriture est bien pratique !

Pour les femmes :

- Une paume d'aliments riches en protéines
- Un poing fermé de légumes
- Une poignée de féculents
- Un pouce de matières grasses.

Les hommes peuvent doubler ces équivalences.

L'alimentation peut être répartie en 3 ou 4 repas sur la journée avec la proportion suivante :

- Petit-déjeuner : 20 à 25%
- Déjeuner : 40%
- Dîner : 35%
- Collation : 5%

FAUT-IL PRENDRE DES COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES ?

La priorité doit toujours être donnée à l'assiette. Aucune pilule ne peut compenser une alimentation déséquilibrée. Les nutriments sont mieux absorbés et utilisés par notre organisme lorsqu'ils proviennent d'aliments entiers. Cependant, les compléments alimentaires peuvent être utiles en cas de carence avérée ou pour compléter une alimentation saine. C'est le cas de la vitamine D (prévention de l'ostéoporose), du collagène marin (soutien de la peau), des probiotiques (combattre l'inflammation). Votre professionnel de santé peut vous aider à connaître vos éventuelles carences et vous orienter vers les bons compléments alimentaires.

Après 50 ans, une alimentation anti-âge repose essentiellement sur des aliments riches en anti-oxydants, en protéines de qualité, en bonnes graisses et en fibres. En privilégiant la variété, la fraîcheur, en limitant les produits transformés et en restant actif, vous mettez toutes les chances de votre côté pour conserver santé, énergie et autonomie !

MÉDECINS SECTEUR 1, SECTEUR 2... DE QUOI S'AGIT-IL ?

En France, les médecins libéraux sont classés en différents secteurs tarifaires : secteur 1, 2 ou non conventionné. Le choix d'exercer dans tel ou tel secteur a un impact direct sur le reste à charge pour le patient, mais aussi sur l'accès aux soins. Quelles sont les différences entre ces différents secteurs ? Quelles sont les conséquences sur votre budget santé ? Essayons d'y voir plus clair.

Dès leur installation, les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, peuvent exercer leur profession selon des modalités différentes. S'ils choisissent d'être conventionnés par l'Assurance Maladie et de bénéficier ainsi d'un allègement de leurs charges et cotisations en contrepartie de tarifs régulés pour leurs actes, ils peuvent exercer en secteur 1, 2, selon qu'ils pratiquent ou non des dépassements d'honoraires. Ils peuvent aussi être non conventionnés et pratiquer des honoraires libres.

QUELLES DIFFÉRENCES ENTRE SECTEUR 1 ET SECTEUR 2 ?

Un médecin de secteur 1 applique strictement et obligatoirement les tarifs fixés dans la convention médicale dont il est signataire. Hors cas exceptionnel, comme une visite en dehors des

horaires du cabinet par exemple, il ne peut facturer des dépassements d'honoraires. Par ailleurs la plupart des médecins de secteur 1 acceptent le tiers payant, ce qui évite toute avance de frais.

À la différence, un médecin de secteur 2 peut facturer des dépassements d'honoraires. Ces derniers doivent être définis « avec tact et mesure ». À ce principe s'ajoute une petite subtilité qui vient compliquer notre compréhension du système. Parmi les médecins du secteur 2, certains sont adhérents à ce que l'on appelle l'OPTAM, l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, et pratiquent alors des dépassements d'honoraires modérés. Cela étant dit, les dépassements d'honoraires d'un médecin conventionné de secteur 2, qu'il soit OPTAM ou non, sont à la charge du patient et de sa complémentaire santé en fonction du contrat souscrit.

ET LE SECTEUR 3 ?

Peu nombreux en France (moins de 2 000), les médecins dits de secteur 3 n'ont pas signé de convention avec l'Assurance Maladie et peuvent pratiquer les honoraires qu'ils souhaitent. Ce secteur concerne généralement les spécialités qui nécessitent de longues consultations ou une expertise en médecine de pointe (la psychiatrie, la chirurgie esthétique, sexologues...). L'Assurance Maladie ne prend en charge qu'une très faible partie des honoraires facturés. Son remboursement se fait sur la base de ce que l'on appelle le « tarif d'autorité* ». En conclusion, quel que soit le montant facturé, vous ne serez remboursé, pour un médecin généraliste ou un spécialiste, que de quelques centimes. Le reste à charge sera très important et pourra, pour partie, être couvert par votre garantie Mutélios selon le choix que vous avez fait.

COMMENT SAVOIR SI UN MÉDECIN EST DE SECTEUR 1, 2 OU 3 ?

Sur le site Ameli.fr, vous pourrez retrouver un annuaire des professionnels de santé qui vous indique dans quels secteurs ils se trouvent, leurs tarifs et s'ils sont adhérents OPTAM ou non. Vous pouvez aussi leur demander lors de la prise de rendez-vous et consulter leurs tarifs obligatoirement affichés dans la salle d'attente.

ET LA TÉLÉCONSULTATION ?

Cela fonctionne de la même façon qu'une consultation en face à face. Le tarif et les bases de remboursement de l'Assurance Maladie sont les mêmes. 30 € pour un généraliste et 31.50 € pour un spécialiste. Les modalités de remboursements sont aussi identiques. Pensez à demander le prix de la consultation avant d'accepter le rendez-vous car comme en face à face un médecin télé praticien de secteur 2 peut pratiquer des dépassements d'honoraires.

ET MA MUTUELLE ?

Suivant la garantie que vous avez choisie, Mutélios vous rembourse jusqu'à 105% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie pour une consultation chez un spécialiste non OPTAM et jusqu'à 180% de la base de remboursement pour un spécialiste OPTAM (Excelsia)

PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE SUIVANT LE TYPE DE MÉDECINS

Praticien	Tarif de la consultation	Base de remboursement Assurance Maladie	Taux de remboursement de l'Assurance Maladie	Montant remboursé par le Régime Obligatoire (après déduction participation forfaitaire)
Généraliste Conventionné secteur 1	30 €	30 €	70%	19 €
Généraliste Conventionné secteur 2 OPTAM	Honoraires avec dépassements maîtrisés	30 €	70%	19 €
Généraliste Conventionné secteur 2 Non OPTAM	Honoraires libres	23 €	70%	14,10 €
Spécialiste (sauf pédiatre, psychiatre, gynécologue médical...) conventionné secteur 1	31.50 €	31.50	70%	20.05 €
Spécialiste (sauf pédiatre, psychiatre, gynécologue médical...) conventionné secteur 2 OPTAM	Honoraires dépassements maîtrisés	31.50 €	70%	20.05 €
Spécialiste (sauf pédiatre, psychiatre, gynécologue médical...) conventionné secteur 2 Non OPTAM	Honoraires libres	23 €	70%	14.10 €

* Tarif d'autorité : tarif fixé entre l'Assurance Maladie et les fédérations des différents praticiens pour un médecin non conventionné.

OPTAM et OPTAM CO, Mutélios décrypte pour vous ces acronymes

Mise en place en 2017 en remplacement du CAS (Contrat d'Accès aux Soins), l'Option de Politique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) est un contrat signé entre l'Assurance Maladie et les médecins spécialistes conventionnés de secteur 2. Ce contrat a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients grâce à une maîtrise des dépassements d'honoraires. Le praticien s'engage à ne pas dépasser le taux moyen de 100% de dépassements d'honoraires basé sur les tarifs du secteur 1. En contrepartie, celui-ci reçoit une rémunération complémentaire de la part de l'Assurance Maladie. La signature d'un OPTAM repose sur la base du volontariat pour une durée d'un an renouvelable. L'OPTAM-CO est une déclinaison de l'OPTAM déclinée aux spécialistes de la chirurgie et de l'obstétrique.

LE PÔLE GESTION LE « CŒUR DU RÉACTEUR » DE MUTÉLIOS

Souvent soumis à rude épreuve notamment en raison de notre fusion, le Pôle Gestion joue un rôle essentiel : il est le véritable « cœur du réacteur », garantissant la fluidité et la qualité des services proposés à nos adhérents. Ce pôle regroupe deux services complémentaires : Gestion des Adhérents et Prestations, tous deux animés par une même ambition : répondre rapidement et efficacement à vos besoins.

LA GESTION DES ADHÉRENTS : UN SUIVI PERSONNALISÉ ET RIGOUREUX

Les collaborateurs de ce service assurent la prise en charge des adhérents. Leur mission couvre :

- L'enregistrement des adhésions individuelles ou collectives,
- La mise à jour des informations contractuelles : changement d'adresse, RIB, ajout de bénéficiaires...
- La mise en place de la télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie obligatoire
- Le suivi des comptes cotisants (individuels et collectifs), c'est-à-dire le règlement des cotisations ainsi que la gestion des éventuels contentieux,
- L'envoi des cartes de Tiers Payant et des attestations d'adhésion quand vous n'avez pas d'espace extranet.

Pour le secteur Collectif, le service gère en plus des tâches ci-dessus :

- Le suivi mensuel des contrats en portabilité.
- La gestion des DSN (Déclaration Sociale Nominative) en provenance des entreprises adhérentes

LE SERVICE PRESTATIONS : LA VOLONTÉ PARTAGÉE DE VOUS SATISFAIRE

Lorsque vous engagez des dépenses de santé et que vous demandez un remboursement à Mutélios, c'est

ce service qui va prendre les choses en mains. La fusion a entraîné des délais de traitement inhabituels pour ce service qui, normalement, gère vos demandes en 48 heures pour ce qui relève de la télétransmission et dans les 5 jours pour les autres demandes, mais tout est mis en oeuvre pour retrouver la qualité de service à laquelle vous êtes habitués.

Ce service :

- Traite vos demandes de remboursement,
- Examine les devis transmis (dentaires, optiques, honoraires...),
- Traite les flux de remboursement émanant des opérateurs Noémie et Viamedis, y compris les contrôles spécifiques et demandes de pièces complémentaires.
- Gère les éventuels refus de prise en charge (hospitalisation, optique, auditif) en lien avec Viamedis.

Et parce que nous voulons rembourser au plus juste et lutter contre la fraude qui a des conséquences sur l'ensemble de la communauté des adhérents Mutélios, toute demande qui paraît suspicieuse est transmise au Service Surveillance pour un contrôle approfondi.

Ce processus de contrôle quasi systématique, pour les postes les plus exposés à la fraude, peut ralentir le remboursement, mais il est indispensable pour l'intérêt de tous : il garantit la limitation des dépenses, la pérennité des garanties et une meilleure maîtrise des cotisations.

Les équipes veillent également à répondre aux réclamations en recherchant la solution la plus satisfaisante pour nos adhérents tout en respectant les obligations réglementaires et contractuelles.

La gestion de la Retraite du Combattant

La Retraite Mutualiste du Combattant (RMC) découle directement de l'histoire de la CNM Prévoyance Santé créée en 1970 par les membres de la FNACA (Fédération Nationale des Anciens Combattants Algérie, Maroc, Tunisie). Le pôle gestion s'occupe :

- De l'encaissement des versements des adhérents pour constituer le Capital Retraite ou augmenter leur rente
- De la mise à jour des dossiers (clause bénéficiaire, adresse, ...)
- De la relation avec la CNP qui assure le produit RMC, liquide les rentes, instruit et règle les capitaux.