

Éditorial

Vote sous le coude

Le « vote sous le coude », c'est souvent, à la réception du dossier de vote pour la mutuelle, le réflexe de se dire « je mets ça sous le coude, je ferai plus tard ».

Puis devant l'avalanche de « choses à faire »,... on oublie.

Mais si vous voulez que notre mutuelle vive et prospère, « Va Falloir Voter ! ».

Dans cette période où la sollicitation de bulletins atteint un pic, ne négligez pas le geste nécessaire que vous devez à la M.M.E.I. : le VOTE pour son Assemblée Générale du 31 mai 2012.

Une mutuelle, c'est avant tout des adhérents mettant en commun des moyens pour s'entraider. Les administrateurs sont vos représentants. Ils ont besoin de votre avis.

En effet, concernant le système de santé, nous vivons un moment difficile.

En 5 ans, le montant dépensé par les Français en cotisations de complémentaire santé a augmenté de 23,3 %. Soit une progression 3 fois plus rapide que celle des revenus sur la même période (je ne parle même pas des retraites !).

Les motifs d'augmentation se sont multipliés.

A commencer par les dépenses de santé qui ont augmenté de 3 à 4 % par an, en raison pour partie de l'allongement de la durée de vie. Mais aussi de la baisse de la prise en charge des soins par l'Assurance Maladie, des dépassements d'honoraires et surtout de l'alourdissement de la fiscalité.

Les taxes sur les mutuelles sont passées de 2,5 % en 2008 à 13,27 % en 2012 (plus de 530 % en 4 ans).

Nous sommes arrivés au bout du supportable. Pour l'heure, les assurés, suivant leurs revenus, soit descendent en gamme en souscrivant des contrats moins chers, quitte à être moins couverts, soit carrément stoppent leur complémentaire santé, voire renoncent à se soigner.

La MMEI en est consciente : les nouvelles taxes imposées par l'Etat vont peser sur les cotisations des années prochaines. Après la TIPP (Taxe Intérieure sur les Produits Pétroliers) qui siphonne notre porte-monnaie, verra-t-on les TICS (Taxes Intérieures sur les Complémentaires Santé) se nourrir des patients ?

Aussi, plutôt que de répercuter systématiquement ces hausses de taxes sur vos cotisations, comme le font presque tous les autres acteurs des complémentaires santé, la M.M.E.I. préfère privilégier une évolution modérée des cotisations.

Vous comprendrez que votre vote est important et utile pour soutenir cette politique.

OLIVIER REBOUL
PRÉSIDENT DE LA M.M.E.I.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2012

N'oubliez pas de voter !



Actualité p. 2-3

- VOTER, un droit, un devoir, un geste simple
- Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*

Santé p. 4-5

- Atchoum ! Le retour des allergies printanières
- La neuromodulation, ou comment traiter l'incontinence

Mutualité p. 6

- Accès aux soins pour tous

Infos pratiques p. 7-8

- Je souhaite consulter un ophtalmologiste et maîtriser mon reste à charge.
- Dispositifs de solidarité Nationale. La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

VOTER, un droit, un devoir, un geste simple

Voici revenu le temps de l'Assemblée Générale de notre Mutuelle : **votez avant le 31 mai !**

Qu'est-ce que « L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE » ?

Organe souverain et délibérant, elle est composée de l'ensemble des adhérents (donc VOUS) répartis en trois sections locales : Paris, Angers et Belfort.

Chaque membre dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Elle se réunit une fois par an sur convocation du Président et procède tous les deux ans à l'élection des membres du Conseil d'Administration, des membres de la commission de contrôle et des membres des sections locales.

Elle statue principalement sur les activités exercées par la Mutuelle, les montants et taux de cotisations, les garanties.

La MMEI est votre Mutuelle et tout comme vous avez besoin d'elle, elle a besoin de vous pour exister. Comme chaque année, exprimez-vous sur la gestion de l'année écoulée et sur les modifications proposées. Il vous suffit pour cela de renvoyer votre bulletin de vote.

Ainsi, le quorum sera atteint et cela évitera la tenue d'une seconde Assemblée Générale générant des coûts supplémentaires (10 000 € en 2011).

Pour rendre le vote plus facile, depuis 2 ans, vos administrateurs vous offrent la possibilité de ne cocher qu'une seule case

sur le bulletin de vote : il vous suffit de cocher cette seule case si vous êtes d'accord avec l'ensemble des rapports et modifications proposés.

Le dossier que vous avez reçu contient les explications détaillées pour vous aider à voter.

Dès lors, vous n'avez qu'une chose à faire : renvoyez vite votre bulletin, si vous ne l'avez pas déjà fait !

Votez POUR, votez CONTRE, votez parfois POUR, parfois CONTRE, votez BLANC... mais VOTEZ ! ■



Votez POUR



Votez CONTRE



Votez parfois POUR, parfois CONTRE



Votez BLANC



Mais VOTEZ !

... En bref... En bref... En bref... En bref... En bref.



Médiation :

Vous contestez une décision de la Mutuelle à votre encontre? En premier recours, vous devez saisir le Médiateur de la MMEI. Si vous n'êtes pas satisfait de cette première médiation, vous pouvez alors saisir le Médiateur de la FNMF. Pour de plus amples informations sur les modalités de la saisine, contactez-nous au 01-49-29-51-83 ou à l'adresse mail mutuellemmei@gmail.com



Changement de tranche d'âge :

Le 14 décembre 2012, je vais souffler mes 66 bougies. Dès le 1^{er} janvier 2012, je suis entré dans l'année civile de mes 66 ans, et donc ma cotisation à la mutuelle est calculée selon des modalités appliquées à la « tranche des 66 ans et plus », conformément au Règlement Mutualiste. Je peux donc avoir 65 ans et être dans ma 66^{ème} année. Tout s'accélère !



Hémochromatose génétique :

L'hémochromatose génétique est une anomalie héréditaire caractérisée par une absorption et un stockage excessif de fer dans l'organisme. Cette maladie, méconnue, touche 1 personne sur 300 en France et fait 2.000 morts chaque année. L'Association Hémochromatose France (www.hemochromatose.fr - Tél. 04.66.64.52.22) organise du 21 au 26 mai 2012 une semaine nationale de sensibilisation à cette maladie pour un dépistage précoce et facile (analyse de sang).

Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*

L'organisation du système de santé en France aurait mérité un débat de nos candidats à la présidentielle. Solidarité, accès aux soins et financement sont, par excellence, des thèmes sur lesquels les citoyens pourraient se prononcer par referendum.

Je vous fais part d'un livre, paru aux éditions Odile Jacob, que j'ai trouvé fort intéressant et bien argumenté concernant notre système de santé.

Des professeurs en médecine et des spécialistes des systèmes de santé ont lancé ce « Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » et 123 personnalités se sont engagées en le signant. Ils soumettent leurs propositions à la discussion des citoyens, des associations, des organisations syndicales et des partis politiques.

Ce manifeste dresse un état de la situation de notre système de santé.

À la création de la Sécurité Sociale en 1945 par le Conseil National de la Résistance, il a été fait le choix de la solidarité et d'un investissement collectif exceptionnel pour protéger et améliorer la santé de la population.

La part de la richesse nationale consacrée aux dépenses de soins est passée de 2,5% en 1950 à 9,2% en 2009.

La France se situe dans la moyenne européenne des dépenses de santé par habitant (4.719 \$ en 2008, au 8^e rang en Europe).

Entre 1998 et 2008, les dépenses de santé par habitant ont connu une croissance annuelle de 2,3% contre 4,6% en moyenne pour les pays de l'Union Européenne.

Ce manifeste fait des propositions d'organisation et de mesures à mettre en œuvre.

Quatre services publics fondamentaux doivent constituer l'ossature du système de santé afin de garantir l'égal accès aux soins :

1° - Le service public de l'Assurance Maladie

- La révision du contenu du « panier de soins » pris en charge par la solidarité, en prenant en compte le rapport bénéfice/risque pour le patient et le rapport amélioration médicale/coût pour la col-

lectivité. Les pseudo-innovations pharmaceutiques à faible service médical rendu n'ont pas à être prises en charge par la solidarité.

- Le retour au taux originel de remboursement de 80% des dépenses de soins courants (il est d'environ 50% actuellement) tout en maintenant le taux de 100% pour les Affections de Longue Durée (ALD) et suppression des franchises médicales.

professionnelle. Revalorisation financière de la médecine générale avec un mixte à l'acte et au forfait.

3°- Le service public hospitalier

- Une réorganisation du service public hospitalier, en se fondant sur la complémentarité entre hôpitaux publics et les établissements privés à but non lucratif.
- Une organisation territoriale garantissant l'accessibilité des hôpitaux et la cohérence des prises en charge. Elles supposent le regroupement de plateaux techniques et humains, l'articulation avec la médecine de proximité, le développement de la médecine ambulatoire et la prise en charge globale du patient.

4°- Le service public de sécurité sanitaire et de prévention collective

- Une réforme et un renforcement du service public de la sécurité sanitaire.
- Enquêtes et études de vigilance sanitaire et épidémiologique indépendantes des acteurs économiques.
- L'adoption d'une loi quinquennale de santé publique comportant un volet de prévention nécessairement intégré dans les lois de financement de la Sécurité Sociale. La promotion de politiques favorables à la santé dans l'enfance (Protection Maternelle Infantile, crèches), à l'école (nutrition, sexualité, activité physique, addictions, ...), au travail, et au plus près des lieux de vie. ■



- L'accroissement des recettes de l'Assurance Maladie en supprimant les « niches sociales », en taxant les bénéficiaires non réinvestis et si besoin en augmentant les cotisations et les contributions.
- La révision du tout T2A (Tarification à l'Acte) pour un mode de financement mixte tarification à l'acte/dotation globale par prix de journée.

2° - Le service public de la médecine de proximité

- La garantie sur tout le territoire d'un accès aux soins aux tarifs opposables, sur la base du tiers payant.
- Le développement d'une médecine de proximité basée sur une pratique pluri-

* Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, par :
 - André Grimaldi, Professeur à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière
 - Didier Tabuteau, Conseiller d'Etat, Professeur d'Université, spécialiste de la Santé
 - François Bourdillon, Praticien à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière
 - Frédéric Pierru, Chargé de recherche au CNRS
 - Olivier Lyon-Caen, Chef de service Neurologie à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, Professeur d'Université

Atchoum ! Le retour des allergies printanières

Le printemps est de retour. S'il est attendu par la plupart d'entre nous, il est aussi craint par beaucoup car il est synonyme d'allergie. On estime d'ailleurs qu'une personne sur cinq est touchée par le rhume des foins dans les pays industrialisés.

Comment se manifeste cette allergie ?

Le nez se met à couler, les yeux à piquer et les crises d'éternuements s'enchaînent. Si cette allergie est le plus souvent bénigne, elle est handicapante car elle engendre une grande fatigue, mais également la perte de l'odorat et du goût. De plus, elle peut dégénérer en infection ORL, et la forme la plus extrême peut en être l'asthme, qui est à prendre avec le plus grand sérieux.

Une allergie non traitée peut durer toute la vie et même s'aggraver. Correctement traitée, elle peut disparaître totalement. Seules 10% des allergies disparaissent spontanément. Ce sont, en général, des allergies alimentaires.

Une allergie au printemps, mais pourquoi ?

Au printemps, le pollen des arbres, des graminées ou des herbacées est souvent en cause. De même, la pollution et les acariens atteignent un pic de production en automne et au printemps.

Peut-on devenir allergique aux pollens du jour au lendemain ?

Il faut deux conditions pour devenir allergique. La première: avoir une prédisposition génétique à l'allergie. La seconde : être au contact de l'allergène. Autrement dit, si une personne hérite d'un terrain allergique, elle ne développera des symptômes que si son environnement est chargé d'allergènes comme les pollens et/ou à condition qu'elle soit affaiblie par une maladie ou un stress, donc davantage réceptive aux pollens.

Pourquoi les allergies aux pollens sont-elles en augmentation ?

Les pollens sont d'autant plus allergisants que la planète se réchauffe et que la pollution est forte. Ainsi, lorsque le printemps est précoce et que le temps est chaud et sec, les végétaux libèrent plus tôt et plus

fortement leurs pollens. Les allergies sont donc plus nombreuses et plus intenses.

Comment reconnaître une allergie aux pollens ?

Le plus souvent, le rhume des foins se traduit par une rhinite ou une conjonctivite. On remarque également souvent des démangeaisons du nez, et parfois du palais. Face à ces symptômes, il est conseillé de

A quoi servent les tests d'allergie ?

Connaître de façon certaine la cause de vos symptômes permet de savoir ce que vous devez faire pour éviter une allergie. Par exemple, les allergiques aux pollens de graminées éviteront la tonte des pelouses et les champs de céréales.

L'allergologue peut aussi vous proposer une « désensibilisation ». Il s'agit d'administrer à l'organisme des doses de plus en plus importantes d'allergène (quelques gouttes sous la langue tous les matins à jeun) pour l'habituer à sa présence. La désensibilisation commence avant la saison pollinique et dure quelques mois pendant la saison. On peut la proposer dès l'âge de 5 ans.

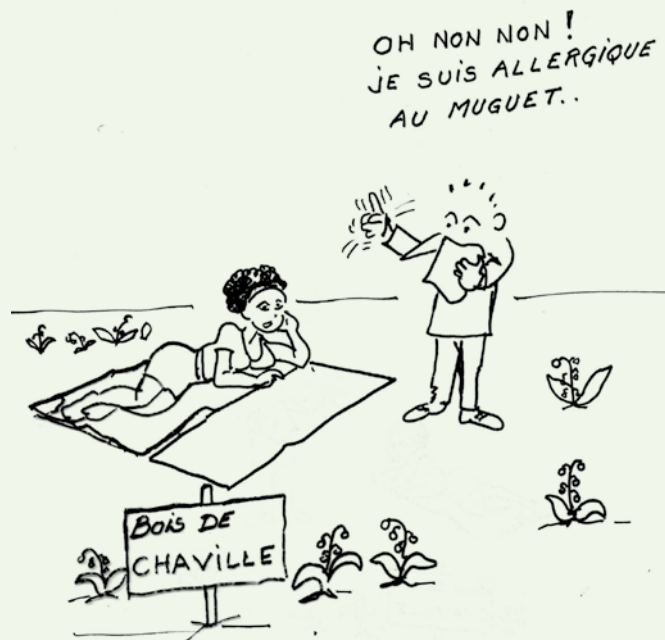
Quels sont les bénéfices de la désensibilisation ?

Avec une désensibilisation, on constate une amélioration significative (80% selon les études cliniques) et une baisse des symptômes au bout de 3 à 5 ans. Et, ce que l'on sait moins, c'est que la désensibilisation permet d'éviter que d'autres allergies apparaissent avec le temps : allergies à d'autres pollens, allergies aux acariens, allergies aux poils de chat, allergies alimentaires, etc. De plus, la désensibilisation diminue les risques d'asthme et d'eczéma.

Enfin, si vous êtes allergique aux pollens, voici quelques conseils de bon sens

En période propice aux allergies, évitez de pique-niquer, de vous promener dans la nature, de vous allonger dans l'herbe ou bien pensez à prendre une couverture suffisamment épaisse.

Évitez également de vous déplacer à vélo car, avec la vitesse, la concentration en pollen que l'on inspire est alors décuplée. Pour la même raison, n'ouvrez pas les vitres en voiture. Enfin, pour protéger vos yeux, portez des lunettes ! ■



consulter son médecin. En effet, si l'on attend, l'allergie risque de s'intensifier, et/ou de s'élargir à d'autres allergènes (aliments, animaux, acariens...).

Faut-il consulter un allergologue ?

Si les symptômes deviennent intenses, gênants au quotidien et récidivants et que les traitements classiques ne sont pas suffisants, votre médecin vous enverra consulter un allergologue. Un interrogatoire détaillé sur vos symptômes et sur votre environnement (y a-t-il un parc ou un bois à côté de chez vous ? Avez-vous des plantes ? Etc.), complété par des tests cutanés lui permettra d'identifier avec précision l'allergène responsable de votre allergie.

La neuromodulation, ou comment traiter l'incontinence

Nous avons interviewé¹ un chirurgien spécialisé qui traite l'incontinence avec deux de ses confrères du même établissement.

MMEI : *Quel est le principe de ce traitement ?*

Dr David Léonard : C'est une technique, développée depuis 1982, qui nous vient des États-Unis. Un appareil de la taille d'un « Pacemaker » (voir photo) vient stimuler des racines nerveuses au niveau des vertèbres sacrées. L'équipement implanté au niveau du haut de la fesse émet des impulsions de courant de faible intensité stimulant les nerfs sacrés qui assurent le contrôle des systèmes urinaire et fécal ainsi que les muscles du plancher pelvien. Ce qui agit sur les sphincters anaux, mais également, sans que l'on sache exactement pourquoi, sur le cortex cérébral, en redonnant au patient la sensation du besoin d'aller aux toilettes.

MMEI : *A quels types de patients cette technologie s'applique-t-elle ?*

Dr D.L. : Aux patients touchés par l'incontinence anale et / ou urinaire.

Les femmes ayant subi une épisiotomie pendant leur accouchement ou les personnes atteintes de maladie neurologique : sclérose en plaques, maladie de Parkinson, traumatisme médullaire² constaté après chirurgie proctologique³.

Les personnes les plus touchées sont les femmes et les personnes âgées.

Nous estimons qu'en France environ 3 millions de personnes souffrent d'incontinence anale.

Les patients ayant subi une prostatectomie peuvent, quant à eux, être atteints d'incontinence urinaire.

L'incontinence touche tous les âges et les deux sexes.

MMEI : *Est-ce une première en France ?*

Dr D.L. : Non, absolument pas. Cette technique née en 1982 a été appliquée à partir de 2000 pour le traitement de l'incontinence urinaire, puis pour l'incontinence anale en 2009. Elle est reconnue efficace par la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a donné l'autorisation de prise en charge totale par la Sécurité Sociale en 2010.

MMEI : *Quel est le coût d'une telle intervention ?*

Dr D.L. : Il est difficile d'en préciser le coût,



car il faut distinguer le coût de l'hospitalisation et le coût de l'intervention chirurgicale.

Généralement, nous réalisons un premier test sur le patient en connectant l'électrode de stimulation à un stimulateur externe, et si au bout de trois semaines de test, nous constatons des améliorations de l'incontinence, nous réalisons une implantation définitive.

Le coût de l'intervention est négligeable comparé au coût des soins nécessaires au suivi de l'incontinence durable. Le patient a l'impression de revivre, car certains n'osaient même plus aller au cinéma.

MMEI : *Est-ce une intervention lourde ?*

Dr D.L. : Absolument pas. Généralement c'est une intervention qui se réalise en ambulatoire et la durée d'hospitalisation n'excède pas deux jours. L'appareil est pré-réglé avant l'implantation. L'intervention est très peu invasive, elle est le plus souvent réalisée sous anesthésie locale.

MMEI : *Quel est le suivi et quelle est la fiabilité du système ?*

Dr D.L. : Il est nécessaire de changer la pile tous les 7 à 10 ans. Mis à part cela, nous déconseillons simplement les examens par IRM (Imagerie à Résonance Magnétique).

Fin de l'interview, nous remercions le Docteur David Léonard du temps qu'il nous a consacré.

Depuis cet entretien, la MMEI s'est renseignée sur le taux de réussite de cette technique : il y aurait dans plus de 75% des cas une amélioration de l'incontinence anale après la pose du boîtier. ■

¹ Entretien téléphonique du 26 janvier 2012 avec le Docteur Léonard, chirurgien viscéral à la Clinique de la Loire (Saumur).

² Traumatisme médullaire : traumatisme pouvant provoquer une incontinence anale en raison de lésion ou d'atteinte de l'appareil sphinctérien.

³ Chirurgie proctologique : chirurgie de l'anus.

Accès aux soins pour tous

Les Français ont de plus en plus de mal à se soigner. Certains vont même jusqu'à y renoncer. Le mouvement mutualiste a souhaité faire entendre sa voix afin que l'accès aux soins pour tous devienne une priorité dans les débats électoraux de ce début d'année.

Le mouvement mutualiste : c'est ainsi qu'on dénomme l'ensemble des mutuelles fédérées au sein de la Mutualité Française. Une expression qui a pris tout son sens dans le cadre de la campagne présidentielle. Dans un contexte de crise économique et sociale, les mutuelles se sont en effet mobilisées pour faire entendre leur voix dans le débat politique. Objectif : peser sur les futurs décideurs pour que l'accès aux soins pour tous devienne enfin une priorité dans notre pays.

Plus d'1 million de signatures ont été recueillies par la pétition des mutuelles dénonçant l'augmentation de la taxe sur les complémentaires santé. Nos concitoyens ont ainsi manifesté leur attachement à un système de protection sociale solidaire.

Nombreux sont ceux qui sont venus, dans toutes les régions, s'informer et réagir dans le cadre des rencontres organisées par la Mutualité Française. Dans les dix villes où ces débats se sont tenus, un public très divers, formé d'assurés sociaux, de professionnels de santé et de partenaires sociaux, a manifesté son inquiétude face à la dégradation du système de santé.

Comme l'a souligné le président de la Mutualité Française, Etienne Caniard, « les soins courants, quand vous allez voir le médecin, quand vous vous rendez chez le dentiste, quand vous achetez des médicaments, ne sont plus remboursés qu'à 55 %¹. Cela signifie que les Français doivent payer près de la moitié de leurs dépenses de santé ! »

Résultat : selon un sondage, 29 % des Français ont renoncé à se soigner pour des raisons financières en 2011.

Dépassements d'honoraires

Au coût toujours plus élevé du reste à



charge de chaque malade après le remboursement de l'assurance maladie et de sa mutuelle – lorsqu'il en a une ! –, s'ajoutent les dépassements d'honoraires des médecins. Et sans choix possible, puisque dans certaines régions, les praticiens de secteur 1 sont quasiment inexistants.

Autre obstacle : les délais d'attente pour avoir un rendez-vous.

Petit à petit, les inégalités se creusent dans notre pays. Certains ont les moyens de faire les efforts financiers nécessaires à leur santé et à celle de leur famille. D'autres n'ont pas les ressources suffisantes pour accéder aux soins et pour payer une complémentaire santé. En renonçant à se soigner faute de mutuelle ou en souscrivant des garanties minimales, ces derniers mettent ainsi leur santé en danger.

Les besoins des plus vulnérables

Pour éviter le « crash sanitaire » prédit par l'association Médecins du monde, la Mutualité Française appelle de ses vœux

un véritable droit d'accès aux soins pour tous. Cela passe d'abord par l'extension et l'amélioration du dispositif existant de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Cette prise en charge répond en effet aux besoins des plus vulnérables, dont les revenus précaires répondent aux conditions de ressources de cette prestation.

Enfin, l'augmentation de l'espérance de vie dans notre pays et le vieillissement de la population accélèrent la nécessité de prendre à bras-le-corps le vaste chantier de la dépendance, pour le maintien de l'autonomie des plus âgés.

Face aux inégalités en matière de santé et d'accès aux soins, le candidat élu devra s'engager sur des projets concrets et réalisables. La Mutualité Française a fait des propositions. Reste à les prendre en compte ! ■

¹ Soins de ville

Je souhaite consulter un ophtalmologiste et maîtriser mon reste à charge.

Je me connecte sur **www.ameli-direct.ameli.fr**

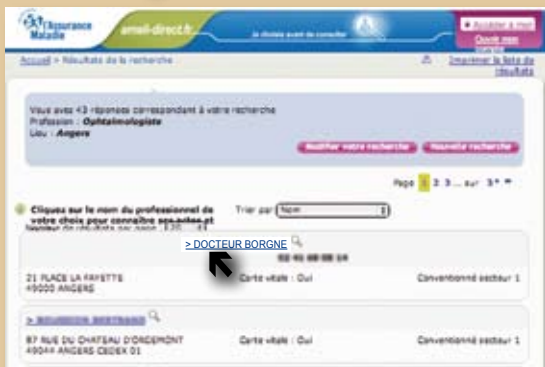
Je clique dans le cadre « Un professionnel de santé » ...



... puis je saisis sa profession « ophtalmologiste », la ville où il exerce, « Angers » dans cet exemple, et je clique sur « Rechercher ».



Je sélectionne, en cliquant sur son nom, un praticien, par exemple Docteur Borgne qui est conventionné du Secteur 1 et qui utilise la carte Vitale.



Je peux alors consulter le tarif des actes que le Docteur Borgne pratique généralement.

Consultations

Consultation		
Tarif pratiqué par ce médecin*	38 €	- L'Assurance Maladie rembourse sur la base de :
		38 €
*dans le cas général		
Avis de consultant		
<i>En savoir plus</i>		
Tarif pratiqué par ce médecin	46 € ou 69 €*	- L'Assurance Maladie rembourse sur la base de :
		46 € ou 69 €
*si ce médecin est un praticien hospitalier et un professeur des universités en activité dans ces fonctions		
Actes les plus courants		
<small>(données observées du 01/07/2011 au 31/12/2011)</small>		
<small>La base de remboursement de l'Assurance Maladie affichée correspond au cas le plus fréquent.</small>		
Examen de la mobilité oculaire		
<i>Qu'est-ce que c'est ?</i>		
Tarif pratiqué par ce médecin	26,34 €	- L'Assurance Maladie rembourse sur la base de :
		26,34 €
<i>Dans le parcours de soins :</i>		
Imagerie de la rétine utilisant les rayons laser		
<i>Qu'est-ce que c'est ?</i>		

EN PROCÉDANT DE CETTE FAÇON, JE MAÎTRISE MON RESTE À CHARGE.

Dispositifs de solidarité Nationale

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

La CMU-C

Près de 4,5 millions de bénéficiaires (source : fonds CMU 07/2011) sont déclarés à la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C), ce qui représente 6,5% de la population totale de la France. En 2011, la M.M.E.I. comptait 49 bénéficiaires.

La CMU-C permet de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite pendant 1 an et renouvelable tous les ans, sous réserve du respect de 3 conditions :

- Habiter en France depuis plus de trois mois ;
- Être en situation régulière ;
- Ne pas dépasser un plafond de ressources (voir tableau ci-dessous)

Plafond mensuel pour la CMU-C		
Nombre de personnes	Métropole	Département d'Outre-mer
1	648 €	721 €
2	971 €	1 081 €
3	1 166 €	1 297 €
4	1 360 €	1 514 €
5	1 619 €	1 802 €
Par personne en +	+ 259,04 €	+ 288,31 €

Cette complémentaire :

- dispense d'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour vos soins remboursables ;
- exonère de la franchise médicale (sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires) et du forfait journalier en cas d'hospitalisation et ce, sans limitation de durée ;
- permet de bénéficier du tarif de première

nécessité (TPN) et du tarif spécial de solidarité (TSS) pour le gaz et l'électricité. Vous n'avez aucune démarche supplémentaire à accomplir, c'est l'Assurance Maladie qui communique directement vos coordonnées aux organismes concernés.

L'ACS

560 425 bénéficiaires ont eu recours à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) (source : fonds CMU 07/2011). Cette aide a été créée afin de faciliter l'accès à une couverture maladie complémentaire santé aux personnes qui ne peuvent pas ou plus prétendre à la CMU-C. Elle est attribuée aux personnes résidant en France de façon stable et régulière sous certaines conditions de ressources.

Cette aide financière ouvre droit à :

- une déduction en fonction de l'âge, sur votre cotisation de santé
- une dispense d'avance de frais, pour la partie obligatoire, lors de vos consultations médicales.

L'aide financière ne s'applique pas aux contrats collectifs à adhésion obligatoire.

La M.M.E.I. comptabilise 18 adhérents qui ont fourni une attestation de droit à l'Aide à la Complémentaire Santé en 2011.

Si vous êtes concernés par l'un de ces dispositifs de solidarité, n'hésitez pas à vous adresser à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui vous renseignera sur vos droits et vous indiquera la marche à suivre. Vous pouvez également consulter les sites internet :

www.ameli.fr et www.cmu.fr ■

Plafond mensuel pour l'ACS		
Nombre de personnes	Métropole	Département d'Outre-mer
1	874 €	973 €
2	1 311 €	1 460 €
3	1 574 €	1 751 €
4	1 836 €	2 043 €
5	2 186 €	2 433 €
Par personne en +	+ 349,70 €	+ 389,22 €

Tranche d'âge	Montant de l'ACS
Personne âgée de moins de 16 ans	100 €
Personne âgée de 16 à 49 ans	200 €
Personne âgée de 50 à 59 ans	350 €
Personne âgée de plus de 60 ans	500 €

M.M.E.I. - Livre II du Code de la Mutualité
N°RNM : 391.399.052
35 rue Saint-Sabin
75534 Paris - cedex 11
Tél. : 01.49.29.56.65

Directeur de la publication : O. Reboul
Rédacteur en chef : J. Pernot
Conception graphique/maquette : J-C. Malaterre - Tél. : 01.79.46.14.70
Secrétaire de rédaction/maquette : C. Cirio/V. Blaisoneau - Tél. : 01.49.29.51.83

Ont participé à la rédaction de ce numéro :
Page 2 : S. Maillot
Page 3 : J. Pernot
Page 4 : G. Hisleur
Page 5 : M. Brémond
Page 6 : Extrait : S. Livet pour France Mutualité

Page 7 : J. Pernot
Page 8 : H. Martinot
Dessins : P. Audrain
Photos : p. 1 © HP_Photo - Fotolia.com
Impression : SOS Repro - Paris - 75017
Tirage : 9800 exemplaires