

Éditorial

Plus belle la vie ?

Nos sociétés progressent chaque jour pour tendre à une qualité de vie toujours meilleure.

Un philosophe* affirme que le bonheur est atteint lorsque qu'il n'y a plus de souffrance : « le comportement des animaux et des hommes est entièrement régi par la fuite de la souffrance ». Et pourtant...

Pas une semaine sans scandale alimentaire !

La tromperie sur les composants nutritifs éclate au grand jour : la viande de cheval, la mal bouffe, les plats cuisinés, ... que nous avalons depuis des années, confiants et ignorants.

Pas une semaine sans scandale sanitaire !

L'utilisation de médicaments dangereux : Médiator, Diane 35, statines, ... qui entraîne des remises en question urgentes de notre système de santé.

Tous ces scandales ont malheureusement pour origine la cupidité financière.

Et si la prescription de statines à des millions de patients ne visait qu'à enrichir les laboratoires sans effet médical** ?

L'OMS a répertorié 400 médicaments utiles.

La France en commercialise aujourd'hui plus de 4 000. Une molécule de base génère une multitude de produits dérivés qui se distinguent les uns des autres par des variations infimes de composants servant à fabriquer de nouvelles maladies.

Alors ? Plus belle la vie ?

Pas vraiment si on ne fait pas un grand ménage propreté, notamment dans notre pharmacopée.

C'est la tâche à laquelle s'est attelée la Mutualité Française.

La MMEI, membre à part entière de cet organisme à but non lucratif qui regroupe les mutuelles de santé (les vraies), est totalement en phase avec cette politique.

VOTRE VOTE EST IMPORTANT ET UTILE POUR CONTINUER CETTE POLITIQUE

→ **N'oubliez pas de voter !**

* Schopenhauer : Philosophe allemand (1788-1860)

** « La vérité sur le cholestérol » Pr P. Even.

OLIVIER REBOUL
PRÉSIDENT DE LA MMEI.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2013 *N'oubliez pas de voter !*

Actualité

p. 2-4

- Oui ! Je vote ! La MMEI me concerne directement
- Assurance maladie : comment font nos voisins ?
- La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) pour tous

Santé

p. 5-6

- C'est pour mieux te voir, mon enfant
- Les sept réflexes pour bien se soigner sans se ruiner

Mutualité

p. 7

- Frais de gestion des mutuelles : VRAI/FAUX

Infos pratiques

p. 8

- Les personnes touchées par une maladie rare ont leur forum
- Accueil téléphonique à la MMEI
- Echos des sections

Oui ! Je vote ! La MMEI me concerne directement

Le 28 mai 2013 a lieu l'Assemblée Générale de la MMEI, moment privilégié et démocratique où je m'exprime et désigne les représentants par mon vote.

Pourquoi je vote ?

Nos représentants, élus au Conseil d'Administration de la mutuelle, décident de la politique de la MMEI, veillent au respect des valeurs mutualistes, gèrent au quotidien la mutuelle en respectant les équilibres financiers, les règles de gouvernance et l'information aux adhérents.

Tout au long de l'année, le Conseil d'Administration agit donc au nom des adhérents. L'Assemblée Générale permet à nos représentants de nous rapporter leurs travaux et décisions, et demande, par le vote, de s'exprimer sur cette gestion.

Le Conseil d'Administration propose (modifications de cotisations, prestations, textes,...) et l'Assemblée Générale décide.

→ **Oui ! Je vote pour donner mon avis.**

En 2013, nous devons renouveler un tiers du Conseil d'Administration, désigner nos



représentants des Sections Locales (Angers et Belfort) et élire les membres de la Commission de Contrôle Statutaire.

Nous avons le plaisir d'accueillir quatorze candidats pour les cinq postes d'Administrateurs. C'est vraiment une bonne nouvelle car cela montre votre intérêt pour la MMEI et votre volonté d'implication. Bravo !

Oui, mais alors pour qui je vote ?

Voter est un acte personnel. C'est à nous de désigner nos représentants.

Sachons que tous les Administrateurs sont bénévoles et motivés pour travailler. Ils

suivent les formations nécessaires pour assurer leurs tâches.

Pour nous guider dans notre choix : chaque candidat(e) a rédigé une profession de foi décrivant ses motivations à être administrateur(trice), pages 36 à 40 du dossier de vote.

Chaque candidat(e) respecte les conditions d'éligibilité, validées par le Bureau (adhérent de la MMEI, à jour de ses cotisations, âgé entre 18 et 73 ans, casier judiciaire vierge).

→ **Oui ! Je vote pour désigner mes représentants. ■**

Je vote pour donner mon avis, je vote pour élire mes représentants. C'est mon pouvoir, mon devoir de mutualiste !

Assurance maladie : comment font nos voisins ?

Dépassements d'honoraires, déserts médicaux, hôpitaux en déficit, trou de la sécu... Si notre système de santé fut longtemps cité en exemple, il est aujourd'hui en difficulté et la crise n'arrange rien. Une bonne raison de se pencher sur les systèmes de soins de nos voisins

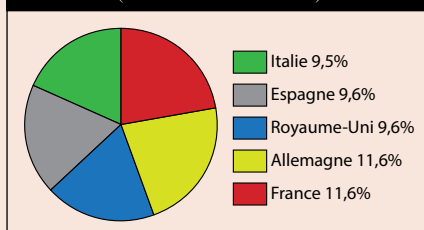
Les Français pensent que leur système de soins et de Sécurité Sociale est l'un des meilleurs au monde. Peut-être l'a-t-il été, sans doute le reste-t-il, notamment à l'hôpital qui continue à proposer aux patients une médecine de qualité. En revanche, la

France pêche pour les soins de ville particulièrement dans les déserts médicaux.

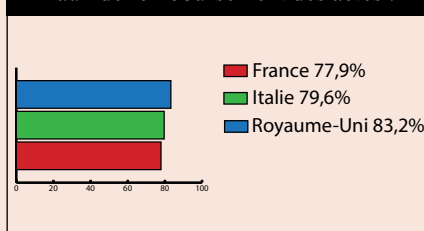
Partout en Europe, soignants et usagers se mobilisent pour sauver leur système de santé. Si la part de notre PIB consacrée à notre système de santé est parmi les plus importantes, les taux de remboursements n'en sont pas le reflet.

La situation de la Grèce s'enfonce dans une véritable crise humanitaire, avec des coupes budgétaires qui ont des conséquences dramatiques à tous les niveaux de son système de santé. Une situation

Part du PIB consacré à la santé en 2010 :
(OCDE Health Data 2012)



Taux de remboursement des actes :



(...suite p.2) dramatique qui pourrait s'étendre à l'Espagne (25% de chômeurs) et contaminer une Europe minée par des politiques d'austérité de plus en plus sévères touchant en premier lieu le secteur de la santé, comme en Italie, en Allemagne et en Suède.

Par contre, en France, il y aurait moins d'inégalités qu'ailleurs. Notre taux de pauvreté(*) de 13,6 % est trop élevé mais reste modeste au regard de celui de l'Allemagne (15,6%), de la Grèce (20,1%), de l'Italie (18,2%) et de l'Espagne (20,7%). Nous aurions également moins d' « obèses » (12,9 %) que la moyenne européenne mais nous serions les champions de la consommation d'alcool pur avec 12 Litres/an/habi-

tant). En ce qui concerne les médicaments, nous sommes les plus gros consommateurs d'Europe (114 €/an/habitant) et les plus mauvais en consommation de génériques.

De plus en plus d'européens renoncent à se faire soigner pour des raisons financières : 30% en Allemagne et 27% en Italie. 22% des européens déclarent avoir reporté ou renoncé à des soins en 2012. **C'est le cas de 27% des français : 19 % ont renoncé à des soins dentaires, 10% à l'achat de lunettes et 5% à celui des médicaments.**

Par ailleurs, seuls 42% des européens (38% en France) pensent que leur système de santé garantit l'égalité d'accès aux soins de tous les citoyens.

Dans notre lettre n° 65, nous vous avons montré ce que nos voisins européens pensaient de leur système de santé respectifs.

Nous vous montrons ci-après comment fonctionnent les systèmes de nos plus proches voisins ainsi que les points forts et les points faibles de chacun d'entre eux.

Il n'y a donc pas de système parfait en Europe et l'avenir est inquiétant.

Cet article a été rédigé en s'appuyant sur un texte que vous pouvez retrouver sur le site de viva presse (www.viva.presse.fr). ■

(*) Seuil de pauvreté = 60% du revenu médian national qui est donc différent pour chaque état membre

	COMMENT ÇA MARCHE ?	QUI FINANCE ?	LES POINTS FORTS	LES POINTS FAIBLES
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> Service public d'État ouvert à tous. Les britanniques vont chez un généraliste qui les oriente vers des spécialistes et hôpitaux qui ne sont pas en accès libre. Les hôpitaux sont décentralisés en trust régionaux. Les cabinets médicaux achètent des packages de soins hospitaliers à ces trusts. 	<ul style="list-style-type: none"> Financé à 85% par l'impôt et 15% par les patients ou des assurances privées pour les soins dentaires, oculaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Les soins sont gratuits. Forfait pour dentiste et ophtalmo. Les médecins n'ont pas le droit de s'installer dans les zones à forte densité médicale. 80% des médicaments sont des génériques. 	<ul style="list-style-type: none"> Densité médicale la + faible d'Europe, jusqu'à 1 an de délai pour consulter un spécialiste. Médecine à deux vitesses, 12% de la population a recours à une assurance privée.
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> Assurance maladie gérée par 250 caisses locales ou d'entreprises financièrement autonomes. Chaque assuré choisit sa caisse. 11% optent pour une caisse privée. 	<ul style="list-style-type: none"> Financé à 95% par les cotisations salariés et employeurs. Le taux fixé par l'État est de 15,5% (7,30% pour l'employeur et 8,20% pour les salariés). 	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre les déserts médicaux. Consommation responsable de médicaments. Possède une 5^{ème} branche de S.S. : assurance dépendance. 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de moins en moins gratuits. Cotisations salariales en hausse constante. Coupes sombres dans les prestations : remboursement des cures thermales, des transports, prothèses dentaires, des lunettes (sauf mineurs et atteintes graves de la vue).
Italie	<ul style="list-style-type: none"> Les soins sont dispensés dans des unités sanitaires locales par des médecins fonctionnaires ou libéraux conventionnés. Choix libre du généraliste, consultation sur ordonnance du spécialiste. Hospitalisation gratuite dans les établissements agréés. 	<ul style="list-style-type: none"> Le ministère de la santé définit le plan santé, la politique salariale des professionnels de santé et le prix des médicaments. Les régions, financées par un impôt régional ont compétence totale pour le financement et l'organisation du système de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de base gratuits : médecine générale, pédiatrie, dentaire, obstétrique, gynéco, hospitalisation. Le médecin est rémunéré par la région. 	<ul style="list-style-type: none"> Délais d'attente très longs pour les spécialistes. Beaucoup recourent au privé mais 150€ la consultation. Très fortes inégalités régionales.
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> Consultations généralistes, spécialistes, urgences et hospitalisations, gratuites. Le patient doit s'inscrire auprès du centre de santé le plus proche de son domicile. C'est le généraliste qui oriente vers le spécialiste. Les médecins sont salariés. 	<ul style="list-style-type: none"> Le système de santé public INSALUD est financé par l'impôt. Le gouvernement central répartit le budget entre les 17 communautés autonomes régionales chargées de la gestion de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Système entièrement gratuit. 	<ul style="list-style-type: none"> Les soins dentaires et optiques ne sont pas remboursés. En 2012 fermeture de lits d'hôpitaux, baisse des salaires des médecins. Instauration d'une franchise de 10% de la facture en pharmacie pour les retraités et celle des actifs passe de 40 à 60%.

La Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) **pour tous**

La CMU-C qu'est-ce que c'est ?

La création de la Couverture Maladie Universelle (CMU de base) et de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) a été votée dans le cadre de la loi du 27 juillet 1999.

La CMU-C est financée par un Fonds qui provient des complémentaires de santé, lesquelles ont l'obligation d'y contribuer par une taxe dite CMU à hauteur de 6,27% des cotisations.

La CMU-C est destinée :

Aux personnes résidant en France de façon stable, régulière et ininterrompue depuis plus de trois mois et dont les ressources sont inférieures à un plafond.

Ces personnes ont droit à cette couverture complémentaire gratuite.

le mentionner (ex. La MMEI). La CMU-C restera alors gérée par cet organisme. Le contrat existant sera transformé en une adhésion à la CMU-C.

Les droits à la CMU-C sont ouverts pour un an, à partir du 1^{er} jour du mois suivant la date de décision de la caisse d'Assurance Maladie, quelle que soit l'évolution de la situation du demandeur.

Les prestations

Si la réponse est positive, chaque bénéficiaire âgé de plus de 16 ans, reçoit une attestation mentionnant l'organisme dont il dépend et la durée d'ouverture du droit. Vous trouverez le tableau détaillé des prestations sur www.cmu.fr. Sinon, voici les principaux remboursements :



L'auxiliaire médical :

- Les soins d'infirmier – de masseur kinésithérapeute – d'orthophoniste prescrits par mon médecin traitant ou le spécialiste.

Le laboratoire d'analyses :

- Les analyses et les examens prescrits par mon médecin traitant ou le spécialiste
- La participation forfaitaire de 1€

L'hôpital :

- Les frais d'hospitalisation
- Le forfait journalier (sauf confort personnel – télévision – téléphone – chambre individuelle)

Nota : Il doit toujours être proposé au bénéficiaire, par le professionnel de santé, un dispositif qui respecte les tarifs fixés pour la CMU-C.

Évolution de la loi

En 2009, 94% des personnes en France étaient couvertes par une « Complémentaire Santé » tant en individuel qu'en collectif (source IRDES « Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé »). 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, dans les entreprises disposant d'une représentation syndicale, l'employeur doit chaque année engager une négociation sur le régime de prévoyance santé. Cette obligation n'a pas lieu d'être si les salariés sont couverts dans le cadre d'un accord de branche ou par un accord d'entreprise.

Actuellement, l'ANI (Accord National Interprofessionnel) propose une généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé, dans le cadre de contrats collectifs d'entreprises, pour une application au 1^{er} janvier 2016. ■

Sources : ameli.fr (cmu-depliant-09-2011.pdf) ; apf.asso.fr (vos-droits.apf.asso.fr/media/02/00/1499564964.pdf) ANI_et_Complementaire_sante_Art_1_.pdf

Les plafonds de revenus annuels (hors Mayotte où la CMU-C ne s'applique pas) Montants annuels applicables au 1^{er} juillet 2012 - Source ameli.fr

Nombre de personne composant le foyer	France métropolitaine	Département d'outre-mer
1	7934 €	8831 €
2	11902 €	13246 €
3	14282 €	15896 €
4	16662 €	18545 €
> 4 : Par personne supplémentaire	+ 3173,76 €	+ 3532,396 €

Procédure de demande d'inscription à la CMU-C

La CMU-C peut être gérée par la caisse d'Assurance Maladie ou par un organisme complémentaire, inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département : **mutuelle** (comme la MMEI), entreprise régie par le code des **assurances** ou **institution de prévoyance**. Le choix est libre.

La caisse du Régime Obligatoire de l'assuré lui demandera toute pièce justificative d'identité, de revenu et de résidence (*formulaire S3711*).

Le choix de l'organisme complémentaire se fait dès l'établissement du dossier de demande, en remplissant un formulaire (*formulaire S 3712*).

Après acceptation de la demande, la caisse d'Assurance Maladie du demandeur lui adressera une attestation de droits à la CMU-C.

Si le demandeur a un contrat auprès d'un organisme complémentaire figurant sur la liste agréée de son département : il faudra

Ce qui est pris en charge à 100% (sauf exigence de la part du bénéficiaire) avec la CMU-C

Médecin traitant : la consultation et la participation forfaitaire de 1€

Le pharmacien :

- Les médicaments et les dispositifs médicaux prescrits par mon médecin
- La franchise médicale de 0,50€ par boîte de médicament

Le spécialiste :

- La consultation du spécialiste vers lequel mon médecin traitant m'a orienté.

Le dentiste :

- Les soins courants
- Certains soins de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale dans la limite des tarifs fixés pour la CMU-C

L'opticien :

- Une paire de lunettes par an (verres et monture), dans la limite des tarifs fixés pour la CMU-C

L'audioprothésiste :

- Un appareil auditif tous les deux ans, dans la limite des tarifs fixés pour la CMU-C

C'est pour mieux te voir, mon enfant

Rassurez-vous, le thème de cet article n'est pas « Le petit chaperon rouge » si bien conté par Charles Perrault, mais un acte médical qui peut vous permettre d'améliorer votre vision et, par conséquent, de mieux voir vos enfants ou petits-enfants : **l'opération de la cataracte**.

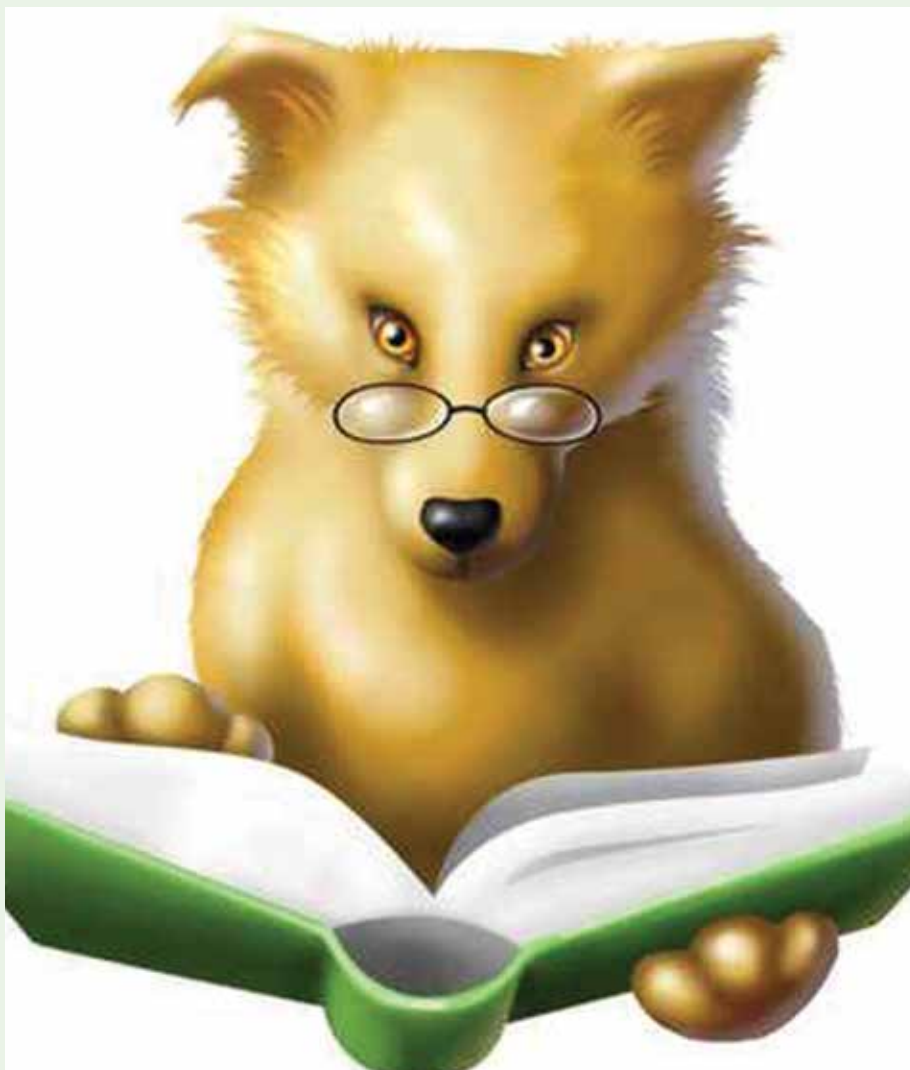
La cataracte est une maladie qui se déclare généralement vers la soixantaine.

Elle touche près d'une personne sur cinq. Elle entraîne des troubles de la vision et altère donc la qualité de vie. Contrairement à une idée reçue, la cataracte n'est pas une « peau qui pousse devant l'œil ». C'est une **opacification progressive du cristallin**, normalement clair et transparent. Le cristallin est une lentille placée derrière l'iris qui fait converger les rayons lumineux sur la rétine. La perte de sa transparence empêche la lumière de pénétrer jusqu'au fond de l'œil, entraînant une baisse évolutive de la vision, des sensations d'éblouissement ou de brouillard, une perception moins vive des couleurs, une vision voilée. Si vous souffrez de ces troubles, il ne faut pas vous dire que c'est normal, que c'est l'âge... Non : il est possible d'y remédier et il ne faut pas hésiter à aller consulter un ophtalmologiste.

L'examen au biomicroscope, pour observer et préciser le niveau exact de l'atteinte de l'épaisseur du cristallin et du degré d'opacité, permet au spécialiste de confirmer le diagnostic. Il pratique également un examen du fond de l'œil pour éliminer toute atteinte rétinienne associée.

Une fois que la cataracte se trouve à un stade bien avancé, aucune technique ni traitement ne peut parvenir à restaurer la transparence d'un cristallin opacifié. La seule solution qui s'offre alors au malade est l'ablation chirurgicale du cristallin malade, remplacé par un cristallin artificiel. Intervention courante aujourd'hui, **la chirurgie permet dans 90% des cas de retrouver une vision normale**. Dans les autres cas, ce sont généralement d'autres problèmes oculaires (DMLA ou glaucome) qui empêchent le patient de recouvrer une bonne vision.

Une fois la décision d'opérer la cataracte confirmée, l'ophtalmologiste va effectuer un examen (biométrie) pour déterminer avec précision la puissance du cristallin artificiel qui sera implanté.



L'opération est de plus en plus souvent réalisée en ambulatoire. Ce qui signifie que le patient entre le matin à l'hôpital et repart chez lui l'après-midi.

Contrairement à une autre idée reçue, **l'opération n'est pas effectuée au laser**. On pratique une petite incision dans l'œil pour pouvoir introduire un appareil perfectionné qui pulvérise et aspire le cristallin opacifié. Ensuite, on met en place la lentille artificielle dans l'enveloppe du cristallin.

Dans la grande majorité des cas, l'intervention se fait sous anesthésie locale. **Elle dure environ 30 minutes**. Un pansement est ensuite appliqué sur l'œil. Il sera enlevé

dès le lendemain. Une coque en plastique vous sera remise. Vous devrez la porter la nuit pendant une semaine.

Après l'opération, vous pourrez reprendre en toute confiance vos activités normales. Il vous faudra quand même attendre plusieurs semaines pour faire du sport. Il est aussi recommandé de porter des lunettes pour protéger l'œil opéré.

Un contrôle sera effectué par votre ophtalmologiste dans la semaine qui suit l'opération. La prescription de nouvelles lunettes ne pourra se faire qu'un mois après l'opération.

Vous pourrez alors revoir vos enfants et petits-enfants sans aucune gêne. ■

Les sept réflexes pour bien se soigner sans se ruiner

Médicaments moins remboursés, dépassements d'honoraires, franchises, ... La santé coûte de plus en plus cher. Comment continuer à bien se soigner sans se ruiner ? Quels sont les nouveaux réflexes à adopter ?

1. Je m'organise pour être bien remboursé

→ Consulter les praticiens conventionnés du « secteur 1 » : ces praticiens ne facturent pas de dépassements d'honoraires. Vous payez le tarif fixé par l'Assurance Maladie (cf. www.ameli.fr).

→ Les praticiens du secteur 2 fixent librement leurs prix. Leurs dépassements ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. La MMEI ne les prend en charge que partiellement. Votre reste à charge peut être important.

• Retrouvez la liste des praticiens avec leur conventionnement et tarif sur www.ameli-direct.fr

→ Respectez le parcours de soins. Déclarez un médecin traitant et rendez vous chez un spécialiste sur recommandation de votre médecin traitant, sauf pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou un stomatologue.

2. Je profite des dépistages gratuits de l'Assurance Maladie

→ Une mammographie gratuite tous les deux ans pour les femmes de 50 à 74 ans.

→ Un test de dépistage du cancer colorectal pris en charge tous les deux ans entre 50 et 74 ans.

→ Un bilan de santé complet tous les cinq ans.

→ Le dispositif de prévention bucco-dentaire pour les enfants (6, 9, 12, 15 et 18 ans), intitulé « M'T Dents »

• Renseignez-vous auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

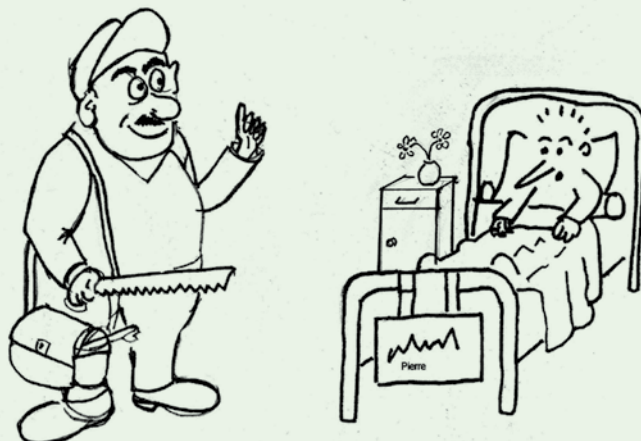
3. J'utilise les réseaux de soins mutualistes

→ Cliniques mutualistes, Centres dentaires mutualistes, Opticiens et Audioprothésistes mutualistes sont généralement moins chers.

4. Je me renseigne avant une hospitalisation

→ Parler prix : n'hésitez pas ! Les dépassements d'honoraires et le prix de la chambre particulière sont les deux points essentiels. Demandez de préférence un praticien ne faisant pas de dépassements

D'accord je suis plombier. Mais vous avez choisi la chirurgie Lowcost et dans ce cas c'est moi qui opère.



d'honoraires. Il en existe encore.

→ Privilégiez, si possible, les établissements publics ou les ESPIC (Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif) qui sont privés mais à but non lucratif.

5. J'achète mes médicaments au meilleur prix

→ Sans ordonnance, vous pouvez acheter deux sortes de médicaments.

- Ceux qui n'ont pas de vignette : leurs prix sont libres et ils ne sont jamais pris en charge. Sauf exception, ce sont les plus chers.

- Des médicaments équivalents avec vignette, remboursés quand ils sont prescrits par le médecin. Ils sont moins chers, mais les pharmaciens n'ont pas le droit de les mettre en avant. Quand vous achetez sans ordonnance un médicament pour soigner un symp-

tôme bénin, n'hésitez pas à en demander un avec vignette, s'il existe.

→ Choisissez votre pharmacie. Certaines pratiquent des tarifs plus élevés que d'autres pour les médicaments à prix libres.

→ Optez pour les génériques. Ils sont en moyenne 30% moins chers que les « originaux », tout en étant aussi efficaces.

6. Je ne me ruine plus pour mes lunettes

→ Comparez les devis. Ne passez jamais commande tout de suite et accordez-vous quelques jours de réflexion. Demandez plusieurs devis, avec des verres équivalents mais d'autres fournisseurs. Discutez, négociez.

→ Recherchez le bon rapport qualité/prix. N'optez pas forcément pour des verres « de dernière génération », parés par leurs fabricants de toutes les vertus et plus chers que ceux de la génération précédente ... déjà excellents et qui vous convenaient très bien.

7. Je fais le bon calcul pour mes dents

→ Comparez les devis ... mais ce n'est pas facile. Demandez les devis détaillés pour pouvoir comparer d'un praticien à l'autre.

→ Pensez aux centres mutualistes, aux centres hospitaliers, écoles ou facultés avec consultations ouvertes, ...

→ N'hésitez pas à soumettre votre devis à la MMEI pour évaluer son remboursement. En effet vous pouvez avoir de bonnes surprises

Conclusion

Malheureusement, on assiste depuis déjà quelques années à une marchandisation dans le domaine de la santé qui amène à une inflation des dépenses de santé qui impacte directement le patient.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à demander à la MMEI qui vous aidera dans votre démarche pour continuer à bien vous soigner sans vous ruiner. ■

Frais de gestion des mutuelles : VRAI/FAUX

« Trop élevés, cachés, inutiles » : les frais de gestion des mutuelles font l'objet de nombreuses critiques approximatives et souvent mensongères. Retour sur les principales idées reçues.

Les mutuelles ne devraient pas avoir de frais de gestion

❌ FAUX. Pour fonctionner toute entreprise doit consacrer un minimum de ressources à sa gestion. Dans le cas des mutuelles, organismes à but non lucratif, il ne s'agit pas de rémunérer des capitaux mais plutôt de se consacrer à la protection des adhérents grâce à la délivrance de services tels que la gestion du tiers payant, les démarches contractuelles avec les professionnels de santé, l'animation de la vie démocratique, l'action sociale.

Les services inclus dans les frais de gestion ne servent à rien

❌ FAUX. Ils sont essentiels pour les adhérents. Ainsi, le tiers payant facilite l'accès aux soins en supprimant l'obstacle de l'avance des sommes à payer. Un service nécessaire pour un coût de 4 %.

Autres dépenses qui concernent ou peuvent un jour concerner chaque adhérent : la mise en place des réseaux de soins, qui assurent la qualité des soins délivrés et limitent le reste à charge ; l'action sociale qui met en œuvre des solidarités en cas de coup dur financier ; la revue de la mutuelle qui est un important vecteur d'information santé.

Les frais de gestion des mutuelles sont très élevés

❌ FAUX. Les frais de gestion des mutuelles représentent en moyenne 16 % des 20 milliards de cotisations qu'elles perçoivent de leurs adhérents. Pour se faire une idée des proportions, le secteur caritatif affiche des frais de gestion moyens de 17 %.

🔊 *À la MMEI, les frais de gestion sont maintenus à 10 %.*

Les frais de gestion de l'assurance maladie sont beaucoup moins élevés que ceux des mutuelles

✅ VRAI. L'Assurance maladie obliga-

toire dépense 4 % en frais de gestion. Mais cette comparaison n'a pas de sens puisque ce sont les URSSAF et l'État qui collectent ses cotisations (et non les caisses primaires). De plus, ces 4 % ne comprennent pas les services de prévention ou d'action sociale. Autre différence : l'assurance maladie n'est pas, comme les mutuelles, taxée à hauteur de 13,27 % dont 6,27 % consacrés à financer la CMU complé-



taire (Couverture maladie universelle). Les mutuelles ne peuvent se permettre le fameux « trou » que la Sécu affiche régulièrement : elles ont l'obligation d'être en équilibre financier et de constituer des réserves !

Les mutuelles ont d'importantes réserves

✅ VRAI. Tout organisme qui pratique des activités d'assurance (les mutuelles en font partie au regard du droit européen) doit anticiper tous les risques, courants ou

exceptionnels, liés à son activité. En conséquence, il a l'obligation de provisionner des sommes lui permettant de couvrir tous ces risques.

Concrètement, les réserves des mutuelles sont en moyenne de 350 euros par personne protégée, soit l'équivalent de 7 mois de cotisation moyenne. Les mutuelles sont prudentes, conformément à leurs obligations, c'est ce que confirme le rapport 2011 de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP).

Les mutuelles investissent les sommes qu'elles ont en réserve

✅ VRAI. Les mutuelles sont des organismes non lucratifs : elles ne distribuent aucun dividende. Leurs résultats, quand ils sont positifs, sont reportés dans les réserves pour renforcer leur solidité financière. C'est d'ailleurs la principale source de renforcement de leurs fonds propres.

Bien sûr, les cotisations des adhérents sont placées et ne dorment pas à la banque. En effet, la réglementation impose cependant que les réserves des mutuelles, tout comme leurs provisions, soient investies de manière sûre. Elles le sont de façon diversifiée et sécurisée. Cela a notamment permis aux mutuelles de ne pas être otages des effets de la crise financière.

Vous trouverez le détail des placements de la MMEI dans le dossier de vote page 12.

Les mutuelles cachent leurs frais de gestion

❌ FAUX. Chaque mutuelle publie annuellement ses comptes dans lesquels figurent les frais de gestion. Ces dépenses sont notamment présentées lors de leur assemblée générale annuelle. Par ailleurs, chaque adhérent a accès aux comptes de la mutuelle, par exemple via son site Internet ou sa revue mutualiste. ■

Les personnes touchées par une maladie rare ont leur forum



Les personnes souffrant d'une maladie rare et leurs proches peuvent se retrouver pour échanger leurs expériences et des informations sur un forum ouvert récemment sur le site Internet www.maladies-raresinfo.org. La modération de ce forum est assurée par l'équipe de professionnels de « Maladies rares info services », spécialisés dans les maladies rares. Pour trouver une écoute et des renseignements, vous pouvez également appeler le numéro Azur 08.10.63.19.20 ou le 01.56.53.81.36 (inclus dans les forfaits de portable et les forfaits illimités de téléphone fixe). Une maladie est dite rare lorsqu'elle touche moins d'une personne sur 2 000. Le nombre de maladies rares est estimé à 7 000 environ. ■

Accueil téléphonique à la MMEI

Comme toujours, nous maintenons notre choix de communiquer vers vous en ce qui concerne les dysfonctionnements mais également leurs résolutions.

Aussi, suite à notre article paru dans la dernière publication, le Conseil d'administration est passé à l'offensive auprès de l'UMC qui a engagé différentes actions correctrices pour améliorer votre accueil téléphonique.

Première action correctrice qui a été mise en place très rapidement par l'UMC : un agent, spécialement formé, est dédié uniquement à la MMEI. C'est cet agent qui vous répond lorsque vous composez le 01.49.29.56.65.

Deuxième action correctrice afin de désengorger le centre d'appels global : externalisation des appels de niveau 1 qui sont traités par une société spécialisée. Par appel de niveau 1, il faut entendre information simple, qualification de l'appel et réorientation de celui-ci vers le niveau 2 (centre d'appels interne UMC). D'autre part, l'UMC va étendre ses



horaires d'accueil téléphonique afin de répondre encore mieux à vos attentes.

Grâce à ces actions correctrices, nous avons pu répondre à 70 % de vos appels sur le mois de février 2013 (sur 1 100 appels). Le temps moyen d'attente sur cette période a été de 1 minute.

L'objectif visé est un taux de décroché de 90 %.

Sur le numéro commun, il y a eu plus de 320 000 appels reçus en 2012. ■

Echos des sections

Section locale Angers : Déménagement de la section locale !

Depuis le 15 février, la section a déménagé pour intégrer un local plus accueillant pour que Virginie Dissard vous reçoive dans de meilleures conditions. Ce local se situe 355 avenue du Général



Virginie Dissard dans le nouveau bureau d'Angers

Patton à Angers. Pour ceux qui connaissaient Bull, ce local se situe dans ses anciens locaux administratifs (au rez-de-chaussée).

Le numéro de téléphone (02.41.48.61.88) et le courriel (MMEIAngers@mutuelle-umc.fr) restent inchangés.

Pour information : pour le dépôt de dossiers, la boîte aux lettres se situe au dos de l'ancien poste de gardiennage Bull (entrée du parc). ■

Section locale Belfort : Changement de numéro de téléphone

Depuis le 15 mars, votre correspondante Nicole Mougin est joignable au 03.84.22.14.39.

L'ancien numéro (03.84.58.14.49.) reste utilisé exclusivement pour le fax.

Nicole Mougin est également joignable par courriel (n.mougin@mutuelle-umc.fr) Grâce à ce changement de numéro, la MMEI est présente dans les pages jaunes sur internet (sections Angers et Belfort). ■

M.M.E.I. - Livre II du Code de la Mutualité

N° Siren : 391399052
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

Secrétaire de rédaction/maquette :
C. Cirio - Tél. : 01.49.29.51.83

Conception graphique/maquette :
J-C. Malaterre - Tél. : 01.79.46.14.70

Ont participé à la rédaction de ce numéro :
Page 2 : J. Pernot, S. Maillot

Page 3 : S. Maillot

Page 4 : M. Brémond

Page 5 : G. Hisleur

Page 6 : J. Pernot

Page 7 : C. Cirio avec France Mutualité

Page 8 : France Mutualité et C. Cirio

Dessins : P. Audrain

Photos : p.1 © Photonbleu - Fotolia

p.5 © Piumadaquila - Fotolia

p.7 © fotovika - Fotolia

p.8 © Stéphane Rauzada - Fotolia

Impression : SOS Repro - Paris - 75017

Tirage : 10.000 exemplaires