

Décembre 2011



## ÉdiTO

### PERCEPTEUR D'IMPOT

Le Gouvernement et une majorité de députés ont décidé sans concertation de **doubler la taxe (TSCA) sur les mutuelles santé au 1er Octobre 2011 en la portant à 7 %**. Cette taxe doit rapporter à l'Etat en année pleine 2.2 milliards d'euros dont 280 000 euros payés pour la Mutuelle Leroy-Somer (A rapprocher des 0,400 milliards d'euros que va rapporter la taxe exceptionnelle sur les revenus annuels supérieurs à 250 000 €!) Nous devons la collecter auprès des adhérents et reverser le douzième chaque mois. Faut-il rajouter qu'elle s'ajoute, au titre de la CMU, aux 6.27 % que nous devons prélever à chaque adhérent pour les reverser à l'Etat. Soit un total de 13.27 % . **En quatre ans, les taxes ont été multipliées par 20 !!**

Autrement dit, pour 10 € de cotisations, que vous payez, nous devons reverser à l'Etat 1,327 € ! *Nous sommes devenus des percepteurs d'impôts.*

### MALHONNETE

Et l'Etat de dire "oui, mais vous avez des réserves et nous, nous avons des déficits...". En oubliant de dire que l'Etat avec son Autorité de Contrôle Prudentiel nous oblige à avoir un minimum de réserves pour pouvoir faire face aux besoins de santé de nos adhérents et de leurs familles, faute de quoi, les mutuelles sont sanctionnées. *C'est malhonnête.*

### INJUSTE ET IRRESPONSABLE

Ce choix politique de taxer les ménages est *injuste et irresponsable*. Inévitablement, cette taxe sera répercutée, tôt au tard, sur les cotisations qui deviendront insupportables particulièrement pour les classes aux revenus modestes.

### PAS PLUS LOIN QUE LE BOUT DE LEUR NEZ

Ce choix politique de hausse des taxes aura pour conséquences indirectes le renoncement à une mutuelle santé, le renoncement aux soins comme nous le constatons de plus en plus voire à "prendre" une couverture minorée dans une mutuelle .....pour ne pas payer plus ! Une autre conséquence : c'est l'accroissement des arrivées aux urgences hospitalières déjà bien engorgées.

*C' est aussi en cela que nous pouvons dire que nos politiques (une majorité) "ne voient pas plus loin que le bout de leur nez".*

La santé des Français mérite un financement efficace et juste.

Plutôt que d'augmenter la taxation des mutuelles, il serait plus utile d'ouvrir une réflexion sur l'évolution de leur contenu afin d'inciter la prise en charge de prestations pertinentes et de qualité dans un cadre solidaire.

D'autant plus que des corporations de praticiens sont demandeuses.

Le Président, Jean Pierre AUVIN

Le bureau de la mutuelle sera fermé du .....

## 26 Décembre 2011 au 02 Janvier 2012 au matin



Si vous rencontrez des problèmes de dernière minute :

- ♦ **en hospitalisation** : présentez votre carte Vitale et votre carte mutuelle à l'établissement de soins. Ceux-ci nous contacteront dès notre retour.
- ♦ **en optique** : dite à l'opticien d'attendre dans la mesure du possible notre retour ou bien si cela est de caractère urgent, dites lui de faxer le devis optique au **0 825 000 321**
- ♦ **en dentaire** : pour le calcul de votre devis dentaire, nous vous invitons à attendre notre retour.



Pour percevoir la participation de la mutuelle, vous devez **envoyer une facture**, notamment pour les prestations suivantes .....

→ **Dentaire** (couronne, bridge, appareil dentaire, implant dentaire, couronne sur implant, élément de bridge hors nomenclature, parodontologie)

→ **Optique sans Tiers Payant** (monture, verres, lentilles, opération myopie laser, implant oculaire)

Idem pour :

- orthopédie (accessoire de maintien)
- prothèse auditive, prothèse mammaire, prothèse capillaire,
- médecines alternatives (ostéopathie, mésothérapie, chiropractie etc....),
- semelle orthopédique
- cure (fournir attestation de cure)
- téléassistance
- contraception
- sevrage du tabac
- ostéodensitométrie
- test d'effort pour activité sportive
- frais accompagnant en hospitalisation
- vaccins hors nomenclature
- vaccin antigrippe (ne concerne que les adultes de moins de 65 ans non actifs Leroy-Somer)
- chambre particulière en ambulatoire (à compter du 01 01 2012)



## Vous avez dit pénurie de médicaments ? Organisé ? C'est à voir.....

Depuis environ deux ans, les pharmaciens constatent une rupture d'approvisionnement des stocks de médicaments de plus en plus fréquente.

Cette pénurie touche aussi les hôpitaux et notamment des produits utilisés en chimiothérapie. Les anesthésistes craignent eux aussi une pénurie et demandent des mesures d'urgence de la part des autorités sanitaires.

Sur 5 300 médicaments commercialisés en France, **160 à 370 manquent régulièrement** dans les pharmacies. Le taux de rupture par produit est passé de 0,7/jour par mois, il y a peu, à 1,3 aujourd'hui.

Situation préoccupante dues à des difficultés de production (Chine, Inde) mais aussi due au système de quota mis en place par les laboratoires pharmaceutiques.

*Lorsque la part réservée à la France est atteinte, les grossistes ne peuvent plus approvisionner les pharmacies et cela entraîne une rupture de stock.*

Certains observateurs accusent les laboratoires de profiter de l'opacité des quotas pour organiser la pénurie et réserver leurs produits pour les pays où les médicaments sont plus chers (20 % de plus en Allemagne, Italie...) A leur tour les entreprises des médicaments dénoncent **les sociétés de distributions "short liners"**, nouvellement arrivés sur le marché de ne pas respecter les obligations des grossistes (stock de 15 jours, livraison sous 24 h maxi). Ils achètent à moindre coût en France pour revendre sur des marchés plus rémunérateurs.

Responsabilité à prendre avec nuance car le short liners (une vingtaine) ne couvre qu'environ 3 % du marché. Les laboratoires préfèrent-ils vendre leurs produits à des pays où les médicaments sont plus chers?

**Le gouvernement a décidé de réagir.**

Le 8 Septembre dernier, le ministre de la santé a convoqué les acteurs de la production et de la distribution de médicaments ainsi que l'ordre des pharmaciens et les autorités sanitaires, afin de poser les bases d'un plan d'action destiné à éviter les ruptures de stock.



## Aide à la Complémentaire Santé

**Nous vous précisons que l'ACS n'est possible que pour les personnes non liées au Contrat Collectif Obligatoire (CCO) en vigueur dans l'entreprise.**

*Seuls les retraités, les autres individuels, les ayants droit des salariés en CCO peuvent prétendre à cette aide.*

## ANI : portabilité des droits

Le salarié lors d'un licenciement peut garder le bénéfice des garanties complémentaire santé et prévoyance appliquées dans l'entreprise, pendant la période de chômage et dans la limite de 9 mois entre le moment où il est mis fin à son contrat de travail et celui où il reprend un autre emploi. Pour bénéficier de cette mesure, l'ancien salarié doit fournir à l'entreprise l'inscription à pôle emploi. Il a aussi la possibilité de renoncer au maintien de l'ensemble des garanties par écrit dans les dix jours suivant la cessation de son contrat de travail. Ce choix est proposé par l'entreprise dans un courrier au moment de la rupture du contrat.

**PRECISION** : le salarié licencié pour faute lourde ou pour inaptitude au travail et qui ne perçoit pas d'allocation chômage ne peut pas prétendre légalement à la portabilité des droits.

## Les Chambres Individuelles facturées en ambulatoire

Un récent décret publié au Journal Officiel autorise les établissements hospitaliers à facturer une chambre individuelle à un patient, même si celui-ci n'y passe pas la nuit après son intervention. Le prix de cette chambre peut varier de 20 à 23 €. Jusqu'à ce jour, la facturation d'une chambre individuelle n'était pas possible pour les hospitalisations *en ambulatoire* (par exemple pour une opération des dents de sagesse ou de la cataracte).

Le surcoût lié à cette nouvelle réglementation ne sera pas remboursé par l'assurance maladie.

**Au 1er Janvier 2012, la Mutuelle Leroy-Somer prendra en charge cette prestation dans la limite de 20 € (sur présentation de facture bien entendu...)**



## Achats de médicaments sur Internet

De nos jours il apparaît que le grand banditisme diversifierait ses champs d'actions traditionnels (prostitution, jeux, drogue etc.....)

Effectivement d'autres activités moins contrôlables et pour autant aussi rentables feraient parti de leur champ d'investigation et d'exploitation.

L'élaboration de copie de médicaments dans des laboratoires mafieux serait une de leur nouvelle ressource juteuse. Ses médicaments seraient au mieux des placébos. Mais bien souvent, ils rentrent dans leur composition, des éléments dangereux pour la santé voir *mortel*.

**La vente de ces faux médicaments** (viagra, rétroviral.....) ainsi que des **aliments de régime, des alicaments** (aliments à pouvoir bénéfique sur la santé) **des produits de soin de beauté** (crème de jour, anti rides, etc....) se ferait essentiellement par la voie d'internet.

C'est pourquoi votre mutuelle vous recommande une très grande précaution en l'achat de médicaments et de produits hors parcours de santé sur INTERNET.

**Les professionnels de santé, les pharmaciens, les esthéticiennes sont à votre écoute et sont les garants de la non toxicité des produits qu'ils peuvent vous proposer.**

## Fin de la prise en charge à 100% pour la HTA sévère

Un décret paru au Journal Officiel du 24 Juin a mis fin cet été à la prise en charge totale de l'hypertension artérielle (HTA) sévère.

Celle-ci ne sera donc plus remboursée à 100 % par l'assurance maladie comme c'était le cas jusqu'à présent.

La raison ? Selon le décret, la HTA sévère est *la seule ALD (affection de longue durée) à constituer un facteur de risque et non une pathologie avérée.*

Cette mesure ne concerne cependant que **les nouveaux patients**. Les anciens, déjà pris en charge à 100 % au moment de la parution du décret, **conserveront ce bénéfice.**

## 2 700 euros par an

Les français dépensent 2700 euros par an en soins et en paient directement 9,4 %.

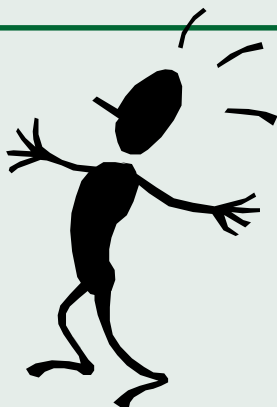
Aux 2700 euros par habitant, si l'on y ajoute la prise en charge des personnes dépendantes, arrêts maladie ou maternité, prévention, recherche, formation des professionnels de santé et coûts de gestion, l'enveloppe atteint 3610 euros en 2010 par habitant.

Le figaro économie 15-09-2011



## Au revoir.....

Nous assurions depuis 2009 la complémentaire santé des salariés, des retraités et des ayants droit de la **SOMEPA à Hasparren**, filiale Leroy-Somer. Cette unité vient de quitter le groupe. De ce fait, nous ne pouvons plus "assurer" ces salariés et leurs ayants droit mais nous gardons les retraités et leurs ayants droit.



## Le facteur est passé.....mais je n'ai pas reçu le décompte des mes remboursements mutuelle.

Pour les personnes ayant Internet, vous pouvez consulter vos remboursements en ligne (plus de 500 consultations/mois) sur le site Internet de la mutuelle [www.mutuelle-leroy-somer.com](http://www.mutuelle-leroy-somer.com)

Sur la bande verte, cliquez sur **décomptes**. Vous êtes dirigé sur le site de Terciane.

**Si vous possédez déjà un compte**, cliquez sur suivi des remboursements ou bien sur vos décomptes par e-mail. A vous de rentrer vos identifiants et de consulter vos remboursements mutuelle.

**Si vous n'êtes pas inscrit :**

Allez à la page d'accueil du site de Terciane. Allez sur **votre 1er visite, cliquez ici**. Remplir le formulaire. **ATTENTION :** Toutes les informations (nom, prénom en particulier) doivent être rigoureusement identiques à votre relevé de remboursement mutuelle.

Prévoyez d'avoir sous vos yeux votre n° de sécurité sociale et pour gagner du temps, munissez-vous de votre n° d'identifiant figurant en haut à gauche de votre dernier décompte de remboursement mutuelle.

## Bienvenue....

**PATAY** disparaît et le personnel intègre SSO et par conséquence la Mutuelle Leroy Somer.

*Nous souhaitons la bienvenue à ces nouveaux adhérents et à leurs ayants droit.*

## Merci

Merci à tous les délégués de site et à tous les adhérents qui ont participé à l'Assemblée Générale de la Mutuelle le 27 Juin 2011.

Une fois encore, les anciens étaient particulièrement nombreux. Cela a permis de délibérer valablement (quorums).

**Domage que les actifs participent si peu** à cette réunion annuelle d'informations, délibérative, d'échanges !

Le 27 Juin 2011, tous les rapports, toutes les résolutions ont été votés à l'unanimité.

### Conseil d'Administration Année 2011/2012

#### MEMBRES DU BUREAU

Président	M. AUVIN Jean-Pierre	Retraité	
1er Vice-présidente	Mme CHABAUDIE Nicole	Rabion	5207
2ème Vice-président	M.TALBOT Alain	Retraité	
Secrétaire	M. ANDRES Robert	Retraité	
Secrétaire-adjointe	Mme NOEL Marie Annick	Sillac	4325
Trésorier	M.DELMOTTE Alain	Retraité	
Trésorier-adjoint	M.FAURE Pierre	Retraité	

#### ADMINISTRATEURS

M. BAUDOUT Daniel	Retraité	
Mme BRISARD Elodie	Rabion	5018
Mme BRUN M Christelle	Agriers	5582
M. CADET J Pierre	Retraité	
M. CLERFEUILLE Matthieu	Agriers	4965
M. COUSSY Claude	Rabion	5091
M. FRADIN Bernard	Retraité	
M. GATIGNOL J Pierre	Retraité	
M. GUERRY Bernard	Agriers	5582
M. MASSERANN Christophe	G.P	4070
Mme STARCK Françoise	Retraitée	

#### REPRESENTANTS DU CCE

M. PIVETAUD Thierry	G.P	4042
M. PAILLERES Didier	Fonderie	5287

#### REPRESENTANT DE LA DIRECTION

M. ALZUYETA J.Charles	Sillac	4402
-----------------------	--------	------

## Revenus moyens des praticiens

Selon l'Igas (Inspection Générale des Affaires sociales), en moyenne, les radiologues ont déclaré aux impôts 168 000 euros, les chirurgiens 155 000 euros, les anesthésistes 147 000 euros, les psychiatres et les pédiatres 79 000 euros, les dermatologues 73 000 euros et les généralistes 71 000 euros.

Mais il existe de fortes disparités au sein même de spécialités. Par exemple, les 10 % de radiologues les mieux payés déclarent en moyenne 273 000 euros contre 77 000 euros pour les 10 % les moins rémunérés.

## La Sécurité Sociale au service des Internautes : Ameli-direct.fr

Pour s'informer avant de choisir :

Médecins, infirmiers, hôpital, pharmacie.... Les adresses et tarifs sont accessibles sur le service ameli-direct avec deux grandes options de recherche.

- La recherche d'un professionnel de santé par nom, profession, ville, code postal ou département,
- La recherche d'un établissement de soins par nom, spécialité, ville, code postal ou département.

Une nouvelle présentation pour plus de lisibilité :

Ameli-direct est un véritable site à part entière, avec davantage d'espace pour la recherche et l'affichage des résultats, avec une nouvelle présentation pour améliorer la lisibilité, et avec plus d'informations : carte Vitale, secteur conventionnel, parcours de soins coordonnés, coût de la consultation ...autant d'éléments à prendre en compte avant de choisir le professionnel de santé dont vous avez besoin.

## Dépassements d'honoraires

En 2010, le montant global des dépassements d'honoraires, toutes spécialités confondues, s'élevait à 2.5 milliards d'euros contre 900 millions en 1990. Ces dépassements représentent 12 % des honoraires totaux de l'ensemble des médecins, mais 17 % pour les spécialistes hors omnipraticiens et 32 % pour les seuls chirurgiens.

**Les dépassements s'élèvent en 2010 à 21 100 € en moyenne par médecin** avec de fortes disparités : 18 800 € pour les psychiatres, 80 000 € pour les chirurgiens.

En euros constants et pour l'ensemble des médecins, les montants des dépassements moyens ont progressé de 50 % entre 2000 et 2010 mais pour certaines spécialités ce montant a plus que doublé : les anesthésistes +150 %, les radiologues +120 %, les psychiatres + 100 %, les ophtalmologues + 95 %.

L'enquête fait aussi ressortir :

- les dépassements sont plus fréquents et plus élevés dans les départements riches et urbains,
- les dépassements d'un médecin sont d'autant plus élevés que son activité est faible. "Tout se passe comme si les médecins ajustaient leurs tarifs afin d'atteindre un niveau de revenu cible"
- les praticiens hospitaliers disposant d'un secteur privé à l'hôpital (en secteur II) se distinguent des autres médecins "par des montants de dépassements très supérieurs" (ophtalmologues : dépassements d'un montant 35 % plus élevé à ceux de leurs confrères exclusivement libéraux).

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), Exploitation DREES

Pour illustrer ce propos: dépassement annuel moyen par médecin en fonction de leur spécialité

Omnipraticiens	=	5 500 €	Gynécologues	=	53 100 €
Anesthésistes	=	49 800 €	Gastro-entérologues	=	23 500 €
Cardiologues	=	9 000 €	ORL	=	39 100 €
Chirurgiens	=	80 000 €	Ophtalmologues	=	70 600 €
Dermatologues	=	27 300 €	Stomatologues	=	119 000 €
Radiologues	=	19 900 €	Rhumatologues	=	26 300 €
Pédiatres	=	17 700 €	Psychiatres	=	18 800 €

Source : fichiers SNIR (CNAMTS), Exploitation DREES

## La Rougeole

### 1/ Utilité des vaccins :

Les vaccins permettent de lutter contre un grand nombre de maladies infectieuses. Se faire vacciner sert à se protéger individuellement des maladies, mais c'est aussi un geste citoyen qui sert l'intérêt collectif : en améliorant la couverture vaccinale, on évite la propagation des maladies et on réduit le risque d'épidémie.

### 2/ Le R.O.R

Le vaccin ROR contre la rougeole, les oreillons et la rubéole est bien toléré et accessible à tous. Il concerne les nourrissons, mais aussi les enfants et les jeunes adultes non vaccinés, jusqu'à 29 ans (personnes nées depuis 1980).

Une épidémie de rougeole sévit en France depuis 3 ans, avec 600 cas déclarés en 2008, 1 500 cas en 2009 et plus de 5 000 en 2010.

La vaccination ROR systématique est le seul moyen pour permettre l'élimination de ces maladies.

Deux injections du vaccin "trivalent" rougeole-rubéole-oreillons (RRO) sont nécessaires pour être protégé efficacement contre la rougeole. La protection contre la rougeole dure toute la vie chez la très grande majorité des personnes ayant reçu ces deux doses.

Pour les nourrissons, il est recommandé d'administrer la première dose de vaccin à l'âge de 12 mois (dès 9 mois pour l'entrée en collectivité) et la seconde dose entre 13 et 24 mois. Lorsque le risque d'infection est très élevé, la première dose peut être administrée à 6 mois et la seconde entre 12 et 15 mois.

Pour interrompre la transmission active du virus, toute personne née depuis 1980 devrait avoir reçu deux doses de vaccin. Une vaccination de rattrapage est ainsi recommandée à toutes les personnes qui n'ont pas été vaccinées ou n'ont reçu qu'une seule dose de vaccin, et qui n'ont jamais eu la rougeole.

### 3/ Les symptômes, la maladie

La maladie se manifeste par une fièvre élevée, une toux, un écoulement nasal, la conjonctivite et une éruption cutanée sous forme de plaques rouges. Elle est en général bénigne, avec parfois des complications respiratoires (otites, bronchopneumonies) et, exceptionnellement, des encéphalites (entre 15 et 30 cas par an dans les années 1980, moins de 5 cas par an dans les années 1990), qui peuvent entraîner des convulsions et parfois des paralysies. Il en existe aussi une forme très grave qui peut se déclarer plusieurs années après (huit ans en moyenne) : la pan encéphalite sclérosante subaiguë (entre 10 et 30 cas par an dans les années 1980, moins de 5 cas par an dans les années 1990). Les complications se produisent chez des sujets immunodéprimés (immunodépression constitutionnelle ou acquise par une maladie ou certains traitements) ou malnutris (notamment dans les pays du Tiers-Monde). Le risque de complications augmente avec l'âge (outre des complications respiratoires, il y a notamment des atteintes hépatiques chez l'adulte). La maladie se soigne avant tout par le repos, les médicaments anti-fièvre, les soins d'hygiène du nez (sérum physiologique), les sirops pour la toux. Les antibiotiques sont sans action sur le virus et réservés aux complications respiratoires.



**Grippe.** La campagne de vaccination est lancée. Grande nouveauté : **vaccination gratuite pour les femmes enceintes à partir de 2 mois de grossesse et pour les personnes obèses.**

**Cette campagne se déroule du 29 Septembre 2011 au 31 Janvier 2012.**

### Vaccins H1N1 :

La France avait commandé il y a deux ans 94 millions de doses de vaccin... pour n'en utiliser que 6 millions ! Fin novembre 2011, elles ont toutes été incinérées.

**Au total, près de 400 M € ont été dépensés pour ces vaccins.**

**C'est honteux !!!!!**

## Il vous restera à acquitter un dépassement d'honoraire de.....

Cette annonce du dépassement d'honoraires nous arrive à un moment où nous sommes fragilisés car à cet instant nous vivons un désarroi face à notre maladie, intervention chirurgicale à venir. Les dépassements d'honoraire deviennent monnaie courante chez les praticiens libéraux, les cliniques et même dans les hôpitaux avec les visites en secteur privé.

Il est donc utile de rappeler des consignes simples auxquelles nous ne songeons pas dans ces moments là.

- ⇒ les praticiens sont tenus d'afficher leur conventionnement et le montant de leurs principaux honoraires dans la salle d'attente, sinon demander ce renseignement au secrétariat,
- ⇒ les praticiens sont dans l'obligation d'établir un devis dès que le montant de la facture est d'au moins 70 euros ou lorsque le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure,
- ⇒ demander un devis sur lequel sera précisé ce que vous allez avoir à régler (honoraire du chirurgien, de l'anesthésiste, prix de la chambre....)
- ⇒ n'ayez pas peur de discuter du montant du dépassement d'honoraire,
- ⇒ prenez connaissance de la part de remboursement de la sécurité sociale, de la mutuelle et de votre quote-part,
- ⇒ prenez le temps de l'information et de la mise en concurrence des tarifications de divers praticiens pour les mêmes actes. Pour cela, allez sur le site [ameli-direct.fr](http://ameli-direct.fr) (choisir un professionnel de la santé)
- ⇒ privilégiez les praticiens conventionnés en secteur 1.

**N'acceptez pas et ne signez pas un devis où les montants des actes ne seraient pas indiqués (devis en blanc).**

## Rappel des prises en charge .....

→ **En hospitalisation :**

**1er cas : en Charente :** pour les hospitalisations réalisées en Charente et dans la plupart des cas, nous sommes en relation directe avec les établissements. Sur leur demande, nous faxons la prise en charge.

**Vous n'avez rien à faire..**

**2ème cas : hors Charente :** vous devez nous demander soit par téléphone, soit en vous déplaçant à la mutuelle, une prise en charge. Munissez-vous pour cela du nom de l'établissement, de l'adresse de l'établissement et de la date d'entrée.

→ **En optique : si vous utilisez le Tiers Payant :** l'opticien que vous avez choisi faxe un devis optique à la mutuelle. Par retour, la mutuelle faxe la prise en charge à l'opticien. Le règlement de la part mutuelle est versé sur le compte bancaire de l'opticien. **Vous n'avez rien à faire..**

→ **En optique : hors Tiers Payant :** après avoir réglé la facture à l'opticien, envoyez la feuille de maladie directement à la CPAM de votre département et adressez la facture à la mutuelle. A réception du paiement de la sécurité sociale, nous interviendrons sur le paiement de la part complémentaire.

→ **En dentaire : cabinet privé :** la mutuelle se propose de calculer votre devis dentaire. A ce calcul, nous vous remettons un imprimé dentaire à faire remplir au dentiste à la fin des travaux, et à nous retourner pour percevoir la participation mutuelle.

→ **En dentaire : cabinet dentaire mutualiste, MNAM, cabinet dentaire de la CPAM :** sur leur demande, nous faxons une prise en charge. A la fin des travaux, vous ne payez que le reste à charge soit les frais réels moins le remboursement CPAM moins la participation de la mutuelle. Le règlement de la part mutuelle sera versé au professionnel de santé.