



ÉDITORIAL

“ Chère Adhérente, Cher Adhérent,

L'année 2008, suite au déficit persistant de l'assurance maladie (4,1 et 6,9 milliards d'euros estimés pour 2008 et 2009), est principalement marquée par :

- l'instauration de franchises à compter du 1^{er} janvier,
- la taxation, à concurrence de 1 milliard d'euros, des organismes complémentaires santé, pénalisant les mutuelles.

Par ailleurs des ballons d'essai, repris par les médias, ont été lancés concernant le basculement des frais du dentaire et de l'optique à la charge exclusive des mutuelles ainsi que la diminution des remboursements des malades en affection de longue durée (ALD), mesures démenties quelques jours après par les Pouvoirs Publics.

Comme le prévoient nos statuts, vous venez de renouveler pour un tiers votre Conseil d'Administration et un nouveau Bureau a été constitué.

Nous resterons vigilants sur l'incidence de toute mesure susceptible de modifier l'équilibre de nos comptes et nous suivrons tout particulièrement les travaux de la Mutualité Française visant à limiter les dépassements d'honoraires, contraintes de plus en plus fréquentes pour les adhérents.

Nous vous reparlerons très certainement de ces points en 2009.

Mutuellement et cordialement vôtre. ”

Le Président,
Christian d'ACHON

■ LES RÉSULTATS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2008

L'Assemblée Générale 2008 s'est tenue les 29 mai et 12 juin 2008.

» 1^{ère} CONVOCATION DU 29 MAI

Nombre d'inscrits : 61 604 - Nombre émargés : 16 793 soit 27,26 %.

Ont été élus au Conseil d'Administration :

- Monsieur Michel FORCADE
- Monsieur Jean-Patrick POTEAU
- Monsieur Philippe DROUIN
- Monsieur Guy DARGELAS
- Monsieur Jean-Claude GOUSSET
- Madame Delphine BARUBE-PLIEZ
- Monsieur Frédéric BIDAULT
- Monsieur José QUEROL

A été élue à la Commission de Contrôle :

- Madame Simone TULLOUE

Ont été adoptées les **résolutions 13,14,15,16,17,18 et 20** :

- Approbation du rapport de gestion.
- Approbation du rapport de la Commission de Contrôle.
- Approbation des comptes annuels.
- Approbation des conventions réglementées.
- Dotation au fonds social de 3,0 % du montant des cotisations.
- Participation de 0,4 % du montant des cotisations pour la Mutuelle Dentaire Renault.
- Participation des adhésions : aux Unions de la Mutualité Française de Savoie, Ardèche, Ain, Rhône Alpes ; à l'Union Départementale de la Drôme ; à l'Union Régionale Mutualité Normandie.

» 2^e CONVOCATION DU 12 JUIN

Nombre d'inscrits : 61 604 - Nombre émargés : 17 744 soit 28,80 %

Ont été adoptées les **résolutions 1 à 12 et 19** :

- Modification statutaire : Intégration des bénéficiaires de la CMUC.
- Modification statutaire : Apprentis de plus de 18 ans.
- Modification réglementaire : Montant des cotisations mensuelles options de base.
- Modification réglementaire : Montant des cotisations mensuelles option CC.
- Modification réglementaire : Remise des cotisations pour handicapés.
- Modification réglementaire : Franchises médicales.
- Modification réglementaire : Suppression des prestations naissance et adoption.
- Modification réglementaire : Remboursement de prestations non prises en charge par la SS.
- Modification réglementaire : Délai de carence pour les droits aux prestations.
- Modification réglementaire : Suppression de la participation naissance et adoption dans les tableaux.
- Modification réglementaire : Intégration des prestations naissance et adoption dans le fonds social.
- Délégation de pouvoir au Conseil d'Administration pour les cotisations et les prestations.

COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE VOTRE MUTUELLE

» BUREAU

Président :
Vice-Président :
Secrétaire Général :
Secrétaire Général Adjoint :
Trésorier Général :
Trésorier Général Adjoint :

Christian d'ACHON
Michel FORCADE
Florence GONZALEZ (actif, site de Guyancourt)
Guy DARGELAS
Marc CAZADAMONT (actif, site de Guyancourt)
Claude CAURE

» ADMINISTRATEURS

Yves AUDVARD (actif, site de Rueil)
Delphine BARUBE-PLIEZ (actif, site de Cléon)
Bernard BAUDRON
André BERTRAND
Frédéric BIDAULT (actif, site de Guyancourt)
Serge DESBUISSONS (actif, site de Douai)
Philippe DROUIN (actif, site de Boulogne)
Michel FIGUIERE
Jean-Yves FOUCAULT

Alain GARNIER (actif, site du Mans)
Jean-Claude GOUSSET
André GRANJUS
Daniel GUERIN (actif, site de Guyancourt)
Paul LEBOURG
Vincent PIEL (actif, site du Plessis Robinson)
Jean-Patrick POTEAU
José QUEROL
Christiane SUSS (actif, site de Boulogne)

» VICE PRÉSIDENT D'HONNEUR

Michel DECROIX

» OBSERVATEUR DU C.C.E.

Pascal BAHNWEG (actif, site de Guyancourt)

» COMMISSION DE CONTRÔLE

Simone TULLOUE

» REPRESENTANTS DU PERSONNEL

Philippe FAYOL
Corinne THION

▶ QUELQUES CONSEILS ET INFORMATIONS À CONSERVER

M'T DENTS : LA PREVENTION BUCCO-DENTAIRE DE VOS ENFANTS

Pour que vos enfants n'aient pas mal aux dents et qu'ils sachent en prendre soin jour après jour, l'Assurance Maladie et les chirurgiens-dentistes ont créé M'T dents : des rendez-vous de prévention gratuits à faire à 6, 9, 12, 15 et 18 ans.

CINQ ÉTAPES CLÉS :

- **6 ans** : c'est l'âge de la première molaire permanente, la dent la plus exposée aux caries.
- **9 ans** : les dents de lait et les dents permanentes « cohabitent », le brossage est donc plus difficile : c'est la porte ouverte aux caries !

- **12 ans** : la denture achève de se mettre en place, mais l'émail est encore fragile.
- **15 ans** : c'est l'entrée dans l'adolescence, un moment où l'on est souvent moins sensible aux règles d'hygiène bucco-dentaire. A cela s'ajoute la tentation du tabac qui agresse les dents et leur précieux émail.
- **18 ans** : c'est l'âge où les préoccupations de la vie d'adulte prennent le pas sur l'attention portée à la santé dentaire.

Vous avez un enfant dans l'une de ces tranches d'âge ?

Un mois avant sa date d'anniversaire, vous recevrez chez vous un courrier personnalisé de l'Assurance Maladie avec un imprimé de prise en charge, l'invitant à se rendre chez le chirurgien-dentiste pour un Examen Bucco-Dentaire (EBD).

Vous prenez rendez-vous chez le chirurgien-dentiste conventionné de votre choix pour réaliser cet examen qui doit être effectué dans les 6 mois à compter de la date d'anniversaire de l'enfant.

Vous n'avez rien à avancer pour l'examen de prévention. L'Assurance Maladie règle directement l'examen à votre chirurgien-dentiste.

MIEUX MAITRISER L'AUTOMÉDICATION

DANS QUELS CAS SE SOIGNER SEUL ?

Avant de se soigner, il faut bien identifier le problème de santé, ce qui passe par une bonne connaissance du fonctionnement « normal » de son corps.

Seuls les problèmes bénins (maux de gorge, maux de tête, rhumes, fièvres...) relèvent de l'automédication.

Si les symptômes sont intenses, apparaissent subitement, persistent ou, s'il s'agit d'un symptôme jamais rencontré, mieux vaut consulter un médecin.

BIEN SE SOIGNER SEUL, AVEC DES MÉDICAMENTS

Un médicament, même vendu sans ordonnance, n'est jamais anodin.

Les principaux médicaments accessibles en automédication sont destinés à traiter ou soulager douleurs (dentaires, dorsales...) et fièvres, troubles digestifs, toux, maux de gorge, boutons de fièvre, aider au sevrage tabagique...

Au moindre doute, demandez conseil à un pharmacien. Autant que possible, allez toujours voir le même, il apprendra ainsi progressivement à mieux vous connaître.

5 règles d'or pour utiliser un médicament dans ces conditions :

1. Relisez la notice et l'emballage : respectez les consignes (posologie, conditions de conservation...).
2. Ne cumulez pas plusieurs médicaments sans en parler à votre pharmacien : les interactions peuvent engendrer des effets indésirables.
3. Ne prenez jamais en automédication des médicaments vendus sur ordonnance, même s'ils vous avaient été prescrits à une autre occasion.
4. Évitez de consommer des excitants (alcool, café...) pendant un traitement.
5. Ne prolongez pas une automédication : si votre état général empire ou que les symptômes ne diminuent pas après quelques jours, arrêtez le traitement et consultez un médecin.

QUESTIONS FRÉQUENTES

Le prix d'un médicament vendu sans ordonnance est-il toujours le même ?

Non. Les prix des médicaments accessibles en automédication sont libres et peuvent varier de manière significative, selon la marque ou l'officine. Vous pouvez donc librement comparer les prix avant de les acheter. N'hésitez pas à faire jouer la concurrence !

Faut-il dire à son médecin ou à son pharmacien que l'on prend des médicaments sans prescription ?

Oui, absolument. Même accessible sans ordonnance, un médicament n'est jamais anodin. Et les professionnels de santé que vous consultez doivent savoir ce que vous prenez, afin de mieux vous soigner sans risquer une interaction médicamenteuse. Votre médecin a l'habitude que ses patients soignent eux-mêmes leurs petits problèmes de santé, il ne vous jugera pas.

Peut-on pratiquer l'automédication à l'étranger ?

Oui, mais privilégiez l'utilisation de médicaments que vous connaissez et que vous emmènerez avec vous. Si vous devez acheter des médicaments sur place, il est préférable de connaître la dénomination commune internationale (DCI), le nom de la molécule active, qui est le même dans tous les pays, quelle que soit la marque.

Tout le monde peut-il pratiquer l'automédication ?

Non. Les femmes enceintes ou allaitantes, les bébés et les personnes souffrant d'affections chroniques ou d'allergies doivent l'éviter. Il faut également être très prudent avec l'automédication des enfants.

TARIF DES CONSULTATIONS

1. DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Tarifs des consultations du médecin traitant (tarifs applicables depuis le 1 ^{er} juillet 2007)				
Médecin consulté	Tarif	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste secteur 1	22 €	22 €	70 %	14,40 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	22 €	70 %	14,40 €
Spécialiste secteur 1	25 €	25 €	70 %	16,50 €
Spécialiste secteur 2	Honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 1	37 €	37 €	70 %	24,90 €
Psychiatre Neuropsychiatre Neurologue secteur 2	Honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

2. HORS DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Vous consultez un médecin généraliste sans être orienté par votre médecin traitant.

Tarifs des consultations du médecin généraliste (tarifs applicables depuis le 2 septembre 2007)				
Médecin consulté	Tarif	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Généraliste secteur 1	22 €	22 €	50 %	10 €
Généraliste secteur 2	Honoraires libres	22 €	50 %	10 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. Complémentaire ou de l'Aide Médicale de l'État.

3. VOUS AVEZ DÉCLARÉ UN MÉDECIN TRAITANT ET VOUS CONSULTEZ UN MÉDECIN SPÉCIALISTE DANS LE CADRE DE L'ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

Vous avez déclaré votre médecin traitant et vous consultez directement un gynécologue, un ophtalmologue, un psychiatre ou un neuropsychiatre dans le cadre de l'accès direct autorisé.

Tarifs de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé si vous avez déclaré un médecin traitant (tarifs applicables depuis le 1 ^{er} juillet 2007)				
Médecin consulté	Tarif	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé*
Gynécologue - Ophtalmologue Consultation pour suivi régulier - secteur 1 ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	70 %	18,60 €
Gynécologue - Ophtalmologue Consultation pour suivi régulier ou autre secteur 2	Honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €
Psychiatre Neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans) secteur 1 ou 2 avec option de coordination	41 €	41 €	70 %	27,70 €
Psychiatre Neuropsychiatre (pour les patients de 16 à 25 ans) secteur 2	Honoraires libres	34,30 €	70 %	23,01 €

MÉDICAMENTS EN LIBRE SERVICE : PETITE RÉVOLUTION DANS LES PHARMACIES

Depuis le mois de juillet dernier, 250 médicaments sont mis en libre service dans les pharmacies.

Il s'agit de produits couramment utilisés en automédication, non remboursables par la Sécurité Sociale, qui soignent les symptômes bénins comme les maux de gorge, les troubles intestinaux ou les brûlures d'estomac.

Parmi ces médicaments, 19 sont d'ordre homéopathique et 12 à base de plantes.

A l'avenir, cette liste de 250 spécialités pourrait être élargie, car les médicaments à prescription médicale facultative sont au nombre de 3 000.

LES SOINS DE PODOLOGIE REMBOURSES POUR LES PATIENTS DIABÉTIQUES A RISQUES

Depuis le 24 mai 2008, l'Assurance Maladie rembourse les séances de soins et de prévention réalisées par des pédicures podologues conventionnés, pour les diabétiques dont les pieds présentent des risques élevés de lésions ou des blessures importantes.

Si vous êtes diabétique, soyez vigilant si vos chaussures rencontrent une usure anormale ou si vos pieds sont blessés ou ulcérés et que ces plaies sont peu douloureuses. Consultez votre médecin traitant qui saura vous conseiller et vous prescrire, si nécessaire, des soins de pédicurie-podologie. Il vous indiquera également si ces soins peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie en fonction du niveau de risque que vous présentez.

HISTORIQUE DES REMBOURSEMENTS : L'AIDE-MÉMOIRE DE VOS SOINS

Il vous arrive d'oublier les médicaments qui vous ont été prescrits ? Avec l'historique des remboursements, votre suivi médical est plus sûr et précis.

QU'EST-CE QUE L'HISTORIQUE DES REMBOURSEMENTS ?

L'historique des remboursements est un nouveau service de l'Assurance Maladie qui permet à votre médecin de prendre connaissance de l'ensemble des soins, médicaments et examens qui vous ont été prescrits et remboursés au cours des 12 derniers mois.

À QUEL TYPE D'INFORMATIONS LE MÉDECIN PEUT-IL ACCÉDER ?

L'historique des remboursements permet à votre médecin d'accéder aux données de remboursement concernant :

- Les consultations chez un médecin (généraliste ou spécialiste) ou chez un chirurgien-dentiste ;
- Les médicaments remboursés (nom et posologie) ;
- Les actes de radiologie (nature de l'examen et date) ;
- Les actes de biologie (nature de l'examen et date) ;
- Les arrêts de travail indemnisés (date et durée) ;

• Les hospitalisations dans les établissements privés et publics (durée et nature du séjour, date d'admission) ;

• Les transports (date et mode de transport).

Votre médecin n'a accès à aucun compte rendu de consultation ou d'opération, ni à aucun résultat d'examens.

QUELS SONT LES AVANTAGES POUR VOUS ?

Vous ne vous souvenez plus d'une date d'examen ? Vous avez oublié le dosage de votre médicament ? Avec l'historique des remboursements, votre médecin retrouve ces informations.

Ce service lui permet de mieux vous connaître, vous conseiller et vous orienter.

Si vous consultez un médecin pour la première fois.

En permettant à ce médecin d'accéder à vos dernières consultations et soins remboursés, vous lui donnez l'occasion de vous poser les bonnes questions sur votre état de santé et ainsi de mieux vous connaître.

Il peut alors adapter précisément les prescriptions à vos besoins.

Si vous consultez un médecin de manière occasionnelle.

L'historique des remboursements est un service utile surtout lorsque vous consultez un médecin pendant vos vacances, un médecin remplaçant ou

un spécialiste vers lequel votre médecin traitant vous a orienté.

C'est pour lui un bon moyen d'éviter les interactions médicamenteuses et les examens redondants qui peuvent être dangereux pour votre santé.

Votre accord est nécessaire.

Votre carte Vitale, qui vous permet un remboursement plus rapide, peut désormais également servir au médecin pour consulter l'historique des remboursements.

Cependant, votre médecin doit obtenir votre accord pour accéder à cet historique. Vous êtes libre d'accepter ou non.

1. Si vous acceptez : vous lui donnez votre accord et vous lui remettez votre carte Vitale.

2. Si vous refusez : vous lui indiquez votre refus et vous lui donnez votre carte Vitale pour qu'il puisse rédiger uniquement la feuille de soins électronique. Vous serez ainsi remboursé plus rapidement.

Votre refus n'aura aucune conséquence sur vos remboursements.

L'historique des remboursements est un service dont l'accès est sécurisé. Le médecin peut accéder au service seulement avec votre accord, en votre présence et avec votre carte Vitale.



ADHÉRENT DE LA MUTUELLE UN JOUR, ADHÉRENT DE LA MUTUELLE TOUJOURS !

Même si vous êtes amenés à quitter le Groupe Renault, vous pouvez toujours, si vous le souhaitez, rester adhérent et conserver vos garanties au sein de notre mutuelle. Contactez-nous à ce sujet.

RAPPEL

LA FRANCHISE MÉDICALE EN PRATIQUE

LA FRANCHISE, QU'EST-CE QUE C'EST ?

C'est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise est plafonné à 50 € par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

QUI EST EXONÉRÉ ?

Les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, les enfants et jeunes de moins de 18 ans et les femmes enceintes.

LA FRANCHISE, COMBIEN ÇA COÛTE ? QUELS SONT LES ACTES, LES PRODUITS ET LES PRESTATIONS CONCERNÉS ?

- * 50 centimes d'euro sur les remboursements de médicaments,
- * 50 centimes d'euro sur les actes paramédicaux,
- * 2 € par transport sanitaire.

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : on ne pourra pas déduire plus de 2 € par jour sur les actes paramédicaux et 4 € par jour pour les transports sanitaires.

ET SI VOUS RENTRIEZ CHEZ VOUS LE SOIR MÊME ?

Se faire opérer et rentrer à la maison le jour même : c'est le principe de la chirurgie ambulatoire. Une technique qui pourrait s'appliquer, en toute sécurité, à 80 % des opérations pratiquées en France.

LA CHIRURGIE AMBULATOIRE, LES ÉTAPES CLÉS :

- 1 - Le chirurgien décide si la chirurgie ambulatoire est adaptée à votre cas.
- 2 - L'anesthésiste fait un bilan et vous remet un livret de consignes à respecter la veille et le jour de l'opération.
- 3 - Le jour J : vous vous présentez à l'accueil de l'hôpital ou de la clinique pour effectuer votre admission, et vous êtes opéré.
- 4 - Après quelques heures de surveillance, le chirurgien et l'anesthésiste vérifient que vous pouvez sortir.
- 5 - L'équipe soignante vous remet une liste de recommandations et un numéro de téléphone : vous pouvez ainsi contacter le personnel médical de l'établissement en cas de besoin, 24/24 h.
- 6 - Vous effectuez les formalités de sortie. Votre caisse d'assurance maladie rembourse vos frais d'hospitalisation de la même façon que pour une intervention classique.

Les précautions à prendre :

Le principe de la chirurgie ambulatoire est adapté à tous les âges, dès 6 mois, sous certaines conditions : ne pas souffrir d'une maladie grave et instable, être accompagné pour le retour au domicile ainsi que la première nuit suivant l'opération, habiter à moins d'une heure de l'hôpital ou de la clinique, et avoir le téléphone. Si vous devez vous faire opérer prochainement, la chirurgie ambulatoire est peut-être adaptée à votre situation. Alors, parlez-en avec votre médecin traitant.