



MUTAME SAVOIE MONT-BLANC

CAISSE MUTUELLE DE PRÉVOYANCE DU PERSONNEL
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES DE LA HAUTE-SAVOIE

REGLEMENT MUTUALISTE

*Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité
Inscrite au registre national des Mutuelles sous le n°776 525 610*

MUTAME Savoie Mont-Blanc
Maison de la Fonction Publique Territoriale
55, rue du Val-Vert – BP 101 – 74604 Seynod Cedex
Tél. : 04 50 33 11 36 – Fax : 04 50 33 05 24 –
contact@mutame74.com - www.mutame74.com

MUTAME SAVOIE MONT-BLANC

Mutuelle Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le numéro 776 525 610

Régie par les dispositions du Livre II du code de la mutualité

REGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement a pour objet d'offrir aux membres participants de la Mutuelle et à leurs ayants droit des garanties complémentaires pour frais de soins de santé et prestations annexes. Il est régi par le code de la mutualité.

TITRE I – ADHESION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADMISSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne affiliée au régime général de la Sécurité Sociale :

- Agent salarié ou retraité d'une collectivité locale ou assimilée
- Membre associé tel que défini à l'article 8-A des statuts de la Mutuelle

Pour bénéficier du contrat le membre participant doit remplir et signer un bulletin d'adhésion individuelle.

Le membre participant ainsi que les personnes garanties (telles que définies à l'article 5) doivent également relever, en tant qu'assuré ou ayant droit, d'un régime de base obligatoire, dont le niveau de remboursement est au moins égal à celui du régime général de la sécurité sociale.

Le membre participant indique, sur le bulletin d'adhésion, la garantie choisie parmi celles qui lui sont proposées (cf. article 16) et les personnes garanties (cf. article 5).

En outre, le membre participant fournit les pièces prévues à l'article 6 (Formalités d'Adhésion).

Le membre participant doit signaler au siège social de la Mutuelle ou auprès des correspondants locaux, tout changement dans sa situation professionnelle ou familiale.

La déclaration doit être faite dans un délai d'un mois à compter du jour de l'événement sous peine de perdre le droit aux prestations. Dans ce cas il doit fournir une ou plusieurs des pièces justificatives visées à l'article 6 (Formalités d'Adhésion)

ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle. Cet enregistrement donne lieu à l'émission d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

ARTICLE 3 - CHOIX ET CHANGEMENT D'OPTION

Le membre participant indique, au moyen du bulletin d'adhésion :

- l'option qu'il a choisie parmi les niveaux de garanties qui lui sont proposés. Cette option s'applique obligatoirement à l'ensemble des bénéficiaires.

Les adhérents relevant du régime des adhésions tardives prévu à l'article 8 paragraphe B des statuts choisissent obligatoirement l'option Mutame 2T en matière de prestations et ne peuvent bénéficier ultérieurement d'aucun changement d'option.

Le changement d'option est possible chaque 1^{er} jour de mois, à condition que le membre participant le demande 1 mois auparavant au moyen d'un bulletin modificatif d'adhésion et sous réserve des dispositions suivantes :

- seuls sont autorisés sans conditions particulières les changements d'option vers une option supérieure.
- Le changement d'option vers une option inférieure ne peut se faire qu'après deux années de cotisation dans l'option en cours. Tout cas particulier pour raisons financières sera étudié par le Bureau.

- les personnes bénéficiaires, sous réserve qu'elles remplissent les conditions fixées à l'article 5.

ARTICLE 4 - DUREE, RENOUELEMENT ET CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. L'engagement est d'une durée minimale d'une année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

Cependant l'adhésion au contrat peut cesser :

a) à la demande du membre participant notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 2 mois avant l'échéance, soit avant le 31 octobre de l'année.

b) en cas de décès du membre participant : les personnes bénéficiaires des garanties (cf. article 5) continuent d'être couvertes jusqu'à la fin du mois civil suivant le mois au cours duquel est survenu le décès. Elles peuvent ensuite adhérer à titre personnel, selon les conditions définies aux articles 1 et 2.

c) en cas de non paiement de la cotisation (selon les dispositions prévues à l'article 18),

Aucune prestation ne peut être servie après la date de cessation de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies.

ARTICLE 5 - BENEFICIAIRES

Sous réserve des justificatifs à apporter et du versement de la cotisation correspondante, les personnes garanties sont celles dont le nom figure sur le certificat d'adhésion. Peuvent être concernées les personnes suivantes :

➢ le membre participant,

➢ son conjoint ou concubin ou partenaire lié par un PACS (même bénéficiant à titre personnel du Régime de la Sécurité Sociale). La Mutuelle ne prend à sa charge qu'un seul conjoint ou concubin ou partenaire.

Le conjoint sans revenus ou dont le revenu imposable trimestriel est inférieur à 85% du traitement minimum mensuel de la fonction publique territoriale doit fournir à la mutuelle copie de la feuille d'imposition ou de non-imposition de l'année précédente justifiant sa situation pour bénéficier du statut « conjoint à charge ». Les revenus déclarés sont comparés au traitement mensuel minimum de la fonction publique territoriale au 31 décembre de cette même année. Si la situation du conjoint a évolué depuis cette date, la comparaison s'établit avec le traitement mensuel minimum de la fonction publique territoriale en vigueur à la date de la demande.

➢ ainsi que leur(s) enfant(s) effectivement à charge, c'est à dire habituellement sous leur garde et vivant à leur(s) domicile, s'il(s) bénéficie(nt) des prestations Sécurité Sociale sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint ou de son concubin et s'il(s) rempli(ssen)t l'une des conditions suivantes :

- enfant(s) handicapé(s) âgés de plus de 20 ans et complètement à charge de leur famille,
- enfant(s) de plus de 20 ans, poursuivant leurs études ou en apprentissage,
- enfant(s) de moins de 18 ans restant à charge de leurs parents en recherchant un premier emploi et ne bénéficiant plus de la sécurité sociale au titre d'ayants droit de ces derniers.
- enfant(s) en voie d'adoption plénière bénéficiant du régime général de sécurité sociale.
- orphelin(s) de père et de mère bénéficiant des prestations de la Mutuelle. Dans ce cas la cotisation est assurée soit par leur tuteur légal, soit par eux-mêmes s'ils sont majeurs.

- les ayants droit des adhérents relevant de la Couverture Maladie Universelle.

ARTICLE 6 - FORMALITES POUR L'ADHESION OU EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION

A) ADHESION

Le membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- la lettre d'embauche ou l'arrêté notifiant sa nomination lorsqu'il est agent d'une collectivité territoriale,
- éventuellement le certificat de radiation de la Mutuelle d'origine,
- la photocopie de sa carte d'assuré social et de la dernière carte d'assuré social pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- Le cas échéant, de l'autorisation de prélèvement dûment complétée,
- une photocopie d'une pièce d'identité,
- Le cas échéant, une photocopie du livret de famille,
- Le cas échéant, une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou une attestation de concubinage,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés, âgés de moins de 25 ans,
- une carte d'invalidité mentionnant un taux de 80% ou plus pour les enfants à charge infirmes ou invalides.

B) CHANGEMENT DE SITUATION

La déclaration visée à l'article 1 doit être accompagnée selon le cas des pièces parmi les justificatifs cités à la rubrique précédente (Adhésion) ou les suivants :

- naissance : extrait d'acte de naissance, photocopie du livret de famille,
- mariage : bulletin de mariage, photocopie du livret de famille,
- décès : bulletin de décès,
- pour les adhérents changeant de collectivité employeur : arrêté notifiant la mutation,
- changement d'adresse : indiquer la nouvelle adresse sur la carte d'adhérent, et la retourner à la Mutuelle,
- changement de domiciliation bancaire : envoyer à la mutuelle le nouveau relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- changement de durée de travail : envoyer copie de l'arrêté notifiant le nouveau taux applicable. Cette disposition concerne les adhérents souscripteurs de contrats de prévoyance faisant référence à leur salaire,
- pour les enfants à charge de plus de 16 ans : certificat de scolarité, d'inscription en université, d'apprentissage...

Les agents des collectivités territoriales en détachement, en position hors cadre ou en congé parental fournissent à la Mutuelle l'arrêté justifiant leur position.

Les retraités des collectivités territoriales fournissent l'arrêté notifiant leur mise en retraite.

Les retraités membres participants extérieurs fournissent une attestation de leur employeur précisant leur date de mise à la retraite.

TITRE II – GARANTIES

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

La garantie Frais de Soins de Santé a pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale effectués au titre de l'assurance maladie ou maternité, et de ceux éventuellement effectués au titre d'un autre régime de frais de soins de santé, sous réserve des risques exclus définis à l'article 13. La Mutuelle peut cependant servir une

prestation qui aurait fait l'objet d'un refus de prise en charge par la Sécurité Sociale.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité Sociale et tout autre organisme complémentaire.

La Mutuelle assure le versement des prestations dans le respect des dispositions prévues pour les contrats responsables en tenant compte notamment du respect ou non par l'adhérent et/ou ses ayants droits du parcours de soins coordonnés.

La Mutuelle ne prend pas en charge les majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires hors parcours de soins coordonnés.

Par ailleurs, la Mutuelle ne prend pas en charge la contribution forfaitaire prévue par la loi.

Peuvent, selon l'option choisie par le membre participant, donner lieu à remboursement les frais suivants :

➤ Soins courants

- Consultations, visites, actes de spécialités, radiologie.
 - Frais pharmaceutiques.
 - Auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire.
 - Prothèse non dentaire, appareillage et transport. Ou tout autre acte figurant dans la nomenclature de la sécurité sociale.
 - Forfait thermal
 - Cure en hôpital thermal
- La thalassothérapie n'est pas prise en charge.

➤ Optique – Dentaire – Appareillage

- Soins dentaires.
- Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale.
- Implants, actes hors nomenclature, parodontologie.
- Orthodontie (acceptées ou refusées par la Sécurité Sociale).
- Optique (Verres, montures et lentilles, acceptés ou refusés par la Sécurité Sociale).
- Prothèses auditives.

Ou tout autre acte figurant dans la nomenclature de la sécurité sociale.

➤ Hospitalisation

- Hospitalisation médicale :
 - * pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation.
- Frais chirurgicaux :
 - * frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale),
 - * frais de salle d'opération, assistance-aide opératoire, frais de séjour...),
 - * Ou tout autre acte figurant dans la nomenclature de la sécurité sociale.
- Frais de chambre particulière, avec hébergement
- Forfait hospitalier
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un adhérent en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

➤ Autres remboursements ou prestations

Le remboursement assuré par la Mutuelle peut être étendu à tout autre acte figurant dans la nomenclature de la Sécurité Sociale.

➤ Prestations concernant les adhérents relevant de la Couverture Maladie Universelle

Les adhérents et leurs ayants droit bénéficient des prestations définies par voie législative et (ou) réglementaire.

ARTICLE 8 - GARANTIES PREVOYANCE

La mutuelle assure à ses adhérents la possibilité de souscrire par son intermédiaire auprès de l'UNPMF, de la Mutuelle Nationale Territoriale ou de tout autre organisme affilié à la Mutualité Française à des garanties complémentaires de prévoyance indemnités journalières, invalidité et décès, sous réserve du paiement par les adhérents d'une cotisation supplémentaire dont le montant est fixé par l'organisme gérant ces risques.

Les membres participants peuvent souscrire au contrat de prévoyance à adhésion facultative ou obligatoire sans bénéficier des prestations santé et des prestations sociales de la Mutuelle

sous réserve du paiement, pour les adhésions facultatives, d'une cotisation de rattachement fixée à 1,20 € par an (option Mutame P).

Les adhérents bénéficiaires d'un contrat de prévoyance à adhésion obligatoire diffusé par la Mutuelle tout en n'étant pas adhérent à la Mutuelle en matière de complémentaire maladie, peuvent, s'ils perdent le bénéfice de ce contrat pour cause de mutation dans une autre collectivité territoriale, rester à la Mutuelle et bénéficier des garanties d'un contrat de prévoyance à adhésion facultative présentant les mêmes garanties que celles du contrat à adhésion obligatoire dont ils bénéficiaient précédemment.

Cette possibilité ne peut être acceptée que si c'est le même organisme qui assure le contrat obligatoire et le contrat à adhésion facultative.

L'adhérent bénéficie dans ce cadre des prestations prévues dans le contrat à adhésion facultative et s'acquitte des cotisations prévues par ce contrat.

ARTICLE 9 - GARANTIES INDEMNITES FORFAITAIRES

Dans le cadre d'une enveloppe budgétaire annuelle dénommée « Fonds Social » ou par réassurance, la Mutuelle assure à ses adhérents des prestations d'entraide sociale comportant des prestations telles que : allocation naissance / adoption, allocation mariage / Pacte Civil de Solidarité (PACS), allocation pour frais d'obsèques, rente d'orphelin, allocation vacances pour les retraités membres participants, allocations vacances enfants, allocation vacances loisirs enfants handicapés, participation à la rémunération des aides familiales et des aides ménagères.

Le montant des prestations accordées par la mutuelle est fonction du choix effectué lors de l'adhésion par l'adhérent lui-même et pour ses bénéficiaires.

LES NIVEAUX DES REMBOURSEMENTS ET DES PRESTATIONS CI-DESSUS FIGURENT AUX TABLEAUX ANNEXES AU PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 10 - AUTRES GARANTIES

Dans le cadre également de l'enveloppe budgétaire annuelle dénommée « Fonds Social » la Mutuelle assure les prestations suivantes :

a) Aides exceptionnelles

Dans les cas exceptionnellement graves et compte tenu de la situation de la famille concernée, le bureau de la Mutuelle peut également attribuer des aides exceptionnelles au titre des prestations à caractère social.

b) Avances santé remboursables : Outre les aides exceptionnelles prévues ci-dessus, la mutuelle peut accorder à ses adhérents une avance d'argent, remboursable sans intérêts, en cas de besoins graves et urgents, pour permettre au membre participant de régler une dépense de santé d'un montant supérieur à sa propre capacité de financement, après déduction des participations obtenues d'organismes divers.

Le plafond de l'encours des avances santé remboursables est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

- L'avance de fond, limitée à 2 000 € par dossier, est remboursable dans la limite maximale de 24 mois.

- L'assemblée générale fixe chaque année l'enveloppe budgétaire annuelle permettant d'octroyer ces avances de fonds.

- La demande d'avance santé remboursable est constituée à partir d'un dossier remis par la mutuelle.

- Le conseil d'administration ou le bureau ou la commission compétente désignée par le conseil décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'avance.

ARTICLE 11 - CONTRATS COLLECTIFS SANTE

La Mutuelle propose des contrats collectifs santé dans les conditions suivantes :

a) Prestations :

- identiques aux garanties santé « individuelles »
- libre choix du niveau de garanties pour chaque agent de la Collectivité

b) Cotisations :

- système identique aux garanties santé « individuelles »
- minoration des cotisations :

- collectivités dont le nombre d'agents est supérieur à 10 :
 - de 50 % à 69 % d'agents adhérents (minimum ramené à 45% pour les collectivités de plus de 300 agents) : minoration de 10 %
 - de 70 % à 89 % d'agents adhérents : minoration de 15 %
 - 90 % et plus d'agents adhérents : minoration de 20 %
- collectivités dont le nombre d'agents est compris entre 2 et 10 :
 - 75 % et plus d'agents adhérents : minoration de 15 %

c) Détermination de l'effectif mutualisable :

- effectif total de la Collectivité :
 - stagiaires, titulaires
 - non-titulaires, contractuels, contrats aidés, contrats de droit privé
- effectifs déduits de la Collectivité :
 - mutuelle obligatoire familiale d'entreprise du conjoint (sur justificatif déclaratif)
 - saisonniers, vacataires, détachements extérieurs, remplaçants, mis à disposition au sein de la Collectivité

d) Eléments de gestion du contrat collectif santé :

- échéance au 31 décembre de chaque année. La demande de résiliation doit être notifiée par lettre recommandée avec accusé réception au plus tard 2 mois avant l'échéance, soit avant le 31 octobre de l'année.
- le taux de mutualisation est apprécié chaque année, au 30 septembre :
 - application du taux de minoration correspondant au 1er janvier de l'année suivante,
 - ou dénonciation du contrat collectif et transfert des adhérents en contrat individuel si taux minimum d'adhérents non respecté.
- prélèvement sur salaire obligatoire à l'exception des adhérents en congé parental
- basculement en contrat individuel équivalent en cas de :
 - retraite, disponibilité
 - mutation, détachement dans une Collectivité non dotée d'un contrat collectif
- agents admis au bénéfice du contrat collectif : stagiaires, titulaires, non-titulaires, contractuels, contrats aidés, contrats de droit privé, saisonniers, vacataires, remplaçants pendant la période de lien avec la Collectivité, agents en congé parental.
- agents non admis au bénéfice du contrat collectif : détachement extérieur, mise à disposition au sein de la Collectivité, disponibilité.
- règle spécifique pour les agents de plus de 50 ans :
 - si adhésion avant le 01/01/n+1 qui suit la mise en place du contrat collectif ou l'embauche dans la collectivité alors libre choix de l'option
 - sinon, adhésion obligatoirement en option MUTAME 2T en contrat individuel.

ARTICLE 12 - DELAIS DE STAGE

Le droit aux prestations prend effet à partir de la date d'effet de l'adhésion ou le cas échéant du changement d'option pour tous les risques couverts par la Mutuelle.

ARTICLE 13 - EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle les sinistres résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, non pris en charge par la Sécurité Sociale.

ARTICLE 14 - CLAUSES LEGALES

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 : « les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou du membre participant après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit (...) »

Conformément à l'article 2 alinéa 1 du décret n°90-769 du 30 août 1990 : « pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa

date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (...) »

TITRE III – COTISATIONS

ARTICLE 15 - DROIT D'ADMISSION

Les adhérents, membres participants et ayants-droit, sont exonérés du paiement d'un droit d'entrée.

ARTICLE 16 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et exprimées en euros. Elles varient en fonction de la situation du membre participant et de la composition familiale.

Les adhérents s'engagent pour eux-mêmes et pour leurs bénéficiaires, au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle.

La cotisation est modulée :

1°/ En fonction de l'âge de l'adhérent et de la composition familiale :

Catégories	Mutame ECO, 1 et niveau 1	Mutame 2, 2T, 3 et niveaux 2-3-4
Adhérents et conjoints :		
Moins de 25 ans	Tarif de base	Tarif de base
augmentation par an de 25 à 40 ans	3,50%	2,00%
augmentation par an de 41 à 50 ans	4,00%	2,50%
augmentation par an de 51 à 55 ans	2,50%	2,50%
augmentation par an de 56 à 60 ans	1,00%	1,00%
augmentation par an de 61 à 65 ans	0,80%	0,80%
Conjoint à charge	75% du tarif adhérent	75% du tarif adhérent
1^{er} enfant	100% du tarif de base	80% du tarif de base
2^e enfant	50% du tarif de base	40% du tarif de base
3^e enfant et plus	Gratuit	Gratuit

Concernant l'âge de l'adhérent ou du conjoint à prendre en compte pour le calcul de la cotisation, il s'agit de l'âge considéré par rapport à l'année de naissance.

Pour toutes les options (sauf options 2T et P), les nouveaux adhérents bénéficient de la gratuité des 3 premiers mois de cotisation. Le bénéfice de la gratuité de 3 mois n'est accordé qu'une seule fois à un adhérent et n'est donc pas renouvelé en cas de ré-adhésion faisant suite à une résiliation de la mutuelle.

En cas de naissance ou d'adoption, l'enfant devenant ayant-droit de la Mutuelle bénéficie de la gratuité des 6 premiers mois de cotisation (mois de naissance ou d'adoption et les 5 mois suivants).

2°/ En fonction de l'option de prestations choisie pour les options fermées à la souscription à compter du 1^{er} juillet 2011 pour les nouvelles familles :

- a / Option ECO (Mutame ECO)
- b / Option 1 (Mutame 1)
- c / Option 2 (Mutame 2)
- d / Option 2+ (Mutame 2+)
- e / Option 2T (Mutame 2T)
- f / Option 3 (Mutame 3)
- g / Option 3+ (Mutame 3+)
- h / Option P (Mutame P)

Les options à dépassement d'honoraires (Mutame 2+ et 3+) se voient appliquer un montant forfaitaire de majoration par rapport à leur option de référence (Mutame 2 ou 3). Ce montant forfaitaire est fixé chaque année par l'Assemblée générale.

3°/ En fonction :

- des niveaux choisis dans les garanties modulaires ouvertes à la souscription à compter du 1^{er} juillet 2011 :

Les 3 modules doivent obligatoirement être souscrits avec le choix parmi 4 niveaux dans chaque module.

Le choix des niveaux fait par l'adhérent s'applique à l'ensemble de ses ayants droit.

- de l'option de prestations choisie ouverte à la souscription à compter du 1^{er} juillet 2011 :

- a / Option ECO (Mutame ECO)
- b / Option 2T (Mutame 2T)

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions et fédérations) ou techniques (caisses autonomes, caisse nationale de prévoyance...), cotisations dont le montant et les modalités sont fixés par les statuts et (ou) règlements de ces organismes.

Les collectivités territoriales membres honoraires paient une cotisation dont le montant est déterminé par l'assemblée générale

LES COTISATIONS FIGURENT AUX TABLEAUX ANNEXES AU PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 17 - MODE DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour son règlement la cotisation peut :

- être précomptée sur le salaire de l'adhérent
- faire l'objet d'un appel de cotisation individuel global ou fractionné.

Les dispositions de cet article ne concernent pas les adhérents relevant de la Couverture Maladie Universelle.

1° / Cotisations prélevées par les collectivités employeurs

Par suite de leur affiliation à la Mutuelle les adhérents autorisent l'ordonnateur de leur collectivité à effectuer sur leurs appointements le précompte des cotisations dont ils sont redevables. Peuvent s'ajouter à leurs cotisations celles de leur conjoint si ce dernier est extérieur à la fonction publique territoriale, ainsi que les cotisations spéciales destinées à des organismes techniques. Les ordonnateurs sont chargés de reverser les cotisations à la Mutuelle. Les collectivités employeurs sont tenues d'aviser la Mutuelle des adhérents n'émargeant plus à leur budget. Dans ce cas la Mutuelle assurera l'appel de cotisation directement auprès des adhérents concernés.

2° / Cotisations réglées directement par les adhérents

Les cotisations faisant l'objet d'un appel individuel :

- par chèque ou en espèces doivent être réglées intégralement, en une seule fois, dès réception de l'appel.
- par prélèvements sur compte peuvent être réglées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la demande de l'adhérent.

En cas de situation particulière empêchant le versement de la cotisation, l'adhérent doit impérativement prendre contact avec les services administratifs de la Mutuelle pour définir un accord sur les modalités qui lui permettront de s'acquitter de sa cotisation.

ARTICLE 18 - REMBOURSEMENT ET EXONERATION DE COTISATION

La durée maximum pouvant faire l'objet d'un remboursement de cotisation indue par la Mutuelle est d'un an, il en sera de même pour toute régularisation en faveur de la Mutuelle.

Ce délai commence à courir à compter de la date d'intervention du changement de situation familiale de l'adhérent.

Les dispositions de cet article ne concernent pas les adhérents relevant de la Couverture Maladie Universelle.

ARTICLE 19 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La radiation d'un adhérent peut être prononcée en cas de non-paiement de la cotisation.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

La Mutuelle se réserve le droit d'intenter des poursuites judiciaires contre le membre participant qui se verra réclamer, en sus des cotisations arriérées et des majorations de retard (majorations de retard représentant 1% des sommes dues par mois de retard, tout mois commencé entraînant le versement de cette pénalité), une indemnité équivalente au montant des honoraires et des frais de poursuite. Les adhérents ayant été mis en demeure de régler leurs cotisations par lettre recommandée avec accusé de réception doivent en sus du principal régler une somme forfaitaire égale à 1 mois de leur cotisation au titre de frais de recouvrement

ARTICLE 20 - REVISION ET RAPPEL DE COTISATIONS

Les cotisations sont revues en fin d'année et peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle en fonction des résultats du contrat. En cas de désaccord du membre participant sur les nouvelles cotisations proposées, il est fait application des dispositions prévues à l'article 4-a.

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par le Conseil d'Administration en fonction, notamment de l'évolution de la Sécurité Sociale (mesures de désengagement, etc...), des bases de remboursement de la Sécurité Sociale, de la réglementation fiscale ou autre. S'agissant des rappels de cotisations, ils sont dus quelle que soit l'appréciation du membre participant.

TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Pour recevoir leurs prestations les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les dispositions de ce titre IV ne concernent pas les adhérents relevant de la Couverture Maladie Universelle.

ARTICLE 21 - PIÈCES A ADRESSER POUR LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Sauf en cas de télétransmission « Noémie », le règlement des prestations est adressé directement au membre participant sur présentation des décomptes originaux délivrés par la Sécurité Sociale et, le cas échéant, des pièces justificatives mentionnées ci-après :

ARTICLE 21-1 - Règles, justificatifs concernant le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux :

Dans un cadre général l'adhérent doit fournir à la Mutuelle l'original des décomptes de sécurité sociale ou la facture en cas d'hospitalisation.

a / Prothèses dentaires : le décompte sécurité sociale. En cas de règlement par tiers payant l'organisme conventionné doit faire une demande d'accord préalable à la Mutuelle.

b / Implants, actes hors nomenclature, parodontologie : l'adhérent doit fournir la facture acquittée. Le forfait est revalorisé selon le même principe que les prestations sociales.

En cas de règlement par tiers payant l'organisme conventionné doit faire une demande d'accord préalable à la Mutuelle.

c / Traitement orthodontique refusé par la sécurité sociale : l'adhérent doit fournir la facture acquittée.

d / Verres et Monture : le décompte de sécurité sociale doit être accompagné de la facture acquittée de l'opticien. Dans le cas de verres ou lentilles de contact non pris en charge par la caisse d'assurance maladie, il suffira de produire la facture acquittée de l'opticien.

La prestation « verres et monture » est allouée sous forme d'un montant forfaitaire. La valeur utilisable sur une année civile (« n ») est égale au montant forfaitaire diminué le cas échéant de la valeur des prestations services à ce titre l'année précédente (« n-1 ») sauf nouvelle prescription médicale justifiant d'une modification de la correction visuelle.

Le forfait « verres ou lentilles de contact » est un forfait annuel (année civile). Pour le forfait « chirurgie au laser de l'œil » non pris en charge par la caisse d'assurance maladie, l'adhérent doit fournir la facture acquittée. Les forfaits « optique » sont revalorisés suivant le même principe que les prestations sociales.

e / Appareillage, audioprothèse : Le décompte doit être accompagné de la facture acquittée. En cas de non prise en charge par la caisse d'assurance maladie il suffira de produire la facture acquittée.

f / Cures thermales : le décompte de sécurité sociale doit être accompagné de la facture acquittée de l'établissement thermal et éventuellement de la facture d'hébergement ou des frais de transport. Les forfaits d'hébergement et de transport sont revalorisés suivant le même principe que les prestations sociales.

g / Frais d'accompagnement : cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent en milieu hospitalier et/ou accompagnant un adhérent en situation de fin de vie. Ces frais d'hébergement sont indemnisés sous forme d'une indemnité forfaitaire journalière pouvant être variable suivant l'option choisie. L'indemnité est limitée à 12 jours par année civile. Cette indemnité est revalorisée suivant le même principe que les prestations sociales. Pour le règlement, hormis le cas des enfants de moins de 18 ans, la facture acquittée des frais d'hébergement engagés doit être accompagnée d'une lettre du médecin traitant justifiant la nécessité de la présence de la personne auprès de l'adhérent hospitalisé et/ou en situation de fin de vie.

h / Prévention et prestations particulières :

- vaccins, ostéodensitométrie, ostéopathie, chiropraxie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture non remboursés par la sécurité sociale. L'adhérent doit fournir la facture acquittée. Les forfaits pour les vaccins, l'ostéopathie, la chiropraxie, l'étiopathie, la micro-kinésithérapie, la diététique, l'acupuncture non remboursés par la sécurité sociale sont revalorisés selon le même principe que les prestations sociales.

- sevrage tabagique remboursé par la sécurité sociale. Le forfait est versé sur présentation du décompte original délivré par la sécurité sociale sauf en cas de télétransmission « Noémie ».

- pilule contraceptive non remboursée par la sécurité sociale : l'adhérent doit fournir la facture acquittée. Le forfait est revalorisé selon le même principe que les prestations sociales.

ARTICLE 21-2 - Règles, justificatifs concernant le règlement des prestations sociales

A / Allocation naissance / adoption : fixée par l'Assemblée Générale, cette somme ne peut être versée qu'une seule fois pour un même enfant. Cette allocation est également attribuée à l'occasion d'une adoption quand est signifiée l'adoption plénière. Pièce justificative à fournir : extrait de naissance ou photocopie du livret de famille.

Cette allocation est versée sous condition de l'inscription de l'enfant à la Mutuelle dans les deux mois suivant sa naissance ou son adoption et pour une durée minimum de 1 an.

B / Allocation mariage / Pacte Civil de Solidarité (PACS) : cette allocation ne peut être versée qu'une seule fois. Pièce justificative à fournir : bulletin de mariage ou récépissé de l'enregistrement de la déclaration conjointe des partenaires du Pacte Civil de Solidarité (PACS).

C / Allocation pour frais d'obsèques : versée selon les conditions fixées au contrat collectif annuel souscrit auprès de l'Union Nationale Mutame Garanties. Cette allocation concerne le membre participant et ses ayants droit. Pièce justificative à fournir : bulletin de décès.

D / Rente d'orphelin : versée selon les conditions fixées au contrat collectif annuel souscrit auprès de l'Union Nationale Mutame Garanties. Cette allocation concerne le décès du parent membre participant ou conjoint bénéficiaire ou à charge. L'allocation est versée à chaque enfant ayant-droit au moment du décès jusqu'à ces 18 ans révolus. En cas de décès des 2 parents, il n'est versé qu'une seule allocation au 1^{er} décès. Pièce justificative à fournir : copie du livret de famille.

E/ Allocation vacances pour les retraités membres participants : fixée par l'Assemblée Générale cette allocation n'est versée qu'une seule fois par an pour des séjours d'une durée minimum de 5 jours. Pièce justificative : facture acquittée concernant le séjour.

F/ Allocation vacances enfants : fixée par l'Assemblée Générale cette allocation journalière concerne les enfants âgés de moins de 18 ans au début du séjour en vacances. La durée maximum d'indemnisation est de 45 jours tous séjours confondus.

1) Vacances familiales :

- durée minimum du séjour : 5 jours

- durée maximum d'indemnisation : 30 jours par an

Par vacances familiales il faut entendre vacances avec le père et la mère ou l'un des deux parents. Dans un cadre général les vacances passées dans la famille ou chez des amis ne donnent pas droit aux allocations vacances. Néanmoins dans le cadre de situations particulières deux types de dérogation peuvent être obtenus :

a / Départ sans les parents : une demande d'accord préalable motivée doit être faite par écrit à la mutuelle un mois minimum avant le séjour.

b / Départ dans la famille ou chez des amis : une demande d'accord préalable motivée et justifiant de la situation sociale et financière de la famille doit être faite un mois minimum avant le séjour (joindre obligatoirement à la demande une copie de la dernière déclaration d'impôt sur le revenu et de la dernière feuille d'imposition ou de non imposition).

2) Vacances organisées par un organisme :

- durée minimum du séjour : 4 jours avec une discontinuité possible d'une journée.

- durée maximum d'indemnisation : 45 jours par an.

3) Remarques importantes :

- dans le cadre des vacances familiales un justificatif du règlement est exigé dans tous les cas accompagné de l'attestation fournie par la Mutuelle.

- dans le cadre des vacances passées dans des organismes l'attestation fournie par la Mutuelle doit être tamponnée et signée par le responsable de l'organisme du lieu de séjour

- toute attestation incomplète ou raturée sera retournée.

- les documents à utiliser sont exclusivement les imprimés fournis par la Mutuelle.

- toute fausse déclaration entraînera le non paiement d'allocation vacances ainsi que toutes prestations sociales pendant l'année.

N.B. : Les adhérents de la Mairie d'Annecy, et de la Communauté de l'Agglomération d'Annecy utiliseront le bon de vacances du Groupement de Solidarité. Le Groupement transmettra ensuite les documents et justificatifs à la Mutuelle.

4) Comment procéder :

a / Vacances collectives (enfants confiés à un organisme)

- colonies, camps
- centres aérés, ruches (journée continue)
- classe de mer, neige, verte
- stages linguistiques à l'étranger
- autres stages
- placement en milieu rural (association agréée)

Faire remplir une attestation jaune par enfant.

b / Vacances familiales (enfant partant avec le père et la mère ou l'un des deux)

- hôtels
- V.V.F. ou V.V.T.
- campings
- locations meublées

Faire remplir une attestation verte par famille et par séjour.

G / Aides familiales : en cas de maladie ou de maternité survenant dans une famille adhérente, la Mutuelle participe à la rémunération d'une aide familiale. Cette participation est versée en complément de l'intervention des Caisses d'Allocations familiales. Elle est de 50% maximum du montant de la facture, limités à la dépense réellement engagée. Un quota de 240 heures pour l'utilisation d'une aide familiale est alloué à chaque famille adhérente par année civile. Les heures non utilisées ne sont pas reconductibles d'une année sur l'autre.

H / Aides ménagères : la Mutuelle peut verser une indemnité horaire dont le montant est fixé en annexe. En sont bénéficiaires les retraités âgés de plus de 60 ans, bénéficiant obligatoirement d'une aide de la part des régimes obligatoires (C.R.A.M. et (ou) C.N.R.A.C.L. et (ou) IRCANTEC). Un quota de 240 heures pour l'utilisation d'une aide ménagère est alloué à chaque famille adhérente par année civile. Les heures non utilisées ne sont pas reconductibles d'une année sur l'autre.

I / Allocation vacances loisirs, enfants handicapés : Cette prestation concerne les enfants titulaires d'une carte d'invalidité, elle est versée jusqu'à l'âge de 20 ans. Par dérogation elle peut être versée jusqu'à l'âge de 30 ans pour les enfants n'exerçant pas d'emploi.

Cette allocation est pondérée en fonction du quotient familial. Le calcul du nombre de parts s'effectue de la manière suivante :

- père = 1 part
- mère = 1 part

- enfant = 0,5 part
- 3ème enfant = 0,5 part supplémentaire
- enfant handicapé = 0,5 part supplémentaire

Sont pris en compte 1/12 des revenus de l'année précédente tels qu'ils sont déclarés au titre des impôts sur le revenu et le montant mensuel des allocations familiales.

Les tranches de revenu dont l'indexation est faite sur la base de l'indice 100 de la fonction publique au 1er octobre sont fixées par l'Assemblée Générale et jointes en annexe au présent règlement.

J / Aides exceptionnelles : les demandes d'aides doivent être adressées au Président de la Mutuelle et mentionner les circonstances particulières les motivant. Les aides exceptionnelles sont prélevées sur un crédit spécial voté chaque année par l'Assemblée Générale.

K / MUTAME Assistance : les prestations sont mises en œuvre selon les conditions fixées au contrat annuel souscrit auprès de Mondial Assistance SAS et sont assurées par Fragonard Assurances.

ARTICLE 21-3 - Dispositions diverses concernant le versement des prestations :

A / Le service des prestations des membres démissionnaires ou radiés est assuré jusqu'au dernier jour du mois pour lequel la cotisation a été versée.

B / Le règlement des prestations de toute nature est effectué au guichet des lieux de paiement de la Mutuelle, par chèque d'assignation, par virement bancaire ou postal :

1° aux sociétaires majeurs,

2° aux chefs de famille responsables pour les sociétaires mineurs à charge,

3° aux héritiers de l'assuré si celui-ci n'avait pas un conjoint ayant droit sociétaire, ou à défaut le notaire chargé de la succession.

C / Les prestations sont réglées dès réception du dossier complet sous réserve éventuelle du contrôle médical du sociétaire malade et justification du paiement des cotisations.

D / Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins ou de l'événement familial ouvrant droit aux prestations sociales prévues dans les statuts ou le présent règlement intérieur.

E / Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit parvenir au conseil d'administration dans le délai d'un an à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

F / Les allocations mariage / PACS, naissance / adoption, vacances retraités, vacances enfants, aides ménagères, vacances loisirs enfants handicapés sont révisées chaque année par référence au minimum de la fonction publique au 1er octobre, ou si celui-ci est inférieur au SMIC par référence à ce dernier.

L'allocation pour frais d'obsèques et la rente d'orphelin sont révisées chaque année par l'Union Nationale Mutame Garanties par référence au plafond de la sécurité sociale au 1^{er} janvier.

ARTICLE 21-4 - Dispositions concernant les avances d'argent dénommées « avances santé remboursables » :

Les conditions générales du contrat d'avance santé remboursable s'inscrivent comme suit :

1 - L'avance santé remboursable, action à caractère social consentie par la Mutuelle a exclusivement pour objet d'aider l'adhérent à financer le règlement d'une dépense de santé restant à sa charge après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, de la Mutuelle au titre des prestations statutaires. Les frais engagés doivent obligatoirement concerner l'adhérent ou l'un de ses ayants droit couvert par la Mutuelle. Son montant maximum est fixé par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, et ne peut dépasser la dépense réelle engagée déduction faite des remboursements du régime obligatoire, du remboursement de la Mutuelle et d'organismes divers.

2 - L'adhérent ne peut obtenir qu'une seule avance à la fois. La constitution d'un nouveau dossier est possible dès lors que la précédente avance est définitivement remboursée.

3 - Les conditions d'ouverture des droits à l'avance santé remboursable sont celles applicables aux droits aux prestations maladie et sociales de la mutuelle au jour de la demande.

4 - Le dossier de demande d'avance comprend obligatoirement :
- L'imprimé de demande d'avance santé remboursable, accompagné des pièces à joindre précisées sur ce document.
- Le devis des frais relatifs à la demande d'avance.
- Tous documents jugés nécessaires à l'examen du dossier.
- Une attestation précisant les engagements de l'adhérent en cas de rupture de son adhésion à la Mutuelle
- Deux exemplaires du contrat fixant les conditions générales de l'avance santé remboursable.

5 - Le Conseil d'Administration, le Bureau ou la commission compétente désignée par le Conseil décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'avance.

6 - Une fois le dossier accepté par la Mutuelle et après acceptation par l'emprunteur des conditions de l'avance, la somme correspondante est virée sous un délai de huit jours à l'emprunteur. L'emprunteur s'engage à fournir la facture acquittée des frais relatifs à l'avance dès le règlement du professionnel de santé. Le montant de l'avance peut être versé directement à un professionnel de santé concerné par l'objet de l'avance (tiers payant).

7 - Le remboursement de l'avance s'effectue de la manière suivante :

- L'amortissement de l'avance se fait mensuellement sur une durée maximum de 24 mois.
- Le remboursement de l'avance se fait par virement automatique sur le compte de la Mutuelle, ou tout autre moyen de paiement autorisé par la Mutuelle.

8 - En cas de démission, mutation ou de radiation de la Mutuelle l'adhérent s'engage à rembourser l'intégralité des sommes dont il resterait redevable à la mutuelle, et ce, en un seul versement.

9 - En cas de décès, l'emprunteur autorise la Mutuelle à retenir sur le montant de l'allocation versée pour frais d'obsèques de l'emprunteur, les sommes restant dues à la Mutuelle. Le solde éventuel de l'avance sera réclamé aux bénéficiaires de la succession.

10 - En cas de non respect des clauses prévues à l'article 8 des présentes conditions générales, l'emprunteur autorise la Mutuelle à retenir sur ses prestations le solde des sommes restant dues au titre de l'avance.

11 - En cas de remboursement de l'avance par anticipation, les sommes réglées au titre des frais de dossier ne peuvent donner lieu à aucun remboursement et restent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 22 - FORCLUSION

Pour être recevable, toute demande de prestations, accompagnée des documents justificatifs, doit être présentée dans le délai de 2 ans suivant la date soins figurant sur les décomptes sécurité sociale ou les factures pour les autres prestations. Passé ce délai, la demande de prestations est considérée comme forclosée et ne peut donner lieu à indemnisation.

TITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 23 - RECOURS SUBROGATOIRE

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, ou à un bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées au titre du contrat.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

ARTICLE 24 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente garantie est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que le jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque là.

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

ARTICLE 25 - DISPOSITIONS DIVERSES

25-1 - SECRET PROFESSIONNEL

Conformément à l'article 226-13 du code pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère pour l'exécution des contrats, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

25-2 - LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle s'engage à effectuer les formalités qui lui incombent en vertu des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 en cas de mise en œuvre de traitements automatisés d'informations nominatives et notamment la déclaration de traitements préalablement à sa mise en œuvre, à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et l'information des personnes concernées par le traitement.

25-3 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les statuts,
- le règlement constitué du présent document et de ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,
- le certificat d'adhésion.

ARTICLE 26 - AUTORITE DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel.

ARTICLE 27 - INFORMATION DES ADHERENTS

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications statutaires ou réglementaires sont portées à sa connaissance. Il est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du code de la mutualité.
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des droits qui en découlent.

RELATIONS AVEC LES ADHERENTS

Pour tout renseignement, le membre participant peut contacter :

MUTAME Savoie Mont-Blanc
Service accueil des adhérents
Maison de la Fonction Publique Territoriale
55, rue du Val Vert / BP 101
74604 - SEYNOD CEDEX
Tel : 04 50 33 11 36 / Fax : 04 50 33 05 24
E-mail : contact@mutame74.com / www.mutame74.com



ANNEXE DU REGLEMENT MUTUALISTE

I / TABLEAUX DES PRESTATIONS 2012 DES GARANTIES FERMEES A LA SOUSCRIPTION DES NOUVELLES FAMILLES + MUTAME ECO + MUTAME 2T (adhésions tardives) OUVERTES A LA SOUSCRIPTION

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME ECO	TAUX S.S.	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	30%	100%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60%	-	60%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie ...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	-	65%
Pharmacie : Vignettes blanches	65%	35%	100%
Vignettes bleues	30%	30%	60%
Vignettes oranges	15%	15%	30%
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires	70%	-	70%
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	-	-
Orthodontie	70% / 100%	-	70% / 100%
Orthodontie refusée S. S.	-	-	-
Verres et Monture	60%	-	60%
Lentilles de contact acceptées ou refusées S. S.	60% / -	-	60% / -
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	-	-
Audioprothèses	60%	-	60%
Cures : - forfait thermal	65%	-	65%
- forfait médical	70%	-	70%
- hébergement S. S.	65%	-	65%
- hébergement mutuelle	-	-	-
- forfait transport	-	-	-
Hospitalisation : - frais de séjour	80%	20%	100%
- honoraires des médecins	80%	20%	100%
- franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	-	-
Frais d'accompagnement (12 j. / an)	-	-	-
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100% (franchise annuelle de 5 j.)	100% (franchise annuelle de 5 j.)
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	30% / 100 %	100%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	100%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	30 € / an	80 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME 1	TAUX S.S.	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	30%	100%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60%	40%	100%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie ...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	35%	100%
Pharmacie : Vignettes blanches	65%	35%	100%
Vignettes bleues	30%	70%	100%
Vignettes oranges	15%	30%	45%
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture (3 séances / an)	-	17 € / séance	17 € / séance
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires	70%	30%	100%
Orthodontie	70% / 100%	30% / -	100%
Orthodontie refusée S. S.	-	-	-
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	-	-
Verres et Monture	60%	40%	100%
Lentilles de contact acceptées ou refusées S. S.	60% / -	40% / -	100% / -
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	-	-
Audioprothèses	60%	40%	100%
Cures : - forfait thermal	65%	35%	100%
- forfait médical	70%	30%	100%
- hébergement S. S.	65%	35%	100%
- hébergement mutuelle	-	-	-
- forfait transport	-	-	-
Hospitalisation : - frais de séjour	80%	20%	100%
- honoraires des médecins	80%	20%	100%
- franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	-	-
Frais d'accompagnement (12 j. / an)	-	-	-
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100%	100%
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	22 € / an	22 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	30% / 100 %	100%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	100%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	50 € / an	100 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME 2 dont adhésions tardives	TAUX S.S.	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	30%	100%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60% 100%	140% 100%	200% 200%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	35%	100%
Pharmacie : Vignettes blanches Vignettes bleues Vignettes oranges	65% 30% 15%	35% 70% 60%	100% 100% 75%
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture (3 séances / an)	-	17 € / séance	17 € / séance
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires	70% 100%	95% 65%	165% 165%
Orthodontie	70% / 100%	90 % / 60%	160%
Orthodontie refusée S. S.	-	60%	60%
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	150 € / an	150 € / an
Verres et Monture (forfait utilisable sur 2 ans / années civiles ; sauf nouvelle prescription médicale)	60% 100%	185 € 185 €	185 € + 60 % 185 € + 100 %
Lentilles de contact acceptées ou refusées S. S.	60% / -	104 € / an	104 € / an + 60 % / 104 € / an
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	307 € / oeil	307 € / oeil
Audioprothèses	60% 100%	310% 270%	370% 370%
Cures : - forfait thermal - forfait médical - hébergement S. S. - hébergement forfait mutuelle - transport forfait mutuelle (1)	65% 70% 65% - -	35% 30% 35% 162 € 81 €	100% 100% 100% 162 € 81 €
Hospitalisation : - frais de séjour - honoraires des médecins - franchise par acte médical ≥ 120 €	80% 80% -	20% 20% 100%	100% 100% 100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	60 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnement (12 j. / an) (2)	-	35,10 € / jour	35,10 € / jour
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100%	100%
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	22 € / an	22 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	30% / 100%	100%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	30%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	50 € / an	100 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

1 - Le forfait transport cure n'est pas cumulable avec le forfait hébergement cure. Cette prestation concerne les curistes qui effectuent tous les jours le trajet de leur domicile vers leur lieu de cure thermique.

2 - Cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent (quel que soit son âge) en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME 2+	TAUX S.S.	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	80%	150%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60% 100%	140% 100%	200% 200%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie ...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	35%	100%
Pharmacie : Vignettes blanches Vignettes bleues Vignettes oranges	65% 30% 15%	35% 70% 60%	100% 100% 75%
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture (3 séances / an)	-	17 € / séance	17 € / séance
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires	70% 100%	95% 65%	165% 165%
Orthodontie	70% / 100%	90 % / 60%	160%
Orthodontie refusée S. S.	-	60%	60%
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	150 € / an	150 € / an
Verres et Monture (forfait utilisable sur 2 ans / années civiles ; sauf nouvelle prescription médicale)	60% 100%	185 € 185 €	185 € + 60% 185 € + 100%
Lentilles de contact acceptées ou refusées S. S.	60% / -	104 € / an	104 € / an + 60% / 104 € / an
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	307 € / oeil	307 € / oeil
Audioprothèses	60% 100%	310% 270%	370% 370%
Cures : - forfait thermal - forfait médical - hébergement S. S. - hébergement forfait mutuelle - transport forfait mutuelle (1)	65% 70% 65% - -	35% 30% 35% 162 € 81 €	100% 100% 100% 162 € 81 €
Hospitalisation : - frais de séjour - honoraires des médecins - franchise par acte ≥ 120 €	80% 80% -	20% 70% 100%	100% 150% 100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	60 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnement (12 j. / an) (2)	-	35,10 € / jour	35,10 € / jour
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100%	100%
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	22 € / an	22 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	80% / 150%	150%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	30%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	50 € / an	100 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La mutuelle ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires hors parcours de soins. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

1 - Le forfait transport cure n'est pas cumulable avec le forfait hébergement cure. Cette prestation concerne les curistes qui effectuent tous les jours le trajet de leur domicile vers leur lieu de cure thermale.

2 - Cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent (quel que soit son âge) en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME 3	TAUX S.S	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	30%	100%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60% 100%	290% 250%	350% 350%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie ...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	35%	100%
Pharmacie : Vignettes blanches Vignettes bleues Vignettes oranges	65% 30% 15%	35% 70% 85%	100% 100% 100%
Ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture (3 séances / an)	-	17 € / séance	17 € / séance
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires,	70% 100%	260% 230%	330% 330%
Orthodontie	70% / 100%	180 % / 150%	250%
Orthodontie refusée S. S.	-	160%	160%
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	300 € / an	300 € / an
Verres et Monture (forfait utilisable sur 2 ans / années civiles ; sauf nouvelle prescription médicale)	60% 100%	370 € 370 €	370 € + 60% 370 € + 100%
Lentilles de contact acceptées ou refusées S. S.	60% / -	208 € / an	208 € / an + 60 % / 208 € / an
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	511 € / oeil	511 € / oeil
Audioprothèses	60% 100%	410% 370%	470% 470%
Cures : - forfait thermal - forfait médical - hébergement S. S. - hébergement forfait mutuelle - transport forfait mutuelle (1)	65% 70% 65% - -	35% 30% 35% 162 € 81 €	100% 100% 100% 162 € 81 €
Hospitalisation : - frais de séjour - honoraires des médecins - franchise par acte ≥ 120 €	80% 80% -	20% 20% 100%	100% 100% 100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	80 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement (12 j. / an) (2)	-	70,20 € / jour	70,20 € / jour
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100%	100%
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	22 € / an	22 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	30% / 100%	100%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	30%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	50 € / an	100 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

1 - Le forfait transport cure n'est pas cumulable avec le forfait hébergement cure. Cette prestation concerne les curistes qui effectuent tous les jours le trajet de leur domicile vers leur lieu de cure thermal.

2 - Cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent (quel que soit son âge) en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

PRESTATIONS MALADIE OPTION MUTAME 3+	TAUX S.S	TAUX MUTUELLE	REMBOURSEMENT TOTAL
Honoraires : consultations, visites, radiologie, petite chirurgie, actes de spécialistes	70%	80%	150%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%
Analyses, prélèvements	60%	40%	100%
Appareillage, orthopédie	60% 100%	290% 250%	350% 350%
Auxiliaires médicaux : massages, orthophonie, orthoptie ...	60%	40%	100%
Frais de transports : ambulances	65%	35%	100%
Pharmacie : Vignettes blanches	65%	35%	100%
Vignettes bleues	30%	70%	100%
Vignettes oranges	15%	85%	100%
Ostéopathie, chiropractie, étiopathie, micro-kinésithérapie, diététique, acupuncture (3 séances / an)	-	17 € / séance	17 € / séance
Soins dentaires, honoraires des dentistes	70%	30%	100%
Prothèses dentaires	70% 100%	260% 230%	330% 330%
Orthodontie	70% / 100%	180% / 150%	250%
Orthodontie refusée S. S.	-	160%	160%
Implants / actes hors nomenclature / parodontologie	-	300 € / an	300 € / an
Verres et Monture (forfait utilisable sur 2 ans / années civiles ; sauf nouvelle prescription médicale)	60% 100%	370 € 370 €	370 € + 60% 370 € + 100%
Lentilles de contact refusées S. S.	60 % / -	208 € / an	208 € / an + 60% / 208 € / an
Chirurgie au laser de l'œil non remboursée par la S.S.	-	511 € / oeil	511 € / oeil
Audioprothèses	60% 100%	410% 370%	470% 470%
Cures : - forfait thermal	65%	35%	100%
- forfait médical	70%	30%	100%
- hébergement S. S.	65%	35%	100%
- hébergement forfait mutuelle	-	162 €	162 €
- transport forfait mutuelle (1)	-	81 €	81 €
Hospitalisation : - frais de séjour	80%	20%	100%
- honoraires des médecins	80%	70%	150%
- franchise par acte ≥ 120 €	-	100%	100%
Chambre particulière, avec hébergement (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	80 € / jour	80 € / jour
Frais d'accompagnement (12 j. / an) (2)	-	70,20 € / jour	70,20 € / jour
Forfait journalier (durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)	-	100%	100%
Vaccins non remboursés par la S.S.	-	22 € / an	22 € / an
Pilule contraceptive non remboursée par la S.S.	-	30 € / an	30 € / an
Ostéodensitométrie acceptée ou refusée par la S.S.	70% / -	80% / 150%	150%
Actes de prévention des contrats responsables : détartrage, dépistage des troubles de l'audition	70%	30%	100%
Sevrage tabagique remboursé par la S.S.	50 € / an	50 € / an	100 € / an

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la S.S.. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables. La mutuelle ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires hors parcours de soins. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

1 - Le forfait transport cure n'est pas cumulable avec le forfait hébergement cure. Cette prestation concerne les curistes qui effectuent tous les jours le trajet de leur domicile vers leur lieu de cure thermale.

2 - Cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent (quel que soit son âge) en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

II / TABLEAUX DES PRESTATIONS 2012 DES GARANTIES MODULAIRES OUVERTES A LA SOUSCRIPTION

	S.S.	ECO	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
SOINS COURANTS						
Consultations, visites, radiologie	70%	100%	100%	100%	125%	150%
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de transport, ambulances	65%	65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments : - Vignettes blanches	65%	100%	100%	100%	100%	100%
- Vignettes bleues	30%	60%	90%	100%	100%	100%
- Vignettes oranges	15%	30%	45%	75%	100%	100%
Petit appareillage, orthopédie	60%	60%	100%	100%	125%	150%
Médecine Douce :						
Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie, étio-pathie, diététique, acupuncture (3 séances /an)	-	-	-	-	15 € /séance	30 € /séance
Cure thermale (soins)	65%	65%	100%	100%	100%	100%
Cure thermale (transport, hébergement)	65%	65%	100%	S.S. + 80 € /an	S.S. + 120 € /an	S.S. + 200 € /an
OPTIQUE / DENTAIRE / APPAREILLAGE						
Verres et Monture Adulte	60%	60%	100%	S.S. + 150 €	S.S. + 275 €	S.S. + 400 €
(forfait utilisable sur 2 années civiles sauf nouvelle prescription médicale)						
Verres et Monture Enfant	60%	60%	100%	S.S. + 100 €	S.S. + 175 €	S.S. + 250 €
(forfait utilisable sur 2 années civiles sauf nouvelle prescription médicale)						
Lentilles acceptées / refusées par la S.S.	60% / -	60% / -	100% / -	S.S. + 100 € /an	S.S. + 150 € /an	S.S. + 200 € /an
Chirurgie au laser de l'œil refusée par la S.S.	-	-	-	100 € /œil	250 € /œil	500 € /œil
Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses dentaires	70%	70%	100%	150%	250%	350%
Implants / Actes hors nomenclature / Parodontologie	-	-	-	-	150 € /an	300 € /an
Plafond annuel dentaire : 1 000 € la 1ère année d'adhésion						
Orthodontie acceptée par la S.S.	70%/100%	70% / 100%	100%	S.S. + 100 € /sem.	S.S. + 200 € /sem.	S.S. + 350 € /sem.
Orthodontie refusée par la S.S.	-	-	-	50 € /an	100 € /an	175 € /an
Audioprothèses	60%	60%	100%	S.S. + 200 € /app. /an	S.S. + 400 € /app. /an	S.S. + 600 € /app. /an
Autres appareillages (lit médicalisé, fauteuil roulant...)	65%/100%	65% / 100%	100%	150%	200%	300%
HOSPITALISATION						
Frais de séjour	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires	80%	100%	100%	125%	150%	200%
Forfait journalier	-	100% (franchise annuelle 5 jours)	100%	100%	100%	100%
(durée illimitée y compris en psychiatrie, convalescence, maison de repos)						
Franchise par acte médical ≥ 120 €	-	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (avec hébergement)	-	-	-	40 € /jour	60 € /jour	80 € /jour
(limitation en psychiatrie, convalescence, maison de repos)				30 jours /an	60 jours /an	90 jours /an
Frais d'accompagnement (12 jours /an) ⁽¹⁾	-	-	-	20 € /jour	35 € /jour	50 € /jour

LES "PLUS" MUTAME
inclus dans chaque garantie ⁽³⁾

PREVENTION / PRESTATIONS SOCIALES		
Prévention :	- Pilule contraceptive refusée par la S.S.	30 € /an
	- Vaccins refusés par la S.S.	30 € /an
	- Sevrage tabagique accepté par la S.S.	80 € /an
	- Ostéodensitométrie acceptée/refusée par la S.S.	100%
Prestations Sociales :	- Allocation Naissance / Adoption ⁽²⁾	100 €
	- Allocation Mariage / PACS	100 €
	- Allocation pour frais d'Obsèques *	522 €
	- Rente d'Orphelin *	204 € /an /enfant
Aides exceptionnelles		Décision du Bureau
Avances santé remboursables (sur 24 mois, sans intérêt, sans frais de dossier)		2 000 € maxi
Assistance vie quotidienne / Aide à domicile		oui
Priorité Santé Mutualiste (écoute, informations, conseils, orientation)		oui

Dans les colonnes ECO, Niveau 1, Niveau 2, Niveau 3, Niveau 4, figure le remboursement Sécurité Sociale + Mutuelle. Quelle que soit l'option choisie, les remboursements Sécurité Sociale + Mutuelle ne peuvent en aucun cas dépasser les frais réellement engagés. Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Les prestations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins et des dispositions prévues pour les contrats responsables.

La Mutuelle ne prend pas en charge les dépassements d'honoraires hors parcours de soins. La Mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle.

* Contrat collectif annuel souscrit auprès de l'Union MUTAME Garanties régie par le livre II du Code de la Mutualité.

(1) Cette prestation concerne les frais d'hébergement des personnes accompagnant par nécessité médicale un adhérent (quel que soit son âge) en milieu hospitalier et/ou en situation de fin de vie.

(2) Si adhésion de l'enfant à la Mutuelle dans les deux mois suivant sa naissance ou son adoption et pour une durée minimum de 1 an.

(3) Pour ECO : prévention, aides exceptionnelles, avances santé remboursables, priorité santé mutualiste uniquement

III / TABLEAUX DES PRESTATIONS SOCIALES 2012

PRESTATIONS SOCIALES	OPTIONS 1, 2, 2T, 2+, 3, 3+	NIVEAUX 1, 2, 3, 4
Allocation naissance, adoption	130 €	100 €
Allocation mariage, Pacte Civil de Solidarité (PACS)	130 €	100 €
Allocation pour frais d'obsèques	522 €	522 €
Allocation vacances retraités ⁽¹⁾	135 € / an	-
Allocation vacances enfants (45 jours /an)	2,60 € / jour / enf.	-
Aides familiales (complémentaire CAF ; 240 heures / an)	50% de la dépense	-
Allocation vacances loisirs enfants handicapés ⁽²⁾	620 € maxi/an/enf.	-
Rente d'orphelin	204 € / an / enf.	204 € / an / enf.
Aides ménagères (240 heures / an) ⁽³⁾	1,29 € / heure	-
Aides exceptionnelles	OUI	OUI
Avances santé remboursables	2 000 € max.	2 000 € max
Assistance vie quotidienne / Assistance à domicile	OUI	OUI

1 – Cette prestation concerne les retraités membres participants âgés de 60 ans et plus.

Durée minimum du séjour : 5 jours. A l'exclusion des séjours dans la famille ou chez des amis

2 – Cette prestation peut être versée jusqu'à l'âge de 30 ans.

3 – Cette prestation concerne les retraités âgés de 60 ans et plus bénéficiant d'une aide de leur Caisse de retraite.

Allocation vacances loisirs, enfants handicapés :

Cette prestation concerne les enfants titulaires d'une carte d'invalidité, elle est versée jusqu'à l'âge de 20 ans. Par dérogation elle peut être versée jusqu'à l'âge de 30 ans pour les enfants n'exerçant pas d'emploi. Le montant plafond de l'allocation est fixé pour l'année 2012 à 620 €. Cette allocation est pondérée en fonction du quotient familial. Le calcul du nombre de parts s'effectue de la manière suivante :

- père = 1 part
- mère = 1 part
- enfant = 0,5 part
- 3ème enfant = 0,5 part supplémentaire
- enfant handicapé = 0,5 part supplémentaire

Sont pris en compte 1/12 des revenus de l'année précédente tels qu'ils sont déclarés au titre des impôts sur le revenu et le montant mensuel des allocations familiales.

Les tranches de revenu dont l'indexation est faite sur la base de l'indice 100 de la fonction publique au 1er octobre donnent les pondérations suivantes (valeurs 2012) :

moins de 435 € ==> 100 % de l'allocation	de 435 € à 478 € ==> 95 % de l'allocation	de 479 € à 509 € ==> 90 % de l'allocation
de 510 € à 549 € ==> 85 % de l'allocation	de 550 € à 590 € ==> 80 % de l'allocation	de 591 € à 631 € ==> 75 % de l'allocation
de 632 € à 671 € ==> 70 % de l'allocation	de 672 € à 713 € ==> 65 % de l'allocation	de 714 € à 753 € ==> 60 % de l'allocation
de 754 € à 793 € ==> 55 % de l'allocation	de 794 € à 835 € ==> 50 % de l'allocation	de 836 € à 875 € ==> 45 % de l'allocation
de 876 € à 916 € ==> 40 % de l'allocation	de 917 € à 957 € ==> 35 % de l'allocation	de 958 € à 997 € ==> 30 % de l'allocation
plus de 998 € ==> 25 % de l'allocation		

Dispositions concernant les avances santé remboursables :

Elles s'inscrivent comme suit :

- 1 - L'avance santé remboursable consentie par la Mutuelle a exclusivement pour objet d'aider l'adhérent à financer le règlement d'une dépense de santé restant à sa charge après intervention des régimes obligatoires d'assurance maladie, de la Mutuelle au titre des prestations statutaires. Les frais engagés doivent obligatoirement concerner l'adhérent ou l'un de ses ayants-droit couvert par la Mutuelle. Son montant maximum est de 2 000 €. Il ne peut dépasser la dépense réelle engagée déduction faite des remboursements du régime obligatoire, du remboursement de la Mutuelle et d'organismes divers.
- 2 - L'adhérent ne peut obtenir qu'une seule avance à la fois. La constitution d'un nouveau dossier est possible dès lors que la précédente avance est définitivement remboursée.
- 3 - Les conditions d'ouverture des droits à l'avance santé remboursable sont celles applicables aux droits aux prestations maladie et sociales de la mutuelle au jour de la demande.
- 4 - Le dossier de demande d'avance santé remboursable comprend obligatoirement :
 - L'imprimé de demande d'avance santé remboursable, accompagné des pièces à joindre précisées sur ce document.
 - Le devis des frais relatifs à la demande d'avance.
 - Tous documents jugés nécessaires à l'examen du dossier.
 - Une attestation précisant les engagements de l'adhérent en cas de rupture de son adhésion à la Mutuelle.
 - Deux exemplaires du contrat fixant les conditions générales de l'avance santé remboursable.
- 5 - Le Conseil d'Administration, le Bureau ou la commission compétente désignée par le Conseil décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'avance.
- 6 - Une fois le dossier accepté par la Mutuelle et après acceptation par l'emprunteur des conditions de l'avance, la somme correspondante est virée sous un délai de huit jours à l'emprunteur. L'emprunteur s'engage à fournir la facture acquittée des frais relatifs à l'avance dès le règlement du professionnel de santé. Le montant de l'avance peut être versé directement à un professionnel de santé concerné par l'objet de l'avance (tiers payant).
- 7 - Le remboursement de l'avance s'effectue de la manière suivante :
 - L'amortissement de l'avance se fait mensuellement sur une durée maximum de 24 mois.
 - Le remboursement de l'avance se fait par virement sur le compte de la Mutuelle ou tout autre moyen de paiement autorisé par la Mutuelle.
- 8 - En cas de démission, mutation ou de radiation de la Mutuelle l'adhérent s'engage à rembourser l'intégralité des sommes dont il resterait redevable à la mutuelle, et ce, en un seul versement.
- 9 - En cas de décès, l'emprunteur autorise la Mutuelle à retenir sur le montant de l'allocation versée pour frais d'obsèques de l'emprunteur, les sommes restant dues à la Mutuelle. Le solde éventuel de l'avance sera réclamé aux bénéficiaires de la succession.
- 10 - En cas de non respect des clauses prévues à l'article 8 des présentes conditions générales, l'emprunteur autorise la Mutuelle à retenir sur ses prestations le solde des sommes restant dues au titre de l'avance.
- 11 - En cas de remboursement de l'avance par anticipation, les sommes réglées au titre des frais de dossier ne peuvent donner lieu à aucun remboursement et restent acquises à la Mutuelle.

DEFINITIONS

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : désigne l'ayant droit de l'assuré social, c'est-à-dire les personnes à la charge de l'assuré social au sens de la sécurité sociale, qui peuvent prétendre à ce titre, au versement des prestations en nature du régime obligatoire.

Bénéficiaire : est considéré comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation du risque frais de soins de santé garanti par le présent règlement.

Délai de stage : période suivant la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle le membre participant cotise sans pouvoir bénéficier des prestations.

Enfant à charge : voir article 5 (bénéficiaires)

Garantie : elle correspond à l'engagement de la mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : personne qui, en remplissant et signant le bulletin d'adhésion, fait acte d'adhésion aux statuts de la mutuelle et aux dispositions contenues dans le présent règlement.

Mutuelle : désigne la mutuelle MUTAME SAVOIE MONT-BLANC

Nomenclature : liste codifiée des produits et actes donnant lieu à remboursement de la Sécurité Sociale.

Prestation : correspond à l'exécution de la garantie par la mutuelle.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

Ticket modérateur : Différence entre les bases de remboursement de la Sécurité Sociale et les remboursements de la Sécurité Sociale.

TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires.