

MUTAME VAL DE FRANCE

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité

Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le N° 775 513 765

1, rue du Faubourg Bannier - 45057 ORLEANS CEDEX 1



REGLEMENT MUTUALISTE

Adoptés par :

- l'Assemblée générale extraordinaire du 24/11/2001
- l'Assemblée générale ordinaire du 01/06/2002
- l'Assemblée générale ordinaire du 24/05/2003
- l'Assemblée générale ordinaire du 05/06/2004
- l'Assemblée générale ordinaire du 04/06/2005
- l'Assemblée générale ordinaire du 24/06/2006
- l'Assemblée générale ordinaire du 02/06/2007
- l'Assemblée générale ordinaire du 07/06/2008

REGLEMENT MUTUALISTE

TITRE Ier OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE Ier OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1er

OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement a pour but d'expliciter et de préciser les dispositions statutaires dont il constitue le complément.

Il est soumis à l'Assemblée Générale pour approbation et présente un caractère obligatoire.

Les modifications introduites par le Conseil d'Administration s'appliquent immédiatement dans l'attente de la réunion de la prochaine Assemblée Générale après notification aux adhérents.

En cas de non-ratification, les effets produits demeurent valables jusqu'à la date de cette Assemblée Générale.

Article 2

OEUVRES ET ORGANISMES MUTUALISTES

La Mutuelle, en plus des prestations qu'elle verse directement assure à ses adhérents les services, allocations et garanties des Organismes suivants :

- a) Les services de soins et d'accompagnement mutualistes de la Mutualité Française du Loiret - 45000 Orléans
- b) Les contrats de prévoyance collective en matière d'allocations obsèques et orphelins de MUTAME GARANTIES 63 Bd de Strasbourg – 75010 Paris
- c) La caution des prêts au logement de l'Union MUTAME 63 Bd de Strasbourg - 75010 PARIS
- d) Les contrats de prévoyance de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française – 255 rue de Vaugirard - PARIS
- e) Les produits et services de la Mutuelle Nationale Territoriale dans le cadre du Comité de Liaison – 7, rue Bergère – 75009 PARIS

CHAPITRE II COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Section I : Conditions d'admission

Article 3

ADHESION DE MEMBRES PARTICIPANTS ET HONORAIRES

L'adhésion d'un membre participant comporte obligatoirement la signature d'un bulletin d'adhésion, sur lequel il figure, ainsi que le cas échéant, son conjoint ou son concubin et les enfants à charge. Le Membre participant précise la garantie choisie. Cette garantie est la même pour lui et pour ses bénéficiaires.

Pour les agents en activité elle s'accompagne de l'autorisation de faire prélever sur leur traitement le montant de leur cotisation mensuelle et celle de ses bénéficiaires.

Les membres participants doivent signaler au siège social de la Mutuelle ou auprès des correspondants locaux, tout changement dans leur situation professionnelle ou familiale.

Les déclarations doivent être faites dans un délai d'un mois à compter du jour de l'événement sous peine de perdre le droit aux prestations.

L'adhésion d'un membre honoraire n'est pas obligatoirement subordonnée à la signature d'un bulletin d'adhésion ; elle peut résulter de l'acceptation de certaines fonctions intéressant le fonctionnement de la Mutuelle ou de l'accomplissement de certains services la concernant, dans ce cas elle suppose aussi bien entendu l'accord de l'intéressé.

Section II : Résiliation, radiation

Article 4

RESILIATION - RADIATION

Lorsque la radiation intervient pour non-paiement des cotisations, sa date d'effet résulte des dispositions de l'article 12 des Statuts.

Lorsqu'elle est prononcée parce que l'adhérent ne répond plus aux conditions d'admission et d'appartenance à la Mutuelle elle prend effet à la date où l'intéressé a cessé de remplir ces conditions ; toutefois elle peut, le cas échéant, être repoussée au terme de la période couverte par les cotisations versées.

Concernant les membres honoraires, leur radiation peut résulter également de la cessation des fonctions qui impliquaient leur appartenance à la Mutuelle en cette qualité.

Dans tous les cas de résiliation ou de radiation le membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle les cartes d'adhérent en sa possession.

Il s'engage à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie du tiers payant de la résiliation ou de la radiation d'un ayant droit.

L'adhérent est informé de l'exercice de son droit à dénonciation de l'adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque l'avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date ou après, le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

TITRE II

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

CHAPITRE Ier

CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

Article 5

Les Membres se répartissent ainsi en cinq catégories concernant les prestations et avantages de la Mutuelle :

Catégorie A : Adhérents (membres participants, conjoints ou concubins et enfants de ceux-ci) auxquels s'applique un ticket modérateur de la Sécurité Sociale pour tout ou partie de leurs dépenses de santé.

Catégorie B : Adhérents (membres participants, conjoints ou concubins et enfants) bénéficiant à titre définitif de la gratuité générale et totale des soins en application de la législation relative aux pensions militaires d'invalidité, ou d'autres régimes d'invalidité ou de protection sociale.

Catégorie C : Adhérents (membres participants, conjoints ou concubins et enfants) relevant du régime d'assurance obligatoire maladie, maternité des travailleurs non salariés (Travailleurs Indépendants).

Catégorie D : Adhérents (membres participants, conjoints ou concubins et enfants) relevant du régime de Couverture Maladie Universelle complémentaire.

Catégorie E : Membres participant pouvant souscrire par l'intermédiaire de la Mutuelle des contrats de prévoyance à adhésion facultative sans être adhérent en matière de complémentaire santé.

CHAPITRE II

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Section I : Droits d'admission

Article 6

Abrogé.

Section II : Cotisations

Article 7

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est mensuelle pour les agents en activité, mensuelle, trimestrielle ou semestrielle pour les retraités, les agents en disponibilité et les membres extérieurs.

Cette cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

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

Le total forme le montant définitif de la cotisation effectivement due.

La cotisation est fixée forfaitairement.

La cotisation est individuelle ou familiale.

Le membre participant adhérent à la Mutuelle par suite de la souscription d'un contrat de prévoyance auprès d'organismes avec lesquels la Mutuelle a passé convention s'engage au paiement d'une cotisation annuelle d'adhésion.

Article 8

Par suite de leur affiliation à la Mutuelle les adhérents autorisent l'ordonnateur 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 aux organismes auxquels la Mutuelle adhère. Les ordonnateurs sont chargés de reverser les cotisations à la Mutuelle.

Les collectivités employeur avisent la Mutuelle des adhérents n'émergeant plus à leur budget. Dans ces conditions la Mutuelle assurera, si nécessaire, l'appel de cotisations auprès des adhérents concernés.

Les agents en disponibilité, les membres extérieurs et les retraités acquittent leurs cotisations par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal, et d'une façon générale de tout établissement financier.

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 d'un commun accord les modalités qui lui permettront de s'acquitter de sa cotisation.

Les retards de paiement entraînent une réduction de durée de validité de la carte mutualiste. Cette durée sera déterminée en fonction du nombre de mois de cotisations acquittées.

Article 9 Cotisation en cas de réadmission

Les adhérents radiés depuis moins d'un an et qui sollicitent leur réadmission à la Mutuelle, ne seront admis que sous réserve de régulariser le versement de leurs cotisations sauf pour ceux ayant été dans l'obligation d'adhérer à un contrat obligatoire.

Article 10

Les Adhérents relevant du régime de CMU complémentaire, qui antérieurement étaient bénéficiaires d'une garantie qui leur permettait d'obtenir des prestations supérieures à celles de la CMU, pourront continuer à en bénéficier moyennant le paiement d'une cotisation surcomplémentaire.

Cette cotisation sera égale à la différence existant entre le montant annuel de la cotisation Mutame de la garantie choisie et la déduction accordée sur le montant de la contribution due en application du I et II, de l'article L 862.4 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 11

La cotisation mensuelle des adhérents de la Catégorie A constitue la cotisation de base de référence à partir de laquelle s'établissent en pourcentage les cotisations des autres adhérents répondant à des critères différents.

La cotisation mensuelle des adhérents de la Catégorie B est égale à 50 % de la cotisation de base.

La cotisation mensuelle des adhérents de la Catégorie C est égale à 100 % de la cotisation de base.

La cotisation annuelle des adhérents de la Catégorie E est fixée à 26 euros.

La cotisation des retraités bénéficiant de l'allocation supplémentaire (ex FNS) ou en situation d'y prétendre est égale à 80 % de la cotisation de base.

La cotisation des postulants, conjoints ou concubins admis après 50 ans, est égale à 125 % de la cotisation de base.

La cotisation des retraités est d'une façon générale égale à celle des agents en activité.

Cependant les retraités percevant l'allocation supplémentaire (ex FNS) ou en droit d'y prétendre souhaitant bénéficier du tarif préférentiel, doivent solliciter ce tarif réduit et répondre dans le délai imparti (15 jours au maximum) à un questionnaire qui leur est adressé annuellement et produire les justificatifs qui peuvent leur être demandés.

La décision est prise par le Bureau de la Mutuelle et ratifiée par le Conseil d'Administration.

Elle intervient avant le 15 Juin de chaque année et s'applique à la période allant du 1er Juillet de l'année en cours au 30 Juin de l'année suivante.

Article 12

La cotisation est déterminée pour l'année calendaire en fonction de l'âge des personnes garanties. La modification n'intervient qu'au 1er janvier de chaque année, date anniversaire atteinte.

La cotisation du deuxième enfant à charge est réduite de 50% par rapport à celle d'un premier enfant du même âge. La gratuité est accordée à partir du 3ème enfant à charge.

Article 13

La distinction entre les enfants à charge et les enfants non à charge s'établit par référence à la législation de la Sécurité Sociale en considérant les seuls enfants inscrits à la Mutuelle au moment du calcul de chaque cotisation mensuelle.

Afin de maintenir les avantages tarifaires liés aux enfants et décrit à l'article 12, il est précisé qu'à partir de leur 20ème anniversaire les enfants pourront continuer à être considérés comme à charge jusqu'à l'âge de 25 ans sur production d'un certificat de poursuite de leurs études ou de placement en apprentissage..

La gratuité est accordée aux enfants nouveau-nés pour une période d'un an. Elle comporte en contrepartie l'obligation de maintenir leur inscription à la Mutuelle pendant au moins une année supplémentaire, sauf reversement de l'allocation maternité ainsi que des prestations dont ils auraient bénéficié pendant la période de gratuité.

Dans le cadre de l'action menée en faveur des jeunes, la gratuité est accordée à tout nouvel adhérent âgé de moins de 30 ans, et ce pendant une période de 2 mois, sous réserve de son adhésion à la Mutuelle pendant une année. Cette gratuité n'est accordée que lors de la première adhésion à la Mutuelle en qualité de membre participant.

Les enfants orphelins de père et de mère membres participants et enfants handicapés d'un taux d'invalidité d'au moins 80 % et plus sont pris en charge gratuitement jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire.

Article 14

Les membres participants ont la faculté, lors de toute adhésion nouvelle d'opter pour la garantie de prestations MUTAME 1,2,3 ou 4.

La cotisation afférente à la garantie MUTAME 3 est celle applicable aux adhérents de la catégorie A.

Pour la garantie MUTAME 1, la cotisation ci-dessus est réduite de 50 % et pour la garantie MUTAME 2, de 25 %. Elle est portée à 138 % pour la garantie MUTAME 4.

Changement de garantie - Dans un cadre général seuls sont autorisés sans conditions particulières les changements de garantie vers une garantie supérieure. Le changement de garantie vers une garantie inférieure ne peut se faire en général qu'après 5 années de cotisations dans une garantie supérieure, sauf dérogation admise par décision du Bureau ratifiée par le Conseil d'Administration.

Dans ce cas, le changement interviendra le premier du mois suivant la date de la demande.

Article 15

La cotisation de chaque catégorie et de chaque âge peut être modifiée en augmentation ou en diminution selon le coût des prestations servies.

La cotisation est fixée par le Conseil d'Administration lors de l'adoption du budget et soumise à la délibération de l'Assemblée Générale.

Le calcul de la cotisation de chaque adhérent se fera par référence au tarif de l'âge où il se situe au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 16

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle de 5 €.

En sont dispensés ceux d'entre eux qui apportent sous une autre forme leurs concours à la Mutuelle.

Article 17

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

Article 18

Un délai d'un an est appliqué aux demandes de remboursement de cotisations indûment versées à la Mutuelle.

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

Il en est de même pour une régularisation en faveur de la Mutuelle.

Article 19

Les membres participants ayant la qualité de salarié d'une collectivité territoriale qui verse à la Mutuelle une participation financière au titre de la protection sociale complémentaire de leurs agents bénéficieront d'une déduction de leur cotisation égale à la participation de leur employeur.

Section I : Prestations accordées par la Mutuelle

Article 20

Les prestations et aides accordées par la Mutuelle sont fonction de la garantie à laquelle l'adhérent a souscrit.

A – A TITRE PRINCIPAL

I - LA MALADIE

- 1 - Examens et soins médicaux - paramédicaux et soins dentaires** : indemnisation en pourcentage de la base de remboursement Sécurité Sociale, pour tous les actes figurant à la nomenclature de la Sécurité Sociale.
- 2 - Pharmacie** : indemnisation du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale pour tous les médicaments admis à remboursement par la Sécurité Sociale dans la limite de 65%. Indemnisation, dans la limite d'un plafond annuel fixé par le Conseil d'Administration, de prescriptions non remboursées par la Sécurité Sociale résultant d'une prise en charge à 100 % pour une affection déterminée.
- 3 - Radiologie** : indemnisation du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale pour tous examens et soins.
- 4 - Biologie** : indemnisation du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale pour tous examens et analyses prescrits dans le cadre du parcours de soins.
- 5 - Prothèse dentaire et orthodontie** : indemnisation en fonction du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les travaux, fournitures et soins admis par celle-ci. Indemnisation des prothèses dentaires refusées par la Sécurité Sociale sur une base du SPR50. Indemnisation des prothèses provisoires hors nomenclature sur les dents visibles, dans la limite d'une somme forfaitaire par dent.
- 6 - Optique (lunettes, lentilles cornéennes...)** : indemnisation en fonction du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les travaux et fournitures admis par celle-ci et forfait pour les verres - montures et appareils. Pour les lentilles, indemnisation dans la limite d'un forfait annuel.
- 7 - Orthopédie - appareillage médical - prothèse auditive et prothèses diverses** : indemnisation en fonction du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour les travaux et fournitures admis par celle-ci et versement d'un forfait.
- 8 - Cures thermales ou climatiques (séjours de repos et de convalescence)** : indemnisation du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale pour toutes les dépenses admises par la réglementation de la Sécurité Sociale à l'exception des frais de transport et versement d'une allocation forfaitaire dans le cadre d'une année en couverture globale desdits frais de transport et des frais généraux.
L'allocation forfaitaire ne sera servie que dans le cadre d'une cure prise en charge par la Sécurité Sociale.
- 9 - Hospitalisation pour maladie** :
 - Indemnisation du ticket modérateur applicable au tarif de responsabilité du régime de protection sociale de l'intéressé pour soins et séjour dans une chambre à plusieurs lits,
 - Indemnisation du supplément pour chambre particulière dans la limite d'un tarif et pour une durée définie par le Conseil d'Administration lorsque l'isolement du malade est médicalement justifié ou qu'il existe une convention le prévoyant avec l'Etablissement de soins en cause,
 - Indemnisation de la partie des frais de séjour laissée à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale sous la dénomination de Forfait Journalier Hospitalier, ou toute autre dénomination qui viendrait à lui être substituée, sans limitation de durée sauf en psychiatrie soit : *Mutame 1* : 45 jours, *Mutame 2* : 90 jours, *Mutame 3* : 120 jours, *Mutame 4* : 180 jours.
- 10 - Vaccins non remboursés** :
Prise en charge des vaccins non couverts par le régime obligatoire dans la limite d'un forfait annuel.
- 11 - Ostéodensitométrie** :
Acceptée par la sécurité Sociale : Indemnisation du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par son régime de protection sociale et versement d'un forfait.
Refusé par la Sécurité Sociale : Indemnisation dans la limite d'un forfait.
- 12 - Pack médecine non conventionnelle**: ostéopathie, étiothérapie, chiropraxie, acuponcture, micro-kinésithérapie: indemnisation dans la limite d'un forfait annuel
- 13 - Pilule contraceptive, acte de parodontologie, bilan nutritionniste**: indemnisation dans la limite d'un forfait annuel
- 14 - Sevrage tabagique (patch)**: indemnisation dans la limite d'un forfait unique
- 15 - Amniocentèses** : indemnisation dans la limite d'une somme forfaitaire par acte
- 16 - Indemnisation** de la franchise sur les actes techniques d'un montant égal ou supérieur à 91€ réalisés à l'hôpital ou en ville, dans la limite d'une somme forfaitaire par acte

II- LA CHIRURGIE (hospitalisation comprise)

- Indemnisation en pourcentage de la base de remboursement Sécurité Sociale, pour toutes les interventions chirurgicales et actes et soins s'y rapportant, ainsi que pour les séjours dans chambres à plusieurs lits.
- Indemnisation du supplément pour chambre particulière dans les mêmes conditions que prévu ci-dessus à l'hospitalisation pour maladie".
- Indemnisation du "forfait hospitalier" dans les mêmes conditions qu'indiqué ci-dessus à l'hospitalisation pour maladie".
- Indemnisation des dépassements des tarifs conventionnels de la Sécurité Sociale et suppléments divers concernant :
 - Les honoraires des praticiens lorsque l'assuré consulte sur prescription du médecin traitant. Non prise en charge de la majoration liée à une consultation en dehors du parcours de soins ou du refus du droit d'accès au dossier médical personnel. Non prise en charge de la participation forfaitaire. Non prise en charge de la franchise sur les dépassements d'honoraires pratiqués sur les actes cliniques et techniques hors parcours de soins.
 - les gardes particulières,
 - les lits accompagnants, enfant de moins de 16 ans ; adulte de plus de 80 ans, handicapé, inscrits à la Mutuelle.
 - les frais de séjour d'un accompagnant en maison d'accueil pour un enfant de moins de 16 ans, adulte de plus de 80 ans, handicapé, inscrits à la Mutuelle.
 - les frais de salle d'opération,
 - les examens et analyses de laboratoire,
 - Indemnisation forfaitaire par intervention pour des opérations de chirurgie au laser correcteur de la myopie non prises en charge par la Sécurité Sociale,

S'il y a lieu et suivant les conditions définies par le Conseil d'Administration ou par conventions avec l'Etablissement concerné.

L'indemnisation est subordonnée à une prise en charge préalable par la Mutuelle.

La demande en est formulée par l'intéressé ou l'Etablissement de soins avant l'intervention. En cas d'urgence ou de circonstances particulières une régularisation doit être effectuée le plus tôt possible, la Mutuelle n'est engagée que pour les prises en charge qu'elle a délivrées.

III - LA MATERNITE

- Indemnisation en pourcentage de la base de remboursement Sécurité Sociale, dans les conditions prévues en "maladie" et "chirurgie".
- Indemnisation du supplément pour chambre particulière dans les conditions prévues en "maladie" et "chirurgie".

IV – DISPOSITIONS PARTICULIERES

La mutuelle ne prend pas en charge la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation
- les transports effectués en véhicules sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgences

B – A TITRE COMPLEMENTAIRE

1 – Allocation Mariage

Versement d'une allocation forfaitaire dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, sous réserve d'une durée minimum d'adhésion d'une année à dater du mariage sauf reversement de l'allocation perçue. Pour percevoir l'allocation mariage, l'enfant majeur doit acquérir la qualité d'adhérent membre participant tel que défini à l'article 10 des Statuts. Le montant de l'allocation sera fonction de la garantie qu'il aura souscrite.

2 – Forfait Maternité

Versement d'une allocation forfaitaire dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, 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 deux ans.

3 – Allocation aux Enfants Handicapés

Allocation annuelle dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale aux parents de tout enfant handicapé présentant un taux d'invalidité au moins égal à 80 % et vivant de façon habituelle à leur foyer, ou y résidant au moins 30 jours par an s'il est placé dans un Etablissement Spécialisé.

Cette allocation est versée jusqu'au 21ème anniversaire.

4 – Aide aux Orphelins

Rente annuelle versée aux enfants des membres participants devenus orphelins, jusqu'à leur 18 ans, selon les conditions fixées au contrat collectif annuel révisable chaque année, souscrit auprès de l'Union Nationale MUTAME GARANTIES.

5 – Allocation Obsèques

Versement d'une allocation frais d'obsèques au décès de tout adhérent, sans limitation d'âge, à la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou à défaut au conjoint survivant non séparé de corps ou aux héritiers de l'assuré selon les conditions fixées au contrat collectif annuel révisable chaque année, souscrit auprès de l'Union Nationale MUTAME GARANTIES.

C – A TITRE ACCESSOIRE

1 – L' Aide Ménagère

Indemnisation de la part des frais d'aide ménagère à domicile laissée à la charge des intéressés par les Caisses de Retraites et autres organismes sociaux intervenants principaux, suivant un barème établi par le Conseil d'Administration.

L'indemnisation est versée aux Associations et Organismes assurant le service sur production des dossiers des adhérents concernés et des états de frais, suivant une convention passée avec la Fédération Départementale.

2 – L'Aide Familiale

Indemnisation d'une partie des frais d'aide familiale à domicile laissée à la charge des intéressés par les Caisses d'Allocations Familiales.

Cette aide est accordée en se référant aux barèmes des CAF et sur production des états de frais. Elle est versée aux adhérents concernés.

3 – L'Aide aux Enfants en Centres de Vacances (avec hébergement) Classes de neige, de mer ou de nature

Allocation journalière dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, pendant une durée maximum de 30 jours par an pour les séjours d'enfants en Centre de Vacances avec hébergement, classes de neige, de mer, ou de nature.

Les Centres aérés en sont exclus. La participation de la Mutuelle intervient après celle de la CAF et de la Collectivité employeur et à concurrence de la dépense restant à charge.

4 – Aides Remboursables

Outre les aides exceptionnelles prévues dans le cadre d'allocations exceptionnelles d'entraide, la Mutuelle peut accorder à ses adhérents une aide remboursable en cas de besoins graves et urgents, pour leur permettre de régler une dépense de santé supérieure à leur capacité de financement, après déduction des participations obtenues d'organismes divers.

- Le montant maximum de l'aide et la durée maximum du remboursement sont fixés par l'Assemblée Générale.

- La demande est constituée à partir d'un dossier remis par la Mutuelle

- Le Conseil d'Administration, ou le Bureau, par délégation, décide souverainement de l'octroi ou du rejet de l'aide remboursable.

5 – Les Aides Exceptionnelles

Des allocations ou participations financières ayant un caractère exceptionnel prises sur un crédit déterminé annuellement par l'Assemblée Générale peuvent être accordées par le Conseil d'Administration aux adhérents en difficulté du fait de dépenses dues à la maladie, à des accidents corporels, ou décès.

6 – La Caution Solidaire de Prêts aux Logements

La Mutuelle adhère à l'Union MUTAME - 63, Boulevard de Strasbourg - 75010 PARIS en vue de faire bénéficier ses adhérents de prêts et avantages consentis par divers Organismes et Établissements financiers pour l'acquisition, la construction ou l'aménagement de leur habitation.

7 – Les Contrats Prévoyance

Les adhérents bénéficiaires peuvent souscrire par l'intermédiaire de la Mutuelle des contrats de prévoyance concernant notamment la garantie de ressources, l'invalidité, le décès, la dépendance, le complément de retraite, les produits d'épargne, etc... auprès des organismes avec lesquels la Mutuelle a passé convention à cet effet.

Article 21

Le droit aux prestations s'ouvre à la date d'effet de l'adhésion.

Il est toujours subordonné au paiement des cotisations dans les conditions définies statutairement.

Article 22

En matière médicale et chirurgicale, seuls les actes, soins, hospitalisations et fournitures admis par la Sécurité Sociale et le régime de protection sociale des Travailleurs Indépendants sont obligatoirement pris en charge par la Mutuelle.

La nomenclature des actes professionnels de la Sécurité Sociale s'applique dans tous les cas comme référence.

La détermination du montant des prestations de la Mutuelle s'effectue par rapport au taux de couverture assuré par le régime de protection sociale des intéressés (Sécurité Sociale - Régime des Travailleurs Indépendants) en vigueur lors de la dernière Assemblée Générale précédant l'acte générateur du droit d'indemnisation.

Article 23

Sont exclus de toute indemnisation les soins relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

Les soins consécutifs aux autres accidents corporels et notamment aux accidents de la circulation ne sont indemnisés que dans la mesure où les tiers responsables, les Sociétés d'Assurances spécifiques de ceux-ci ou celles des victimes ne le prennent pas directement en charge.

La Mutuelle lorsqu'elle intervient se réserve d'exercer un recours subrogatoire envers les responsables et les Sociétés d'Assurances spécifiques concernées pour le recouvrement des prestations qu'elle a versées.

Article 24

Le malade choisit librement son médecin, son chirurgien, son pharmacien et tous autres praticiens auxquels il désire s'en remettre pour les soins que nécessite son état.

Il dispose également du libre choix des Etablissements de soins parmi ceux agréés par la Sécurité Sociale.

De son côté la Mutuelle peut s'assurer le concours d'un Médecin Conseil et d'un Chirurgien Dentiste Conseil auquel elle soumet les dossiers litigieux ou nécessitant un avis technique.

Article 25

La Mutuelle dispose du droit de dispenser totalement ou partiellement ses adhérents d'avances de fonds en passant des conventions et accords dits de "tiers-payant" dans ce but avec les Etablissements, les Organismes, les Personnes et les Organismes Sociaux intervenant à titre professionnel dans le domaine de la santé par leurs soins, fournitures et services.

Elle peut aussi adhérer à des conventions et accords de même objet conclus par les organismes mutualistes auxquels elle s'affilie.

Lorsqu'elle acquitte le montant de la dépense à la place d'un adhérent elle peut percevoir en contrepartie les prestations dues à celui-ci par l'organisme de protection sociale garantissant.

Article 26

Le remboursement ou la couverture par "tiers-payant" des dépenses de maladie et chirurgie et d'une façon générale de toutes dépenses par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le règlement des prestations maladie est subordonné à la justification des dépenses par les feuilles de décompte papier ou électronique des Caisses de Sécurité Sociale et d'autres Organismes concernés et s'il y a lieu par des factures et mémoires, notamment en matière de tiers-payants.

Les autres prestations, allocations et services donnent également lieu à des justifications analogues.

De même que pour les dépenses de maladie, les allocations et aides pour d'autres causes ne doivent jamais, s'ajoutant aux prestations d'autres Organismes, aboutir à une indemnisation supérieure aux dépenses réelles.

Le paiement est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal de l'intéressé ou en cas d'empêchement, par chèque.

Article 27

Délai de forclusion - Un délai de forclusion de 2 ans prenant effet à la date de l'acte ou du fait générateur de l'ouverture du droit à prestations ou autres avantages garantis s'applique dans tous les cas.

Toutefois le Conseil d'Administration dispose de la faculté de relever les intéressés de la forclusion due à des motifs exceptionnels.

Il est précisé que ce délai de forclusion s'applique aux seules prestations et avantages servis directement par la Mutuelle ; il ne saurait prévaloir à l'égard de délais moindres résultant des règlements d'organismes auxquels les adhérents sont affiliés par l'intermédiaire de celle-ci.

Section II : Subrogation

Article 28

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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.

Article 29

TABLEAU DES MONTANTS DES COTISATIONS
ANNEXE 1

Article 30

TABLEAU DES PRESTATIONS PAR GARANTIE
ANNEXE 2

ANNEXE 2

TABLEAU DES PRESTATIONS PAR GARANTIE

PRESTATIONS SERVIES	Remboursement Sécurité Sociale à titre indicatif	MUTAME 1	MUTAME 2	MUTAME 3	MUTAME 4
---------------------	--	----------	----------	----------	----------

A – A TITRE PRINCIPAL

Honoraires Médicaux					
Consultations - Visites	70%	100%	100%	100%	150%
Actes de spécialistes	70%	100%	100%	110%	150%
Pharmacie remboursée Sécurité sociale					
Pharmacie vignette orange	15%	80%	80%	80%	80%
Pharmacie vignette bleue	35%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie vignette blanche	65%	100%	100%	100%	100%
Radiologie	70%	100%	100%	100%	150%
Analyses - Auxiliaires médicaux	60%	100%	100%	100%	100%
Petit appareillage + Forfait	65%	100%+ forfait 15 €	100%+ forfait 15 €	200% + forfait 31 €	200% + forfait 77 €
Gros appareillage + Forfait annuel	100%	100%+forfait 160 €	100%+forfait 200 €	100% + forfait 230 €	100% + forfait 260 €
Prothèse auditive, mammaire, postiche capillaire + forfait annuel	65%	100% + forfait 160 €	100% + forfait 200 €	200% + forfait 230 €	200% + forfait 260 €
Examen d'ostéodensitométrie	70%	100% + forfait 11,04 €	100% + forfait 11,04 €	100% + forfait 11,04 €	100% + forfait 11,04 €
Cure thermale reconnue Sécurité Sociale	65%	100% + forfait 47 €	100% + forfait 47 €	100% + forfait 124 €	100% + forfait 155 €

Actes non remboursés par la Sécurité Sociale

Pack médecine non conventionnelle		-	-	-	45€/an	60€/an
P A C K	Ostéopathie	-	-	-	15 €	15 €
	Etiopathie	-	-	-	15 €	15 €
	Chiropractie	-	-	-	15 €	15 €
	Acuponcture	-	-	-	15 €	15 €
	Micro-Kinésithérapie	-	-	-	15 €	15 €
	Pilule contraceptive (forfait annuel)	-	60 €	60 €	60 €	60 €
	Sevrage tabagique (patch) (forfait unique)	-	80 €	80 €	80 €	80 €
	Acte de parodontologie (forfait annuel)	-	155 €	200 €	250 €	300 €
	Vaccins non remboursés (forfait annuel)	-	25 €	25 €	25 €	25 €
	Bilan nutritionniste (forfait annuel)	-	50 €	50 €	50 €	50 €
	Amniocentèse	-	300 €	300 €	300 €	300 €
	Examen d'ostéodensitométrie (refusé sécu.)	-	51 €	51 €	51 €	51 €

PRESTATIONS SERVIES	Remboursement Sécurité Sociale à titre indicatif	MUTAME 1	MUTAME 2	MUTAME 3	MUTAME 4
---------------------	--	----------	----------	----------	----------

Hospitalisation

Frais de séjour	80%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (plafond annuel)	-	600€/an	700€/an	1400€/an	2000€/an
Convalescence / maison de repos (chambre particulière - plafond annuel))	-				
Frais lit accompagnant enfant de moins de 16 ans, adulte de + de 80 ans, handicapés	-	50% de la dépense	50% de la dépense	Frais réel	Frais réel
Franchise / Acte ≥ 91 €	-	18 €	18 €	18 €	18 €
Forfait journalier hospitalier	-	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier en psychiatrie	-	100% 45 jours	100% 90 jours	100% 120 jours	100% 180 jours
Honoraires des praticiens	80%	100%	100%	110%	150%
Honoraires des praticiens	100%	100%-	100%-	110%	150%
Transport en ambulance	65%	100%	100%	100%	100%

Dentaire

Soins dentaires	70%	100%	100%	100%	100%
Radiologie dentaire	70%	100%	100%	100%	150%
Prothèses dentaires acceptées Sécurité Sociale	70%	100%	150%	220%	320%
Prothèses dentaires refusées Sécurité Sociale (base spr50)	-	30%	50%	100%	150%
Prothèses dentaires provisoires hors nomenclature sur dent visible (numéro terminant par 1,2,3,4 ou 5)	-	-	-	30 €/dent	40 €/dent
Orthodontie acceptée Sécurité Sociale	100%	130%	130%	230%	300%
Orthodontie refusée Sécurité Sociale	-	30%	50%	100%	150%

Optique

Monture et Verres	65%	100%	100%	200%	500%
Forfait Optique annuel	-	60 €	100 €	200 €	280 €
Lentilles acceptées S.S. + Forfait annuel	65%	100% + 50 €	100% + 95 €	200% + 185 €	500% + 230 €
Lentilles refusées S.S. Forfait annuel	-	50 €	95 €	185 €	230 €
Chirurgie réfractive correctrice de la myopie refusée par la Sécurité Sociale	-	155 € par œil	200 € par œil	300 € par œil	400 € par œil

B – A TITRE COMPLEMENTAIRE

Forfait maternité (naissance ou adoption)	-	77 €	77 €	155	233
Allocation mariage	-	77 €	77 €	155 €	155 €
Allocation obsèques	-	500 €	500 €	1000 €	1000 €
Rente orphelin	-	180 € par an	180 € par an	180 € par an	180 € par an
Allocation enfants handicapés	-	155 € par an	155 € par an	155 € par an	155 € par an

C – A TITRE ACCESSOIRE

Allocation enfants en centre de vacances	-	2,4 € par jour maxi 30jours/an	2,4 € par jour maxi 30jours/an	2,4 € par jour maxi 30jours/an	2,4 € par jour maxi 30jours/an
Aides ménagères (25 heures maxi / mois)	-	1,3 € / heure	1,3 € / heure	1,3 € / heure	1,3 € / heure
Aides familiales	-	25% de la dépense	25% de la dépense	25% de la dépense	25% de la dépense
Aides exceptionnelles	-	Attribution / décision du CA	Attribution / décision du CA	Attribution / décision du CA	Attribution / décision du CA
Avance de fonds sans intérêt (dépense de santé)	-	2310 € maximum	2310 € maximum	2310 € maximum	2310 € maximum

Dans les colonnes MUTAME1, MUTAME2, MUTAME3, MUTAME4, figure le remboursement Sécurité sociale + Mutuelle.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif de responsabilité ou de convention 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.