
RÈGLEMENT MUTUALISTE CCM CCAS LOI EVIN 2016

**Couverture Complémentaire Maladie
des anciens salariés (hors statutaires)
de la Caisse Centrale d'Activités Sociales
des Industries Electriques et Gazières**

Mutieg

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité

SIREN 419 049 499 - APE 6512Z

Siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS

Préambule

Titre I – Bénéficiaires

Article 1. Objet

Article 2. Les Membres Participants

Titre II – Adhésion - Changement de situation - Résiliation

Article 3. Adhésion

Article 4. Conditions d'âge à l'adhésion

Article 5. Perte de la qualité de Membre Participant

Titre III – Prestations santé

Article 6. Risques couverts

Article 7. Ouverture du droit aux prestations

Article 8. Conditions générales

Article 9. Versement des prestations

Article 10. Soins à l'étranger

Article 11. Définition des prestations

Titre IV – Cotisations

Article 12. Fixation de la cotisation

Titre V – Dispositions diverses

Article 13. Subrogation

Article 14. Fausse déclaration - Nullité de la garantie

Article 15. Déchéance en cas de fraude

Article 16. Loi Informatique et Libertés

Article 17. Contrôle

Article 18. Législation

Article 19. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Titre VI – Modifications du présent Règlement - Informations

Article 20. Modifications du présent Règlement - Informations

Titre VII – Annexe

Article 21. Liste des annexes

Annexe 1 : Grille de prestations CCM CCAS Loi Evin 2016

Le terme Mutuelle désigne la Mutuelle MUTIEG soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – inscrite au répertoire SIREN 419 049 499 – siège social : 45 rue Godot de Mauroy 75009 PARIS.

PRÉAMBULE

La Caisse Centrale des Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières a instauré une couverture complémentaire santé pour ses salariés hors statutaires à compter du 1^{er} octobre 2015. Dans ce cadre, MUTIEG est l'assureur et le gestionnaire du contrat.

L'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dispose :

« Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret. »

L'article 13-3 du contrat d'assurance collective assuré par MUTIEG précise concernant le maintien pour les personnes demandant à bénéficier de l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 :

« Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent, dans les cas visés ci-après, demander le maintien des garanties auprès de la Mutuelle Partenaire sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- en cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef du Membre Participant décédé, pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

Le maintien des garanties du présent contrat est facultatif : les Bénéficiaires prennent en charge la totalité du paiement de la cotisation. En aucun cas, l'employeur ne participe au financement de ce maintien de la couverture

à titre facultatif. Les opérations relatives aux Bénéficiaires des garanties au titre de l'article 4 de la loi « Evin » ne sont pas mutualisées avec les opérations relatives aux Bénéficiaires de la Couverture Supplémentaire Maladie. Les Bénéficiaires relevant de l'article 13-2 du Contrat, qui souhaitent bénéficier du maintien des garanties au titre de l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, peuvent en faire la demande dans les 6 mois qui suivent l'expiration de la période de maintien des garanties consécutif à l'application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale issu de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. »

En application de ces dispositions, toute personne relevant de l'article 4 de la loi Evin et de l'article 13-2 énoncé précédemment et désirant bénéficier du maintien de ses garanties doit demander son adhésion au présent Règlement Mutualiste assuré par la Mutuelle MUTIEG.

Dans le cadre du présent Règlement Mutualiste, la Mutuelle MUTIEG assure les postes suivants, selon les dispositions prévues audit Règlement :

- hospitalisation (frais de séjour et honoraires, frais de salle d'opération, frais de transport, forfait journalier, chambre particulière et frais d'accompagnant)
- soins courants
- optique
- dentaire
- appareillage
- cure thermale
- prévention

TITRE I – BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 1. Objet

Le présent Règlement a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 5 des Statuts de MUTIEG, de définir pour les personnes relevant de l'article 4 de la loi Evin dans le cadre des contrats collectifs assurés par la Mutuelle MUTIEG et ayant demandé leur adhésion au présent Règlement, le contenu et la durée des engagements existant entre ces Membres Participants, personnes physiques et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les garanties assurées par la Mutuelle dans le cadre du présent Règlement Mutualiste sont régies par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 2. Les Membres Participants

Les Membres Participants de la Mutuelle sont les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes et bénéficient des prestations de la Mutuelle au titre du présent Règlement Mutualiste auquel ils ont adhéré.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent Règlement Mutualiste, les personnes relevant des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dans le cadre du contrat collectif assuré par la Mutuelle MUTIEG rappelé dans le Préambule.

Peuvent devenir Membres Participants au titre du présent Règlement Mutualiste, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaires médicaux :

- en cas de rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés qui étaient assurés dans le cadre de l'accord collectif décrit au Préambule, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, ou s'ils sont privés d'emplois, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la date de rupture du contrat de travail ou la fin de la période du maintien des garanties en application de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale ;

- lorsque le contrat collectif assure les ayants droit d'un Membre Participant, les ayants droit garantis du chef d'un Membre Participant qui viendrait à décéder, peuvent bénéficier du maintien des garanties à titre facultatif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès du Membre Participant, sous réserve que les intéressés en fassent la demande à la Mutuelle MUTIEG dans les six mois suivant le décès du Membre Participant.

TITRE II – ADHÉSION - CHANGEMENT DE SITUATION - RÉSILIATION

ARTICLE 3. Adhésion

3-1. L'adhésion du Membre Participant est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion correctement et complètement rempli.

La signature du bulletin d'adhésion à la Mutuelle emporte acceptation des Statuts, du Règlement Intérieur et des droits et obligations définis au présent Règlement Mutualiste conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Toute modification du Règlement Mutualiste est notifiée aux Membres Participants conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité.

3-2. Date d'effet

La date d'effet de l'adhésion est le 1^{er} jour du mois en cours à réception de la demande si le dossier est complet et comprend nécessairement le bulletin d'adhésion, le mandat de prélèvement SEPA complété, daté et signé, un relevé d'identité bancaire, la photocopie de l'attestation papier de droits de l'organisme d'assurance obligatoire.

A la demande du Membre Participant, la date d'effet peut être rétroactivement portée à la date de rupture du contrat de travail, du décès ou bien de la fin de la portabilité.

3-3. Durée et renouvellement des garanties

Les garanties sont souscrites dans le cadre de l'année civile. Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de mois restant. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale. Les garanties cessent lorsque l'adhésion au Règlement Mutualiste prend fin suite à une résiliation, par radiation ou exclusion de la Mutuelle, dans les conditions définies aux Statuts.

3-4. Faculté de renonciation

A compter de la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (le délai de 14 jours applicable en cas de vente à distance ou de démarchage selon l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, étant inclus dans ce délai de 30 jours) pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle.

Exemple de lettre de renonciation : « Je soussigné (Nom Prénom), demeurant (adresse), déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à la Mutuelle MUTIEG. (Date et signature de l'adhérent) ».

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au Membre Participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le Membre Participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de 30 jours ci-dessus visé et renonce à son adhésion, le Membre Participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les prestations reçues.

3-5. Obligation de communication de pièces

Toutes les pièces sollicitées par la Mutuelle à l'occasion de l'adhésion ou d'une demande de prise en charge sont nécessaires à l'instruction du dossier et doivent lui être communiquées. A défaut, la Mutuelle ne pourra servir ses prestations.

3-6. Obligation de signalement de tout changement de situation

Les Membres Participants doivent impérativement signaler à la Mutuelle, dans les deux mois qui suivent l'évènement, par tout moyen, les changements suivants survenant dans leur situation comme les changements de situation personnelle, notamment :

- nouvelle adresse postale ou Internet, nouveau numéro de téléphone ;
- droit à la CMU et à la CMU-C ;
- décès ;
- changement de régime d'Assurance Maladie et/ou de caisse et le cas échéant de 1^{er} régime complémentaire.

Si le changement de situation entraîne une baisse de la cotisation ou la délivrance de prestations, celle-ci prendra effet à compter du premier jour du mois de la demande, le cachet de la Poste faisant foi, à condition que le changement ait été notifié dans le délai prescrit ci-avant.

Dans le cas où la notification n'aurait pas été faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra être tenue pour responsable des conséquences. Le changement ne pourra alors être pris en considération que lors de l'émission du prochain avis d'échéance annuel. En revanche, si le changement de situation, quelles que soient la date ou la façon dont il aura été porté à la connaissance de la Mutuelle, implique une hausse de cotisation, celle-ci prendra effet, rétroactivement, au 1^{er} jour du mois de l'évènement, le Membre Participant étant tenu de régulariser le paiement des cotisations dues à la Mutuelle.

ARTICLE 4. Conditions d'âge à l'adhésion

Il n'y a aucune condition d'âge pour l'adhésion au présent Règlement Mutualiste concernant le Membre Participant.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent devenir, à leur demande, Membre Participant sans l'intervention de leur représentant légal.

L'âge est défini par la différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Aucune information d'ordre médical n'est demandée à l'adhésion au Membre Participant. Aucune période probatoire n'est prévue à l'adhésion.

ARTICLE 5. Perte de la qualité de Membre Participant

5-1. Résiliation par le Membre Participant

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle. La résiliation prendra effet le dernier jour du mois de la réception de la lettre, à minuit, sous réserve que le Membre Participant soit à jour de ses cotisations.

5-2. Radiation pour non-paiement des cotisations

Le Membre Participant qui n'a pas réglé sa cotisation, ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra ses garanties suspendues dans tous leurs effets, trente jours après une mise en demeure effectuée par la Mutuelle.

Les garanties non résiliées mais suspendues reprennent leurs effets, le jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque le paiement n'intervient pas dans le délai de six mois après la date d'échéance pour laquelle a été effectuée la mise en demeure, la Mutuelle peut résilier les garanties et l'adhérent. Il ne sera alors pas fourni de certificat de radiation.

5-3. Autres résiliations en cours d'adhésion

En application des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, chaque Membre Participant peut mettre fin à son adhésion à la Mutuelle en cas de survenance d'un des évènements suivants si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- changement de domicile ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin du mois durant lequel la date de la résiliation prend effet.

5-4. Lorsqu'une personne cesse d'adhérer au présent Règlement Mutualiste à la suite d'une résiliation ou d'une radiation intervenant dans l'un des cas visés aux paragraphes 5-1 à 5-3 ci-avant, elle ne peut plus demander par la suite d'y adhérer à nouveau.

TITRE III – PRESTATIONS SANTÉ

ARTICLE 6. Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet en cas de maladie, d'accident ou de maternité d'assurer aux Membres Participants le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, dans la limite de la dépense effective, pendant la période de validité du Règlement Mutualiste et en supplément des prestations en nature versées par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale.

Article 7. Ouverture du droit aux prestations

7-1. Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de Sécurité sociale, ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

7-2. Selon le poste de soins, la Mutuelle détermine le montant des prestations acte par acte, en prenant pour base le tarif de responsabilité (correspondant soit à la base de remboursement du Régime Général, soit au tarif de convention, soit au tarif d'autorité) ou le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS).

Les dates servant de référence pour le calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, les accessoires médicaux, l'appareillage et l'optique ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, l'ostéopathie et la chiropractie, les étioopathes et les honoraires de médecins, les analyses et examens et la date des actes lourds pour la participation forfaitaire ;
- les dates de début et de fin de séjour pour l'hospitalisation ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

7-3. Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement Mutualiste.

7-4. Sont pris en charge les soins dont la date de référence est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de radiation. Cependant, lorsque la date d'exécution de la prescription est différente de la date de référence définie ci-avant, et est postérieure à la date d'adhésion et antérieure à la date de radiation, c'est la date d'achat ou d'exécution qui est prise en compte.

ARTICLE 8. Conditions générales

8-1. Sont expressément exclues des remboursements les prestations suivantes :

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de la participation mise à la charge des Bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant,

sauf lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que le médecin traitant, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social) ;

- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (c'est-à-dire les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour des patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou l'Assurance Maladie.

8-2. Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des 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 de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

8-3. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la 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.

Les prestations de la Mutuelle viennent en complément de celles versées par d'autres organismes, toujours dans la limite des frais réels restant à la charge de l'adhérent après remboursement de la Sécurité sociale et du 1^{er} organisme. Les intéressés doivent fournir tous les justificatifs des dépenses engagées et tous les décomptes établis par la Sécurité sociale et les autres organismes complémentaires.

8-4. En cas de modification des actes figurant à l'article 11

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du Régime d'Assurance Maladie obligatoire, les montants de remboursements assurés par la Mutuelle demeurent au niveau atteint avant la modification.

En tout état de cause, sont applicables les dispositions telles que prévues à l'article 8-11 ci-après.

8-5. Ne font pas l'objet de prestations complémentaires au titre du ticket modérateur les remboursements assumés à 100% du tarif de responsabilité par l'Assurance Maladie.

8-6. Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du Bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la catégorie.

8-7. Pour l'orthodontie, ou tout acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le versement est proratisé en fonction du nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

8-8. En dentaire, le devis éventuellement fourni par l'adhérent peut être examiné par le dentiste-consultant de la Mutuelle pour limiter, le cas échéant, le reste à charge de l'adhérent.

8-9. Le remboursement des frais d'accompagnant pour les hospitalisations médicales et chirurgicales d'enfants de moins de 16 ans est effectué dans les conditions suivantes :

- un seul accompagnant, quel que soit le lien de parenté ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne au sein de l'établissement où l'enfant est hospitalisé, pour le lit et les repas ;
- dans le cas où l'accompagnant séjourne dans une maison des parents, un foyer d'accueil ou un hôtel hospitalier, pour l'hébergement.

8-10. Dans le cas de remboursements dont le montant est calculé sur la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale), et en l'absence de parution du décret notifiant ce montant au moment de l'impression des

plaquettes (voir grille des prestations en annexe 1) descriptives des garanties, le montant indiqué par la Mutuelle sera celui de de l'année N-1.

Dès que le montant et la date d'application du PMSS seront connus pour l'année civile concernée, les remboursements seront effectués sur la base de ce nouveau plafond sans que le montant indiqué sur les plaquettes de la Mutuelle puisse être opposé à la Mutuelle.

ARTICLE 9. Versement des prestations

9-1. En cas de télétransmission, le Membre Participant est dispensé de l'envoi des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, lorsque ceux-ci sont transmis à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. Dans ce cas, le remboursement supplémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre Mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent a bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ce dernier doit pour obtenir son remboursement, envoyer à MUTIEG les décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et les factures détaillées et acquittées.

9-2. A défaut de télétransmission

A défaut de télétransmission automatique des décomptes de prestations émis par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à la Mutuelle, les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes des prestations délivrés par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou téléchargés sur le site Internet de l'Assurance Maladie ;
- des documents nécessaires pour avoir connaissance des dépenses engagées (note d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme assureur d'un régime frais de santé complémentaire de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent.

9-3. Tiers payant

Dans le cas où des accords ont été passés avec les professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au Membre Participant de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement aux professionnels de santé pour le montant que les Bénéficiaires n'ont pas eu à régler. Certains accords avec les professionnels de santé et/ou établissements hospitaliers peuvent nécessiter l'émission d'une prise en charge.

9-4. Il peut être demandé par la Mutuelle des justificatifs complémentaires lorsque les éléments télétransmis ou figurant sur le décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ne permettent pas d'identifier la nature et/ou le montant de la prestation à verser.

9-5. Le remboursement des actes d'ostéopathie, de chiropractie et d'étiopathie est subordonné à l'indication du numéro ADELI (Automatisation DEs LIstes) ou du numéro de diplôme sur la note d'honoraires.

9-6. Les prestations sont versées directement au Membre Participant ou à la personne qu'il a désignée, par virement sur un compte bancaire.

La Mutuelle met à la disposition du Membre Participant ou de la personne qu'il a lui-même désignée, un relevé des remboursements.

9-7. Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé mensuel en cas d'envoi par voie postale ou à un relevé en temps réel lorsque l'adhérent a choisi l'envoi par Internet.

9-8. Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant de l'application du présent Règlement Mutualiste est prescrite par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai pour des prestations indues est de 5 ans à compter du paiement indu.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte du Membre Participant sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

Quand l'action du Membre Participant 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 ou a été indemnisé par celui-ci.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Les demandes de paiement des prestations devront être produites dans un délai de 2 ans à compter de la date du décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ou à compter de la date de la facture pour des prestations non prises en charge par le Régime d'Assurance Maladie obligatoire.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription c'est-à-dire, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée.

Pour la prescription biennale, la prescription peut aussi être interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription biennale peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par le Bénéficiaire à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement d'une indemnité, ou adressée par la Mutuelle au Membre Participant en ce qui concerne une action en paiement de la cotisation.

9-9. Réclamations

Pour toute réclamation, le Membre Participant a la faculté de s'adresser à :

MUTIEG - Service Réclamation - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation ».

Si toutefois, après l'intervention du service Réclamation, le désaccord persiste, le Membre Participant a la faculté de faire appel au Médiateur désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en conformité avec l'article 65 des Statuts de la Mutuelle.

Dans ce cas, le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser au Médiateur, dont les coordonnées sont :

Monsieur le Médiateur de la FNMF

FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS Cedex 15

www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/

mediation@mutualite.fr

En cas de désaccord avec l'avis rendu par Médiateur désigné par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, le recours à une action en justice devant le tribunal compétent est toujours possible.

9-10. Indus

Dans le cadre des dispositions réglementaires, les sommes versées à tort par la Mutuelle peuvent être récupérées directement auprès du destinataire ou sur les prestations à verser ultérieurement.

ARTICLE 10. Soins à l'étranger

Le remboursement des soins à l'étranger est effectué selon les modalités suivantes :

- sur présentation, en langue française, des factures détaillées et acquittées, des prescriptions médicales et du remboursement de l'Assurance Maladie de l'Etat membre et le cas échéant du décompte d'un premier

organisme complémentaire, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et bases de remboursement appliqués en France dans la limite des frais engagés ;

- le taux de conversion monétaire utilisé est celui du mois au cours duquel le remboursement est effectué.

ARTICLE 11. Définition des prestations

La nature des prestations fournies aux Bénéficiaires dans le cadre du présent Règlement Mutualiste comporte les rubriques ci-dessous :

- soins courants
- optique
- dentaire
- hospitalisation (frais de séjour, frais de salle d'opération, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnant, transport)
- prévention
- appareillage
- cure thermale

selon une grille de prestations figurant en annexe 1 qui est jointe à l'envoi du bulletin d'adhésion.

TITRE IV – COTISATIONS

ARTICLE 12. Fixation de la cotisation

12-1. La cotisation est exprimée en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

La cotisation afférente à l'adhésion et au bénéfice du maintien des garanties de la Complémentaire Maladie est payée directement par l'adhérent à MUTIEG ou au mandataire désigné.

12-2. Le montant de la cotisation est fixé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle. L'Assemblée Générale peut déléguer ce pouvoir au Conseil d'Administration pour une durée maximum d'un an renouvelable. Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1^{er} janvier de chaque année. Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les tarifs applicables ne peuvent être supérieurs de plus de 50 pour 100 aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs adhérant à titre obligatoire au contrat d'assurance collective frais de santé MUTIEG n° 201501.

12-3. Les cotisations des Membres Participants sont dues mensuellement et d'avance.

12-4. En cas de décès d'un Membre Participant, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

12-5. Toute action relative aux cotisations se prescrit par 2 ans à compter de la date d'exigibilité des cotisations (voir article 9-8 ci-avant).

TITRE V – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Bénéficiaire 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. En cas d'accident causé par un tiers, le Membre Participant doit impérativement signaler ce dernier à la Mutuelle afin que cette dernière puisse exercer son droit de recours contre tiers.

ARTICLE 14. Fausse déclaration - Nullité de la garantie

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au Membre Participant et à ses ayants droit est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle. La Mutuelle pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En application de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 15. Déchéance en cas de fraude

Le Membre Participant qui effectue une déclaration frauduleuse à l'occasion de la demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

ARTICLE 16. Loi Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du Règlement Mutualiste, de la gestion (y compris commerciale) et de l'exécution par la Mutuelle de ses obligations dans le cadre du présent Règlement Mutualiste.

Elles sont communiquées aux autres organismes, délégataires de gestion, organismes gérant le tiers payant, intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et organismes gestionnaires du Régime Obligatoire.

Le Membre Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les informations le concernant.

Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle en s'adressant au correspondant CNIL de MUTIEG, au siège social.

ARTICLE 17. Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 9.

ARTICLE 18. Législation

Les garanties assurées par la Mutuelle MUTIEG sont régies par le Code de la Mutualité.

ARTICLE 19. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil, fixé par le Conseil d'Administration.

TITRE VI – MODIFICATIONS DU PRESENT RÈGLEMENT - INFORMATIONS

ARTICLE 20. Modifications du présent Règlement - Informations

20-1. Modification du présent Règlement

Les Statuts et le présent Règlement ne peuvent être modifiés que par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou, concernant le Règlement Mutualiste par le Conseil d'Administration de la Mutuelle sur délégation de l'Assemblée Générale.

20-2. Information des Membres Participants

Chaque Membre Participant se voit remettre avant la signature du bulletin d'adhésion, les Statuts et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. En cas de modification du présent Règlement, le Membre Participant est informé des modifications survenues par un envoi postal ou électronique.

20-3. Modifications de la législation sociale

Le présent Règlement est établi en fonction de la législation sociale en vigueur lors de l'Assemblée Générale la plus proche du début de l'exercice qu'il concerne.

20-4. Information de la Mutuelle

Le Membre Participant informe la Mutuelle des modifications intervenues dans sa situation familiale et/ou professionnelle dans le délai de deux mois après la modification. En cas de non-respect de ce délai, la modification est enregistrée sans que ses conséquences ne puissent produire d'effet au-delà d'un an avant la date de réception de l'information.

TITRE VII – ANNEXE

ARTICLE 21. Liste des annexes

Le présent Règlement comprend une annexe :

- Annexe 1 : Grille de prestations CCM CCAS Loi Evin 2016

ANNEXE 1

GRILLE DE PRESTATIONS CCM CCAS LOI EVIN 2016

MA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE CCAS

Ce tableau présente la grille des remboursements CCM CCAS Loi Evin. Ces remboursements viennent s'ajouter aux prestations versées par le Régime Général de Sécurité sociale ou, pour ses bénéficiaires, du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle.

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

**CCM CCAS Loi Evin
(Régime Général)**

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les Pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits pour les remboursements des dépassements des actes effectués par les médecins et l'optique en novembre 2014.

SOINS COURANTS	
Visites et consultations de médecins généralistes signataires du contrat d'accès aux soins	90%
Visites et consultations de médecins généralistes non signataires du contrat d'accès aux soins	70%
Visites et consultations de médecins spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins	150%
Visites et consultations de médecins spécialistes non signataires du contrat d'accès aux soins	130%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin signataire du contrat d'accès aux soins	130%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin non signataire du contrat d'accès aux soins	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un professionnel de santé non médecin	130%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	110%
Analyses et prélèvements	110%
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	35%/70%/85%
Pansement	100%

Majoration de la prestation soins courants (sauf médecins non signataires du CAS) de 50% pour les personnes en situation de handicap (carte d'invalidité ≥ 80%)	OUI
---	-----

OPTIQUE

Monture et verres acceptés SS : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.

Les prestations de l'équipement sont majorées ou minorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014).

ADULTES	Monture	150€
	Verres	2 100% + 15€ par verre
MINEURS	Monture	260% + 2% du PMSS
	Verres	750%
Lentilles acceptées SS : premier équipement par bénéficiaire et par année civile		645% + 1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel		Adulte : 10,26% du PMSS
		Enfant : 12,12% du PMSS
Lentilles acceptées SS : 2 ^{ème} équipement par bénéficiaire et par année civile		645%
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)		12% du PMSS

DENTAIRE

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

- Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	150%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : sans présentation du devis	525%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : avec présentation du devis	575%
- Orthodontie	460%

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

- Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM), sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	50% des Frais Réels
- Orthodontie, sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	80% des Frais Réels
- Implantologie (Code CCAM : IMP), sur frais réels limités par année civile à 100% du PMSS	45% des Frais Réels
- Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	2% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	4% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	1% du PMSS
- Parodontologie (Code CCAM : TDS) : Forfait maximum par année civile	8,4% du PMSS
- Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités par année civile à 500€	30% des Frais Réels

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolution de la CCAM

HOSPITALISATION (Médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas : les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non

Sans acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	120%
	Honoraires des médecins signataires du contrat d'accès aux soins	320%
	Honoraires des médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	145%
Avec acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	100%
	Honoraires des médecins signataires du contrat d'accès aux soins	300%
	Honoraires des médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	125%
Franchise sur les actes CCAM > 120€		18€
Forfait journalier		100% des Frais Réels
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)		1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (90 jours par année civile)		2,1% du PMSS
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)		1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)		2,1% du PMSS
Frais de transport		35%

APPAREILLAGE

Orthopédie et prothèse médicale	160%
Prothèse auditive unilatérale	590% + 12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	590% + 24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour handicapé accepté par la SS	150% + 90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	35% + 8% du PMSS
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	50% + 2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	120%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	120%

Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	3,85% du PMSS
---	---------------

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements (Base de Remboursement - BR)
- En pourcentage du PMSS qui est, à titre indicatif pour l'année 2017, de 3 269€. Ce plafond est revalorisé chaque année.

IMPORTANT :

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

Pour les bénéficiaires du Régime Local d'Alsace-Moselle, les prestations sont :

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle de l'Assurance Maladie et/ou du tarif de convention ou d'autorité.
Le cumul des remboursements ne peut excéder les frais réels.

**CCM CCAS Loi Evin
(Régime Local
d'Alsace-Moselle)**

Les garanties entrent dans le cadre des contrats responsables prévus par la législation. Ceci exclut la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS), les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les Pouvoirs publics ainsi que les planchers et plafonds introduits pour les remboursements des dépassements des actes effectués par les médecins et l'optique en novembre 2014.

SOINS COURANTS	
Visites et consultations de médecins généralistes signataires du contrat d'accès aux soins	70%
Visites et consultations de médecins généralistes non signataires du contrat d'accès aux soins	50%
Visites et consultations de médecins spécialistes signataires du contrat d'accès aux soins	130%
Visites et consultations de médecins spécialistes non signataires du contrat d'accès aux soins	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin signataire du contrat d'accès aux soins	110%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un médecin non signataire du contrat d'accès aux soins	90%
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie, d'échographie et de radiologie effectués par un professionnel de santé non médecin	110%
Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, sur frais réels limités à 100€ (12 séances par année civile)	35% des Frais Réels
Auxiliaires médicaux	80%
Analyses et prélèvements	80%
Analyses hors nomenclature	0,7% du PMSS
Pharmacie sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité	10%/20%/85%
Pansement	70%
Majoration de la prestation soins courants (sauf médecins non signataires du CAS) de 50% pour les personnes en situation de handicap (carte d'invalidité ≥ 80%)	OUI

OPTIQUE

Monture et verres acceptés SS : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.

Les prestations de l'équipement sont majorées ou minorées de façon à respecter les planchers et plafonds fixés pour les contrats responsables (Décret du 18 novembre 2014).

ADULTES	Monture	150€
	Verres	2 070% + 15€ par verre
MINEURS	Monture	230% + 2% du PMSS
	Verres	720%
Lentilles acceptées SS : premier équipement par bénéficiaire et par année civile		615% + 1,5% du PMSS
Lentilles correctrices non prises en charge par la SS y compris adaptation : forfait annuel		Adulte : 10,26% du PMSS
		Enfant : 12,12% du PMSS
Lentilles acceptées SS : 2 ^{ème} équipement par bénéficiaire et par année civile		615%
Chirurgie corrective non prise en charge SS (par œil)		12% du PMSS

DENTAIRE

ACTES PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

- Soins (Codes CCAM : AXI, END, INO, SDE, TDS)	130%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : sans présentation du devis	505%
- Prothèses (Codes CCAM : ICO, IMP, PAM, PAR, PDT, PFC, PFM, RPN) : avec présentation du devis	555%
- Orthodontie	460%

ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

- Prothèses (Codes CCAM : PAR, PAM, PFC, PFM), sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	50% des Frais Réels
- Orthodontie, sur frais réels limités par année civile à 50% du PMSS	80% des Frais Réels
- Implantologie (Code CCAM : IMP), sur frais réels limités par année civile à 100% du PMSS	45% des Frais Réels
- Couronne ou stellite provisoire : 1 ou 2 dents (Code CCAM : PDT)	2% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : 3 dents (Code CCAM : PDT)	4% du PMSS
- Couronne ou stellite provisoire : par dent supplémentaire (Code CCAM : PDT)	1% du PMSS
- Parodontologie (Code CCAM : TDS) : Forfait maximum par année civile	8,4% du PMSS
- Autres actes dentaires (Codes CCAM : AXI, END, ICO, IMP, INO, PFC, PFM, RPN, SDE), sur frais réels limités par année civile à 500€	30% des Frais Réels

Correspondances CCAM non exhaustives et sous réserve d'évolution de la CCAM

HOSPITALISATION (Médecine, chirurgie, psychiatrie)

L'hospitalisation ne concerne pas : les établissements de longs séjours, les sections de cures médicales et maisons de retraite médicalisées ou non

Sans acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	100%
	Honoraires des médecins signataires du contrat d'accès aux soins	300%
	Honoraires des médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	125%
Avec acte CCAM ¹ > 120€	Frais de séjour	100%
	Honoraires des médecins signataires du contrat d'accès aux soins	300%
	Honoraires des médecins non signataires du contrat d'accès aux soins	125%
Franchise sur les actes CCAM > 120€		-
Forfait journalier		-
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans)		1% du PMSS
Chambre particulière, hospitalisation complète (90 jours par année civile)		2,1% du PMSS
Chambre particulière ambulatoire (hospitalisation de jour)		1,12% du PMSS
Chambre particulière maternité (8 jours maximum)		2,1% du PMSS
Frais de transport		-

APPAREILLAGE

Orthopédie et prothèse médicale	130%
Prothèse auditive unilatérale	560% + 12% du PMSS
Prothèses auditives bilatérales	560% + 24% du PMSS
Forfait annuel pour piles et entretien des prothèses auditives	1,4% du PMSS
Véhicule pour handicapé accepté par la SS	150% + 90% du PMSS

AUTRES PRESTATIONS

Cure thermale agréée par l'Assurance Maladie, forfait pour 1 curiste	10% + 8% du PMSS
Vaccins (par vaccin)	1,75% du PMSS
Pilule contraceptive dite de 3 ^e ou 4 ^e génération, forfait annuel	1,75% du PMSS
Ostéodensitométrie	30% + 2,8% du PMSS
Détartrage annuel des dents	100%
Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans	100%

Pack Prévention annuel comprenant : - psychomotricien, diététicien, ergothérapeute, podologue, amniocentèse ; - bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans par orthophoniste ; - dépistage des troubles de l'audition par orthophoniste ; - bracelet GSM sur prescription médicale pour malades d'Alzheimer ; - substituts nicotiniques, test HémoCult, tensiomètre prescrits par un médecin ; - prélèvement pour le dépistage du cancer de la prostate.	3,85% du PMSS
---	---------------

SS : Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

¹ Dans la limite de 5 300€ en établissement conventionné

Les garanties sont exprimées :

- En pourcentage du tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements (Base de Remboursement - BR)
- En pourcentage du PMSS qui est, à titre indicatif pour l'année 2017, de 3 269€. Ce plafond est revalorisé chaque année.

IMPORTANT :

Le cumul des remboursements ne peut excéder ce que vous avez effectivement payé.

Les garanties excluent la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ par acte, les majorations du reste à charge consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et la minoration du remboursement SS) ainsi que les franchises mises en place au 1^{er} janvier 2008 par les Pouvoirs publics.

Les garanties ne prennent pas en charge, notamment :

- la participation forfaitaire de 1€ par acte ;
- la participation forfaitaire de 0,50€ par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaire médical ;
- la participation forfaitaire de 2€ par transport médical ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui consultent des médecins relevant de certaines spécialités sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement ;
- les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'assurance maladie complémentaire ;
- les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Ex. : accès à un médecin sans consultation préalable du médecin traitant