

Règlement Mutualiste



www.mmei.fr

MMEI - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et sous le contrôle de l'ACPR -
N° Siren : 391 399 052 - Siège social : MMEI - 122 rue de Javel - 75015 Paris

REGLEMENT MUTUALISTE

Préambule :

La Mutuelle des Métiers Electronique et Informatique, dite MMEI est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391.399.052.

Le présent Règlement est établi par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Il a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la Mutuelle et chaque membre participant et Ayants droit, en ce qui concerne les prestations et les cotisations telles qu'elles sont définies par le présent Règlement.

SOMMAIRE RÈGLEMENT MUTUALISTE :

TITRE I - MEMBRE PARTICIPANT, AYANT DROIT, ADHESION, RESILIATION.....	5
ARTICLE I-1. NOTION DE MEMBRE PARTICIPANT ET D'AYANT DROIT	5
I-1.1. : Membre participant	5
I-1.2. : Ayants droit.....	5
I-1.3. : Adjonction et suppression d'un ayant droit	5
ARTICLE I-2. : ADHESION, RESILIATION	6
I-2.1. : Adhésion	6
I-2.2. : Date d'effet de l'adhésion	6
I-2.3. : Faculté de renonciation.....	6
I-2.4. : Changement de couverture santé	7
I-2.5. : Résiliation.....	7
I-2.6. : Effet de résiliation	8
TITRE II - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE	9
ARTICLE II-1. COTISATIONS.....	9
II-1.1. : Principes.....	9
II-1.2. : Structure des cotisations.....	10
II-1.3. : Révision de la cotisation forfaitaire et de la cotisation mixte	11
ARTICLE II-2. : REGLEMENT DES COTISATIONS.....	12
II-2.1. : Règlement des cotisations en cours d'adhésion	12
II-2.2. : Règlement des cotisations en cas de résiliation	12
ARTICLE II-3. : RESTITUTION DE COTISATION	12
II-3.1. : Restitution de cotisation en cas de résiliation de l'adhésion	12
II-3.2. : Restitution de cotisation en cas de décès	13
II-3.3. : Montant maximum de la restitution de cotisation	13
ARTICLE II-4. : REGULARISATION DES REVENUS – INCIDENCE SUR LES COTISATIONS	13
ARTICLE II-5. : DELAI DE FORCLUSION ET DE RECLAMATION	13
ARTICLE II-6. : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS - RESILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	13
ARTICLE II-7. : MODIFICATION DES DONNEES PERSONNELLES	14
ARTICLE II-8. : DEMANDE DE DEVIS	14
TITRE III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	16
ARTICLE III-1. : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	16
III-1.1. Principes de remboursement	16
III-1-2. Les couvertures santé	17
III-1-3. Modification des montants de remboursement des prestations assurées par la Mutuelle	23
ARTICLE III-2. : SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES	23
III-2.1. Suspension des garanties.....	23
III-2-2. Cessation des garanties	23
ARTICLE III-3. : EXCLUSIONS.....	23
ARTICLE III-4. : CONTROLE MEDICAL.....	24
ARTICLE III-5. : CARTE MUTUALISTE DE TIERS PAYANT	24
TITRE IV - SUBROGATION.....	25
TITRE V - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	25
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES.....	26
ARTICLE VI-1. : PRESCRIPTION.....	26
ARTICLE VI-2. : DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE.....	27
ARTICLE VI-3. : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	27
ARTICLE VI-4. : INFORMATIQUE ET LIBERTES	27
ARTICLE VI-5. : FRAUDE	28
ARTICLE VI-6. : FONDS DE SECOURS ET D'ENTRAIDE.....	28

ARTICLE VI-7. : RECLAMATION, CONCILIATION ET MEDIATION	29
ARTICLE VI-8. : CONTROLE DE LA MUTUELLE	31
ARTICLE VI-9. : LOI APPLICABLE.....	31

Annexes

<i>Annexe 1 : Tableau des prestations détaillées par couverture applicables au 1^{er} janvier 2020.....</i>	<i>32</i>
<i>Annexe 2 : Détail des cotisations par couverture et par tranche d'âge applicables au 1^{er} janvier 2020.....</i>	<i>34</i>
<i>Annexe 3 : Montants de prise en charge des équipements d'optique</i>	<i>35</i>
<i>Annexe 4 : Détail des cotisations par couverture et par tranche d'âge applicables au 1^{er} janvier 2020.....</i>	<i>36</i>

TITRE I

Membre participant, ayant droit, adhésion, résiliation

ARTICLE I-1. Notion de membre participant et d'ayant droit

I-1.1. Membre participant

Les membres participants sont les personnes physiques affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale qui bénéficient des prestations des couvertures *L'Essentiel*, *Confort*, *Grand Confort* de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Un conjoint ou assimilé d'un membre participant couvert par la mutuelle ne peut bénéficier d'une autre couverture santé que celle du membre participant, la couverture étant familiale.

Peuvent bénéficier du présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la Mutuelle et à jour du paiement de leurs cotisations.

I-1.2. Ayants droit

Définition

Les ayants droit du membre participant tels que définis ci-dessus peuvent bénéficier du remboursement des soins. Il s'agit :

a) Du conjoint ou assimilé :

- Le conjoint est la personne liée au membre participant par les liens du mariage et non séparée judiciairement ;
- Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- Le concubin.

Chaque membre participant peut affilier soit le conjoint, soit la personne assimilée.

b) Des enfants à charge fiscalement du membre participant ou du conjoint (et assimilé) jusqu'à la fin de l'année civile (31 décembre) de leur 26ème anniversaire.

Sont assimilés aux enfants du membre participant :

- Les enfants recueillis ou sous tutelle du membre participant ou de son conjoint (et assimilé) ;
- Les petits enfants qui bénéficient du Régime Obligatoire sur le compte du grand parent, membre participant ou du conjoint (et assimilé) ;

c) Des ascendants à charge, s'ils bénéficient du Régime Obligatoire sur le compte du membre participant ou du conjoint (et assimilé).

Les ayants droit peuvent devenir membres participants quand cesse leur qualité d'ayant droit ou après le décès du membre participant.

La déclaration de la situation de famille, ouvrant droit aux prestations, incombe au membre participant.

I-1.3. Adjonction et suppression d'un ayant droit

La demande d'adjonction d'un ayant droit doit être adressée par écrit à la Mutuelle. Elle prend effet le 1er jour du mois suivant.

Les enfants sont rattachés à la couverture du membre participant dès leur date de naissance ou d'adoption.

La demande de suppression d'un ayant droit doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, un mois avant l'échéance annuelle. Elle prend effet le 1er janvier suivant sauf si la demande de suppression résulte de l'affiliation d'un ayant-droit dans un contrat collectif obligatoire, auquel cas la suppression intervient au plus tôt au premier jour du mois qui suit la date d'affiliation au contrat collectif obligatoire, si la demande est antérieure à la date d'affiliation ou si la demande est postérieure à cette date, au premier jour du mois qui suit la demande.

Toute demande d'adjonction ou de suppression doit être formulée :

- Par courrier à l'adresse suivante : **MMEI - gestion harmonie mutuelle**
TSA 51630
75901 Paris cedex 15
- Par courriel, à l'adresse suivante : contact.mmei@mmei.fr

ARTICLE I-2. : Adhésion, résiliation

I-2.1. Adhésion

Conformément à l'article 11 des Statuts, l'adhésion à l'une des couvertures santé de la Mutuelle est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des Statuts et du Règlement Intérieur de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste. Ces documents, ainsi que le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (DIPA), lui ont été remis avant signature du bulletin d'adhésion. Le membre participant adhère à la couverture santé qui s'applique à lui et à l'ensemble de ses éventuels ayants droit.

L'adhésion dans la couverture santé choisie est familiale et porte sur une durée minimale de douze (12) mois à compter de la date d'adhésion jusqu'au trente et un (31) décembre de l'année de l'expiration des douze (12) mois écoulés. Elle est ensuite reconductible tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf exercice du droit de résiliation dans les conditions ° de l'article I-2.5 ci-après.

I-2.2. Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit ou de l'adjonction d'un ayant droit, est au mieux le premier jour du mois suivant la réception de l'ensemble des pièces demandées en annexe I du bulletin d'adhésion, le membre participant pouvant toutefois choisir le 1^{er} jour d'un mois postérieur.

Il est informé par courrier ou courriel de la date à laquelle son adhésion prend effet.

I-2.3. Faculté de renonciation

Si le membre participant a adhéré à distance, il a la faculté de renoncer à la garantie souscrite auprès de la Mutuelle. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Les remboursements des sommes perçues par la Mutuelle ou par le membre participant s'effectuent dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le membre participant doit adresser à la MMEI au 122, rue de Javel – 75015 Paris, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme)
(Nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire Santé
XXX que j'avais souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le

Signature »

I-2.4. Changement de couverture santé

Les changements de couverture ne peuvent prendre effet qu'au premier jour de l'année civile qui suit l'adhésion à la couverture précédente, sous réserve que la demande de changement soit formulée par écrit par le membre participant, au plus tard le 30 novembre de chaque année, soit un mois avant l'échéance annuelle.

Lors d'un changement de situation en cours d'année entraînant un changement de la cotisation (mariage, PACS, concubinage, divorce, naissance, adoption, décès, suppression ou ajout de bénéficiaires...), le changement de couverture peut intervenir au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement à l'origine de la demande de changement, à condition que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant. Le changement de situation doit être signalé par écrit à la Mutuelle.

- **Par courrier à l'adresse suivante :** **MMEI - gestion harmonie mutuelle**
 TSA 51630
 75901 Paris cedex 15
- Par courriel, à l'adresse suivante : contact.mmei@mmei.fr

I-2.5. Résiliation

La résiliation par un membre participant de son adhésion à une couverture complémentaire santé dans les cas ci-après emporte, s'il y a lieu, suppression des ayants-droit du bénéfice de cette couverture santé.

1°/ La résiliation par un membre participant peut être donnée par lettre ou par tout autre support durable, ou encore par tout moyen visé à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée au siège social de la Mutuelle, au plus tard un mois avant l'échéance annuelle (avant le 30 novembre de chaque année), fixée, selon le cas, soit au 31 décembre de l'année d'expiration de la durée initiale de douze (12) mois, soit au 31 décembre de l'année en cours.

2°/ Outre un droit de résiliation exercé comme précisé ci-avant, le membre participant peut exercer son droit de résiliation annuel les conditions ci-après, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité :

- L'avis d'échéance annuel de cotisation, adressé par la Mutuelle au membre participant, mentionne la date limite d'exercice de son droit à dénonciation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours (20) suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.
- Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

3°/ La résiliation par un membre participant de son adhésion peut aussi intervenir à tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité, sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.

La notification de cette dénonciation se fait au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la Mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion du membre participant.

La dénonciation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

Cette clause de dénonciation entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} décembre 2020, conformément à la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019.

Lorsque la demande de résiliation est la conséquence de l'affiliation obligatoire du Membre participant à un contrat collectif obligatoire et sous réserve de la production d'une attestation produite par l'employeur du Membre participant, la résiliation de l'adhésion prend effet à compter du premier jour du mois suivant la date d'affiliation à titre obligatoire du Membre participant.

4°/ Lorsque la garantie des risques existantes dans la situation antérieure d'un membre participant avant la survenance de l'un des événements prévus à l'article L.221-17 du Code de la mutualité ne se retrouve pas dans la situation nouvelle après la survenance de l'un de ces événements, un membre participant ou la Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un (1) mois après réception de sa notification.

5°/ Les modalités de paiement des cotisations restant dues par le membre participant ou de restitution du trop-perçu de cotisation par la Mutuelle, à compter de date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation, sont précisées aux articles II.2 et II.3 ci-après.

I-2.6. Effet de la résiliation

La résiliation des garanties complémentaires santé met un terme à l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre des garanties frais de santé, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de radiation, le membre participant s'engage, pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, et à retourner à la Mutuelle sans délai, conformément à l'article III.5 ci-après la ou les carte(s) d'Adhérent qui lui ouvri(en)t des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci, sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

TITRE II

Obligations des membres participants envers la Mutuelle

ARTICLE II-1. Cotisations

II-1.1. Principes

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

Les cotisations décrites en *annexe 2* du présent règlement comprennent les cotisations afférentes aux garanties santé auxquelles s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts de ces organismes.

Les ayants droit du membre participant, quel que soit leur âge, sont affectés à la même tranche d'âge que celui-ci.

En cas de décès du membre participant, la cotisation cesse d'être du décès le premier jour du mois suivant le décès. La Mutuelle remboursera, s'il y a lieu une partie de la cotisation, conformément à l'article II-3.2 ci-après.

Une cotisation est calculée par individu couvert :

- pour le membre participant ;
- pour le conjoint ou assimilé ;
- pour les deux premiers enfants ou ascendants, tels que définis au 1b du 1-1.2 ci-avant : la couverture est gratuite à compter du troisième bénéficiaire couvert (enfant ou ascendant).
- La cotisation d'un nouvel enfant est exigible le premier jour du mois suivant sa date de naissance ou d'adoption en fonction des règles précédemment énoncées.

Le membre participant, dont l'un ou plusieurs enfants est ou sont atteint(s) d'un handicap (taux d'invalidité au moins égal à 50 %) est exonéré de cotisation pour cet ou ces enfant(s), jusqu'à 26 ans révolus (Voir tableau ci-après).

	Aucun enfant handicapé	Dont 1 enfant handicapé	Dont 2 enfants handicapés
1 enfant	1 cotisation enfant	Pas de cotisation	-
2 enfants	2 cotisations enfants	1 cotisation enfant	Pas de cotisation
3 enfants et plus	2 cotisations enfants	1 cotisation enfant	Pas de cotisation

La MMEI accueille, aux conditions générales d'adhésion, des adultes handicapés. Néanmoins lorsqu'un enfant handicapé couvert par la mutuelle, acquiert 26 ans, il est alors admis comme

membre participant. Il bénéficie alors d'un système de cotisation spécifique s'il perçoit l'allocation adulte « handicapé » ou la PCH (Prestation Compensatoire du Handicap). Voir cotisation « adultes handicapés ».

II-1.2. Structure des cotisations

La cotisation est exprimée de deux manières :

- soit forfaitaire,
- soit mixte incluant un forfait et un pourcentage du revenu brut.

a) Tranches d'âges

- 1^{ère} tranche d'âge → début de l'année civile du 16^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 35^{ème} anniversaire
- 2^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 36^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 45^{ème} anniversaire
- 3^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 46^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 55^{ème} anniversaire
- 4^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 56^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 65^{ème} anniversaire
- 5^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 66^{ème} anniversaire

b) Cotisation forfaitaire

La cotisation forfaitaire est appliquée :

- pour les trois premières tranches d'âge du membre participant,
- pour les 4^{ème} et 5^{ème} tranches d'âge du membre participant, lorsque l'assiette de cotisations, calculée comme précisée au d) ci-après, est inférieure ou égale à un plancher (assiette de cotisation minimale) ou bien égale ou supérieure à un plafond (assiette de cotisation maximale). Ces planchers et plafonds sont définis annuellement par le Conseil d'administration.

Si le membre participant n'a pas de revenu ou si ses revenus sont inférieurs à l'assiette de cotisation minimale, c'est le forfait de l'assiette de cotisation minimale qui s'applique (voir annexe 2). Si ses revenus sont supérieurs à l'assiette de cotisation maximale, c'est le forfait de l'assiette de cotisation maximale qui s'applique (voir annexe 2).

Si pour le couple, la somme des revenus bruts divisés par deux est inférieure à l'assiette de cotisation minimale, c'est le forfait de l'assiette de cotisation minimale qui s'applique (voir annexe 2). Si ce revenu est supérieur à l'assiette de cotisation maximale, c'est le forfait de l'assiette de cotisation maximale qui s'applique (voir annexe 2).

c) Cotisation mixte

La cotisation mixte est composée d'une partie forfaitaire et d'une partie calculée sur l'assiette de cotisation. Elle est appliquée pour les 4^{ème} et 5^{ème} tranches d'âge du membre participant, lorsque l'assiette de cotisations, calculée comme précisée au d), est comprise entre un plancher minimum et un plafond maximum. Ce plancher et ce plafond sont définis annuellement par le Conseil d'administration.

d) Assiette de cotisations – Revenus pris en compte

L'assiette de cotisation est composée du revenu brut du membre participant ou du revenu brut du couple (dans ce cas, la somme des revenus bruts est divisée par deux).

Les revenus bruts annuels pris en compte sont :

- Salaires,
- Indemnités Pôle emploi,
- Pensions (retraite, invalidité, réversion...)
- Indemnités maladie versées par le régime obligatoire et par le régime de prévoyance complémentaire.

• Fourniture des éléments nécessaires au calcul de l'assiette de cotisation, y compris lors d'un contrôle des revenus

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les meilleurs délais de toute évolution du revenu ainsi que, le cas échéant, de l'évolution du revenu de son conjoint.

En cas de changement de situation du membre participant ou de son conjoint, La date de prise en compte des revenus par la Mutuelle est le premier jour du mois suivant ce changement.

Si un membre participant ne fournit pas les éléments nécessaires à l'établissement de son assiette de cotisation, l'assiette retenue sera l'assiette maximale déterminée chaque année par le Conseil d'administration.

D'autre part, la Mutuelle se réserve le droit de contrôler la réalité des déclarations de revenus faites par le membre participant pour lui-même ou pour son conjoint ou concubin bénéficiaire.

• Réactualisation de la cotisation lors d'un décès

Si c'est le membre participant du couple cotisant qui décède, le bénéficiaire survivant devra remplir un bulletin d'adhésion pour devenir membre participant et intégrer la couverture individuelle de son choix.

Lors du décès du conjoint (ou assimilé), constituant un couple cotisant avec le membre participant, la cotisation basée sur le revenu devra être modifiée comme précisée ci-après.

Durant la période nécessaire à la réactualisation de la cotisation, qui ne doit pas dépasser six mois, le revenu pris en compte est celui du conjoint survivant, majoré de 30 % du revenu du conjoint décédé :

- sans rétroactivité pendant la durée de la période de réactualisation, si le nouveau revenu de l'adhérent entraîne une cotisation plus importante,
- avec rétroactivité pendant la durée de la période de réactualisation, si le nouveau revenu entraîne une cotisation moins importante.

Sans justificatifs au septième mois, ce sera l'assiette de cotisation maximum qui sera appliquée pour le calcul de la cotisation.

II-1-3. Révision de la cotisation forfaitaire et de la cotisation mixte

Conformément aux dispositions de l'article 37 des Statuts, le Conseil d'administration peut procéder à la révision, au 1^{er} janvier de chaque année, des cotisations chaque année en fonction :

- du coût du risque des couvertures santé,
- de l'estimation des dépenses de prestations, des frais de gestion évalués chaque année pour l'année suivante et des modifications aux taxes en vigueur ou d'assujettissement à de nouvelles taxes,
- du revenu utilisé pour l'assiette des cotisations,
- des effectifs des membres participants et ayants droit protégés,

- de l'évolution des taux de prise en charge par le Régime obligatoire des tarifs de responsabilité et du forfait journalier hospitalier,
- de l'évolution des règles conventionnelles entre organismes du régime obligatoire d'assurance maladie et professionnels de santé.

Le Conseil d'administration rend compte, lors de l'Assemblée générale annuelle, des décisions qu'il prend en matière de révision de la cotisation.

1) **Modalité de révision des cotisations forfaitaires**

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant forfaitaire peut faire l'objet d'une réévaluation.

2) **Modalités de révisions des cotisations mixtes**

Pour les membres participants entrants dans les 4^{ème} et 5^{ème} tranches d'âge, l'assiette des cotisations mixtes évolue en fonction de la variation des pensions et retraites de la Sécurité sociale sur la base de l'indice CNAVTS constaté en année N pour l'année N+1.

La révision des revenus bruts et la révision de l'assiette du plancher et du plafond de la cotisation s'appliquent au 1^{er} janvier de chaque année.

ARTICLE II-2. : Règlement des cotisations

II-2.1 Règlement des cotisations en cours d'adhésion

Tous les membres participants peuvent régler leurs cotisations au choix : par prélèvement automatique (SEPA) ou par chèque bancaire. Le paiement des cotisations peut être fractionné soit au trimestre, soit au mois.

Les échéances des dates de paiement des cotisations dépendent de la périodicité de paiement choisie. Dans le cas d'un paiement trimestriel, la cotisation est payable par chèque. Le premier paiement doit intervenir avant tout rappel de la Mutuelle dès réception du courrier ou courriel avisant le membre participant de la date d'effet d'adhésion, au prorata du trimestre restant à courir.

Dans le cas d'un paiement mensuel, la cotisation est payable par prélèvement automatique, le 15 de chaque mois, à raison d'1/12^{ème} de la cotisation annuelle.

II-2.2 Règlement des cotisations en cas de résiliation

En cas de résiliation l'adhésion, conformément à l'article I-2.5 ci-avant, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation.

ARTICLE II-3. : Restitution de cotisation

II-3.1 Restitution de cotisation en cas de résiliation de l'adhésion

En cas de résiliation de l'adhésion conformément aux modalités prévues à l'article I-2.5 ci-avant, la Mutuelle remboursera au membre participant, le cas échéant, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation.

Si le remboursement de cotisation intervient dans le cadre du droit de dénonciation prévue au 2° et au 3° de l'article I-2.5, il devra être effectué dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la résiliation ou de la dénonciation. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

II-3.2 Restitution de cotisation en cas de décès

En cas de décès d'un membre participant, la Mutuelle remboursera, s'il y a lieu, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter du premier jour du mois suivant le décès.

II-3.3 Montant maximum de la restitution de cotisation

Aucune restitution ne pourra excéder deux mois de cotisation et sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'actes de soins effectués pendant cette période.

ARTICLE II-4. : Régularisation des revenus - Incidence sur les cotisations

Il est procédé à une régularisation du montant des revenus constituant l'assiette des cotisations au 1^{er} jour du mois suivant la réclamation par écrit du membre participant ou celle de la Mutuelle après notification au membre participant :

- En cas de changement de situation avec ou sans changement de couverture,
- En cas de différence avérée entre les revenus bruts de l'adhérent et ceux retenus dans la base de la Mutuelle
- En cas d'anomalie au niveau de la déclaration des revenus pour le calcul des cotisations.

La modification des revenus sera effectuée le 1^{er} jour du mois suivant la réclamation du membre participant ou celle de la Mutuelle après notification au membre participant.

Si une régularisation des cotisations doit intervenir, elle ne pourra concerner que les douze mois précédents à compter de la réclamation du membre participant, ou à compter de la notification de la réclamation de la Mutuelle au membre participant, le cachet de La Poste faisant foi.

Si le membre participant ne veut pas régulariser sa situation, le Conseil d'administration statuera sur son exclusion.

ARTICLE II-5. : Délai de forclusion et de réclamation

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, les demandes de paiement des prestations doivent, sous peine **de forclusion**, être présentées complètes dans un délai maximum de deux ans à compter de la date d'édition du bordereau de la Sécurité sociale, ou de l'événement qui y donne naissance.

Les réclamations se rapportant :

- au paiement des prestations doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date de traitement du dossier,
- au calcul des cotisations doivent être présentées dans le délai maximum d'un (1) mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les documents relatifs aux prestations sont archivés par la Mutuelle pendant deux ans à partir de la date de paiement.

ARTICLE II-6. : Non-paiement des cotisations – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et, indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut du paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend, pour l'avenir, ses effets à midi le lendemain du jour où sont payées à la Mutuelle la cotisation 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 poursuite et recouvrement.

ARTICLE II-7. : Modification des données personnelles

Le membre participant doit communiquer par écrit ou par le biais du site internet à la Mutuelle, pour lui-même et ses ayants droit, tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, son adresse, ses coordonnées bancaires et sa situation vis à vis de l'Assurance Maladie obligatoire ou de sa complémentaire santé, par courrier mentionnant son numéro d'adhésion accompagné des pièces justifiant les modifications dans le délai d'un (1) mois à compter de la date à laquelle le changement a pris effet.

Article II-8. : Demande de devis

Avant la réalisation de leurs soins et afin de connaître le montant des prestations auxquelles ils peuvent prétendre :

1. Pour les prestations, équipements et appareillages d'optique et d'aides auditives, il est conseillé aux membres participants pour eux-mêmes ou le cas échéant pour leurs ayants-droit, d'envoyer à la Mutuelle pour examen, le devis normalisé conforme à la réglementation en vigueur, qui doit être émis par les professionnels de santé.

Ce devis doit comporter au moins **pour les prestations et équipements d'optique et d'aides auditives**, une offre permettant :

- au 1^{er} janvier 2020 pour l'optique de classe A,
- et au 1^{er} janvier 2021 pour les soins et aides auditives de classe I, définies réglementairement, une absence de prise en charge au profit du membre participant ou le cas échéant de ses ayants-droit, sans que le montant de cette offre ne dépasse les prix limites de vente (PLV),

2. Pour les soins prothétiques dentaires, les membres participants doivent soumettre obligatoirement à la Mutuelle un devis dans les cas énumérés aux articles 2.1.1 et 2.1.2 ci-après.

Dans les autres cas, il est conseillé aux membres participants, pour eux-mêmes ou le cas échéant pour leurs ayants droit, d'envoyer à la Mutuelle pour examen le devis qui doit être émis par le chirurgien-dentiste, conformément au modèle de devis en annexe XIV à la convention dentaire en vigueur.

Ce devis doit comporter, en complément d'une offre avec un reste à charge après intervention de la complémentaire santé, une offre alternative permettant pour les prothèses définies réglementairement, au 1^{er} janvier 2020 et au 1^{er} janvier 2021, une absence de reste à charge au profit du membre participant ou le cas échéant de ses ayants-droit, ou à défaut une offre à tarifs maîtrisés avec un reste à charge au profit du membre participant ou le cas échéant de ses ayants-droit, sans que le montant de ces offre ne dépassent les honoraires limites de facturation (HLF).

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part de la Mutuelle informant le membre participant pour lui-même ou le cas échéant pour ses ayants-droit, de son reste à charge éventuel. Dans le cadre du 100% santé, la Mutuelle contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé :

- les prix limites de vente (PLV) correspondant aux prix maximums facturables au 1^{er} janvier 2020 pour les prestations et équipements d'optiques médicales de la classe A,
- les prix limites de vente (PLV) correspondant aux prix maximums facturables au 1^{er} janvier 2021 pour les prestations et appareillages d'aides auditives de la classe I,
- les honoraires limites de facturation (HLF) correspondant aux honoraires maximums facturables pour les prothèses dentaires faisant partie du panier de soins 100 % santé et du panier de soins à tarifs maîtrisés.

Après acceptation du devis, conformément au niveau de garantie souscrit par le membre participant, la Mutuelle interviendra en complément du remboursement du Régime Obligatoire, dans les conditions précisées à l'article III-1.2 ci-après.

TITRE III

Obligations de la Mutuelle

Le présent règlement mutualiste est conforme aux contrats responsables et solidaires au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.872-2 de ce même code, telles qu'issues notamment de l'article 51 de la Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et de son décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019, modifiant le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

ARTICLE III-1. : Prestations accordées par la Mutuelle

III-1.1. Principes de remboursement

La participation de la Mutuelle ne peut porter que sur des actes réellement effectués et qui interviennent postérieurement à l'adhésion. Ces actes sont définis d'une façon générale à l'article III-1.2 du présent règlement.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant. En aucun cas le remboursement total (remboursement Sécurité sociale + éventuellement remboursement d'un organisme tiers + remboursement de la Mutuelle) ne devra dépasser les frais réels.

Les décomptes de remboursement sont envoyés par courriel, sauf si le membre participant demande que ceux-ci soient envoyés par voie postale. Ils sont alors envoyés trimestriellement.

- **Le régime obligatoire (RO)** désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie.

Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle...). Le remboursement total perçu par le membre participant (Mutuelle + RO) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO.

- **Prestations dépendantes du tarif conventionné de la Sécurité sociale**

La Mutuelle verse des prestations sur justificatifs fournis par le régime obligatoire d'assurance maladie (ou assimilé), sauf exception précisée dans le tableau détaillé des prestations (*voir annexe 1*).

- **Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins**

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle, lorsque le niveau de garantie choisi par le membre participant le prévoit.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et pour les médecins n'adhérant pas au dispositif. Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, le membre participant bénéficie d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale. Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, il est possible de consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2).

L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

▪ **Remboursement de frais engagés à l'étranger par des bénéficiaires affiliés au RO français**

Ces remboursements seront effectués sur la base des prestations servies par la mutuelle, sur justificatifs.

▪ **Ouverture des droits et date des soins**

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais engagés pendant la période durant laquelle les droits sont ouverts.

Le droit aux prestations est ouvert pour l'ensemble des bénéficiaires dès la date de prise d'effet de l'adhésion (article I-2.2), dans les limites prévues à l'article III-2 du présent règlement.

Le droit aux prestations prend fin, conformément aux dispositions de l'article III-2.2. du présent règlement.

Aucune prestation de la couverture santé ne peut être servie pendant les périodes de suspension visées l'article III-2.1. du présent Règlement.

Pour bénéficier des prestations servies par la Mutuelle, les membres participants et bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

La date prise en compte pour le remboursement d'une prestation est la date de soins inscrite sur le décompte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Si la prestation n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie, la date prise en compte sera celle des soins, portée sur chaque facture.

Dans le cadre de l'orthodontie ou tout autre acte en série, en cas de radiation ou d'adhésion en cours de semestre, le remboursement sera proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

III-1.2. Les couvertures santé

Le présent règlement mutualiste a pour objet d'assurer un remboursement complémentaire des prestations versées par le Régime Obligatoire.

Ce remboursement complémentaire est garanti pour les frais médicaux exposés durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité survenus durant cette même période dans la limite des frais réels engagés.

La Mutuelle propose à ses membres participants et leur famille, trois couvertures santé :

- 1^{er} niveau : « *L'Essentiel* » (entrée de gamme)
- 2^{ème} niveau : « *Confort* » (moyenne de gamme)
- 3^{ème} niveau : « *Grand Confort* » (haut de gamme)

Il n'y a pas de remboursement de la Mutuelle lorsqu'une prestation est déclarée non prise en charge par le RO (NPEC) ou non remboursée par le RO (NRRO), sauf dispositions contraires précisées dans le présent règlement et le tableau des garanties en annexe 1.

Les domaines de prestations communs à toutes les couvertures santé avec des niveaux de remboursements différents sont mentionnés ci-après.

1. Soins courants

1.1 Honoraires médicaux

Conformément aux contrats responsables, la Mutuelle prend en charge à minima le ticket modérateur (TM) pour les consultations et visite ainsi que les actes techniques médicaux des médecins généraliste, spécialistes et psychiatres.

En cas de prise en charge au-delà du ticket modérateur, les remboursements des dépassements d'honoraires de consultations et de visites ainsi que les actes techniques médicaux des médecins généralistes, spécialistes et psychiatres n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) ou n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) sont inférieurs à ceux des médecins l'ayant signé conformément au 3 de l'article III-1-1 ci-avant et au tableau des garanties en annexe 1.

1.2 Honoraires paramédicaux – Radiologie, soins des auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments remboursés à 65% le Régime obligatoire

Conformément aux contrats responsables, la Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM).

2. Dentaire

2.1 Devis spécifiques

Indépendamment du devis qui doit être fourni par le chirurgien-dentiste, comme précisé au II.8 ci-avant, les devis-ci-après doivent être fournis, s'il y a lieu, par le membre participant.

2.1.1 Devis en cas de travaux dentaires remboursés par la Mutuelle non pris en charge par le Régime obligatoire

La Mutuelle ne rembourse pas les travaux dentaires non pris en charge par le régime obligatoire dans la nomenclature sauf exceptions dûment spécifiées dans *l'annexe 1* du présent règlement. Dans ce cas, la participation de la Mutuelle sur tout ou partie des travaux dentaires non pris en charge et non remboursés par le Régime Obligatoire ne sera acquise, qu'après contrôle du service dentaire de la Mutuelle, sur présentation par le membre participant d'un devis du chirurgien-dentiste conforme au devis conventionnel en vigueur et de la facture acquittée.

2.1.2 Travaux dentaires supérieurs à 3 000 €

Si le montant des travaux dentaires excède **3 000 euros** (frais réels), la participation sur tout ou partie des travaux dentaires pris en charge et remboursés par le Régime obligatoire ne sera acquise que sur présentation par le membre participant d'un devis du chirurgien-dentiste conforme au devis conventionnel en vigueur.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis d'un chirurgien-dentiste consultant qui pourra procéder au contrôle des travaux, quelle que soit la nature des soins, sans que l'adhérent ne puisse s'y opposer sous peine de se voir refuser son remboursement par la Mutuelle.

2.2 Obligations des contrats responsables

Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables imposent la création de trois (3) paniers dont les contenus, les bases de remboursement, les honoraires limites de facturation vont évoluer entre les années 2020 à 2023.

2.2.1 Panier 100 % santé

Il est institué à compter du 1^{er} janvier 2020 et son contenu évoluera en 2021.

Pour l'année 2020, pour les soins et prothèses dentaires du panier 100 % santé définis réglementairement, la Mutuelle prend en charge intégralement, en complément du remboursement par le Régime obligatoire, quelle que soit la couverture de santé choisie, le montant des frais engagés par le membre participant, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

2.2.2 Panier à tarifs maîtrisés

Pour l'année 2020, pour les soins et prothèses dentaires du panier à tarifs maîtrisés, définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties en annexe 1, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

2.2.3 Panier à tarifs libres

Pour l'année 2020, pour les soins et prothèses dentaire du panier à tarif libre, définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties en annexe 1.

2.3 Limitation annuelle des remboursements :

Les remboursements dentaires (hors soins courants) des membres participants et des ayants-droit, sont plafonnés à :

- 1 500 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion ;
- 2 500 € pour les 12 mois suivants.

Dans tous les cas, le remboursement du ticket modérateur reste dû.

3. Optique

3.1 Obligations des contrats responsables

Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables imposent la création de deux classes d'équipements, une classe A faisant l'objet du 100% santé dont les prix de vente (PLV) sont plafonnés et une classe B dont les prix de vente sont libres.

3.1.1 Optique de classe A – 100% santé :

Pour les verres et monture de classe A, définis réglementairement, la Mutuelle prend en charge intégralement, en complément du remboursement par le Régime obligatoire, quelle que soit la couverture de santé choisie, le montant des frais engagés par le membre participant, dans la limite des prix limites de vente (PLV).

3.1.2 Optique de classe B :

Pour les verres et montures de classe B, définis réglementairement la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévue par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties en annexe 1 et compte tenu des planchers et plafonds de garantie prévus dans le cadre du décret précité du 11 janvier 2019 (voir annexe 3).

3.1.3 Optique comportant un élément de classe A et un élément de Classe B :

Le Membre participant ou ses ayants droit pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres et d'une (1) monture n'appartenant pas à la même Classe (A ou B) à l'exception des verres qui devront nécessairement répondre à la même classe.

Dans ces cas :

- il sera fait application du plafond de la Classe B à l'ensemble de l'équipement dans la limite des prix de vente pour la partie de l'équipement de classe A ;
- lorsque le bénéficiaire choisit une monture de Classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à cent (100) euros ;
- en cas d'achat dissocié des verres et de la monture, le montant la prise en charge des verres et de la monture se cumulent jusqu'à saturation du plafond qui s'applique, fixé par les textes relatifs aux contrats responsable ; la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, dans la limite du plafond applicable, déduction faite du coût de la composante de Classe A.

3.2 Conditions de prise en charge du renouvellement :

Les garanties de la Mutuelle s'appliquent au renouvellement de la prise en charge des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture ou d'éléments séparés dans les conditions suivantes :

3.2.1 Pour les bénéficiaires à partir de seize (16) ans, par période de vingt-quatre (24) mois à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Si l'acquisition de la monture et des verres se fait de manière distincte, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément.

Ce délai est ramené à un (1) an en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique. Dans ce cadre, le forfait est reconstitué dans son intégralité et est reconduit pour une période de 24 mois.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres complexes ou très complexes (progressifs ou multifocaux), la garantie du présent règlement couvre une prise en charge de deux équipements sur une période adaptée au cas du bénéficiaire concerné, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. La règle de couverture est alors applicable à chacun des équipements considérés individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement, etc.).

3.2.2 Pour les bénéficiaires de plus de 6 ans et moins de seize (16) ans, par période d'un (1) an à compter du dernier remboursement d'un équipement. Toutefois, en cas de renouvellement de l'équipement due à une évolution de la vue et justifiée par une nouvelle prescription médicale, le renouvellement peut s'effectuer sans délai.

3.2.3 Pour les enfants jusqu'à six (6) ans, au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas d'inadaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an reste applicable.

3.2.4 Quel que soit l'âge du bénéficiaire, aucun délai de renouvellement minimal n'est appliqué en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge d'équipement d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

3.3 À tout moment, la Mutuelle peut réclamer la facture acquittée par le membre participant.

4. Hospitalisation et soins de suite et de réadaptation

Conformément aux contrats responsables la Mutuelle prend en charge :

- l'intégrité du ticket modérateur (TM) pour les frais de séjour en établissement conventionné ou non, incluant les frais de salle d'opération,
- au-delà du ticket modérateur, conformément à la couverture choisie, pour les honoraires des spécialistes, chirurgiens, anesthésistes et actes techniques médicaux (ATM),
- l'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L 174-4 du Code de la sécurité sociale.

Les journées d'hospitalisation médicale et les forfaits hospitalisation, sont pris en compte exclusivement pour les établissements de santé, notamment dans un centre de rééducation fonctionnelle, un établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, une maison d'enfants à caractère sanitaire (centre héliosolaire, aérium, colonie sanitaire).

Le lit accompagnant d'un bénéficiaire de plus de douze (12) ans est limité à quinze (15) jours par an.

Le remboursement des chambres particulières individuelles en établissement psychiatrique ne peut :

- dépasser 30 jours par an la 1^{ère} année d'adhésion soit 1 080 € pour l'Essentiel, 1 620 € pour le Confort et 2 040 € pour le Grand Confort,
- dépasser 60 jours par an la 2^{ème} année d'adhésion, soit 2 160 € pour l'Essentiel, 3 240 € pour le Confort et 4 080 € pour le Grand Confort,
- dépasser 90 jours par an pour l'ensemble des bénéficiaires, dès la 3^{ème} année d'adhésion, soit 3 240 € l'Essentiel, 4 860 € pour le Confort et 6 120 € pour le Grand Confort.

Les Frais de séjour en établissement conventionné ou non conventionné sont pris en charge par la Mutuelle de la façon suivante :

- Remboursement RO = 80 % BRSS.
- Remboursement Mutuelle = 20 % BRSS.
- Remboursement total RO + Mutuelle = 100 % BRSS (*Voir annexe 1*).

La BRSS est la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Il s'agit du tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Il peut encore être dénommé « tarif de responsabilité ».

5. Audioprothèses

5.1 Obligations des contrats responsables

Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables imposent la création de deux classes d'aides auditives, une classe I faisant l'objet du 100 % santé dont les prix de vente (PLV) sont plafonnés et une classe II dont les prix de vente sont libres.

5.1.1 Aides auditives de classe I

Pour l'année 2020, la réforme du 100% santé n'intervenant qu'à compter du 1^{er} janvier 2021, pour les appareillages de classe I, tels que définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties en annexe 1 et sans pouvoir dépasser des prix limites de vente (PLV) de 1 100 € pour le membre participant ayant plus de 20 ans et de 1 400 € pour le membre participant ayant au plus 20 ans.

5.1.2 Aides auditives de classe II

Pour l'année 2020, les appareillages de classe II, tels que définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu de la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties en annexe 1.

5.2 Conditions de prise en charge du renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre (4) ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Toutefois, jusqu'au 31 décembre 2020 un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive pour chaque oreille indépendamment, peut intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge auditive intervient après une période d'au moins deux (2) ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, irréparable ou inadapté à l'état du membre participant.

Ce renouvellement intervient après prescription médicale, le prescripteur attestant dans un document transmis à la Caisse d'assurance maladie de l'un de ces états

▪ Appareillages, hors aides auditives - Limitation annuelle des remboursements :

Les remboursements des appareillages des membres participants et des ayants-droit, sont plafonnés à :

- 1 000 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion
- 1 500 € pour les 12 mois suivants.

Dans tous les cas, le remboursement du ticket modérateur est dû.

▪ Exceptions ouvrant droit aux prestations de la mutuelle non remboursée par le RO :

Les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle, dans les conditions et limites mentionnées dans le détail des prestations par couverture énoncées dans *l'annexe 1* du présent Règlement :

- Ostéopathie ;
- Chiropractie ;
- Etiopathie ;
- Kinésithérapie selon les méthodes Mézières ou Bousquet ;
- Parodontie, gingivectomie ou clavettes, prothèses ou couronnes sur implants, implants, prothèses provisoires ou transitoires, orthodontie ;
- Lentilles cornéennes ;
- Chirurgie ophtalmique ;
- Chambre particulière en hospitalisation et en psychiatrie ;
- Chambre en ambulatoire ;
- Forfait journalier hospitalier ;
- Lit d'accompagnant ;
- Cure thermale : indemnité forfaitaire d'hébergement ;
- Vaccins ;
- Examens de sensibilité osseuse ;
- Certaines pilules contraceptives.

III-1.3. Modification des montants de remboursement des prestations assurées par la Mutuelle

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées, chaque fois que les horaires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Les prestations libellées en euros pourront de plus être réactualisées au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'indice INSEE calculé sur douze mois glissants, arrêté au mois de juin de chaque année.

ARTICLE III-2 : Suspension et cessation des garanties

III-2.1. Suspension des garanties

Le droit à prestations est suspendu à l'issue des trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues, conformément à l'article II-6. ci-avant. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues. D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

III-2.2. Cessation des garanties

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- en cas de décès du membre participant à la date à laquelle la cotisation cesse d'être due, conformément à l'article II-1.1. ci-avant. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit du membre participant ;
- en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article I-2.5 du présent Règlement
- en cas de non-paiement de la cotisation (article II-5. du présent Règlement) ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.

ARTICLE III-3 : Exclusions

Les garanties du présent Règlement mutualiste dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18^o de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.
- les actes ou prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical partagé et à le compléter.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les frais pris en charge figurent dans le tableau des garanties en annexe 1. Tous les actes qui ne figurent pas aux nomenclatures officielles des actes des régimes obligatoires de Sécurité sociale française sont exclus de la garantie, sauf dérogation explicite.

En outre, sont exclus les frais d'hospitalisation médicale ou de séjour notamment en sanatorium, en préventorium, lorsque les établissements qui ont accueillis le bénéficiaire ne sont pas conventionnés par la sécurité sociale ou ne répondent pas à la définition des risques garantis.

ARTICLE III-4 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement, ce dernier pouvant se faire assister par tout professionnel de santé de son choix. En cas de refus du Bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle

ARTICLE III-5 : Carte mutualiste de tiers payant

En fonction des garanties souscrites, le tiers payant est un dispositif permettant de dispenser le membre participant et ses ayants droit de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé, grâce à un règlement mis en œuvre directement entre le professionnel de santé et la Mutuelle.

La carte de mutualiste de tiers payant est adressée au début de chaque année à tous les membres participants. Elle est à restituer à la Mutuelle dès que la personne ne remplit plus la qualité de membre participant.

TITRE IV

Subrogation

La Mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L224-9 du code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'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 à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

TITRE V

Information des membres participants

Chaque membre participant reçoit de la Mutuelle : un exemplaire des Statuts, du Règlement Mutualiste et du Règlement Intérieur.

Les modifications du Règlement mutualiste, dont notamment les modifications des montants ou des taux de cotisation, ainsi que des prestations offertes adoptées par le Conseil d'administration, sont notifiées aux membres participants ou honoraires et sont applicables dès cette notification.

Chaque membre participant est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre III du Code de la Mutualité ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE VI-1. : Prescription

1. Modalités de la prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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

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

Conformément à l'article L. 221-11, alinéa 5 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à dix ans lorsque, pour la mise en œuvre de la garantie « Prestation Obsèques », le bénéficiaire n'est pas le Membre Participant.

2. Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code civil)]
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

Cependant l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

3. Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur ou, à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE VI-2. : Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes, conformément à l'article L223-1 du Code de la consommation.

ARTICLE VI-3. : Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente, les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE VI-4. : Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle. Elles sont destinées à la Mutuelle en tant que responsable du traitement, et, éventuellement, aux mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou aux réassureurs de la Mutuelle.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de recherche scientifique ou historique, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et, sauf opposition, à des fins commerciales, compte tenu du dernier alinéa de l'article VI-2. ci-avant.

La Mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Chaque membre participant ainsi que leurs ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires et sous-traitants disposent d'un droit de communication, de rectification, de portabilité de ses données personnelles, ou encore d'un droit de retrait de son consentement à l'utilisation de ces données ainsi que d'un droit d'opposition et d'effacement pour des motifs légitimes à propos de toute donnée les concernant, en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle, 122 rue de Javel - 75015 Paris et en joignant à votre demande la copie d'un justificatif de votre identité.

En outre, les membres participants ainsi que leurs ayants droit ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

ARTICLE VI-5. : Fraude – Déclaration fausse ou inexacte

En cas de fraude ou de fausse déclaration d'un membre participant, comme précisé ci-après, ce dernier est informé des faits constatés et invité à fournir des explications.

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté, selon les modalités définies par les Statuts.

1. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fausse, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, causant un préjudice à la Mutuelle, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité) ;
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

2. En cas de fraude ou tentative de fraude avérée, causant un préjudice à la Mutuelle, pour obtenir des prestations indues, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du Contrat. La résiliation prendra effet dès sa notification.

La notification sera communiquée au membre participant par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhérent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un membre participant non à jour de cotisations ou ayant résilié son adhésion, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls membres participants justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE VI-6. : Fonds de secours et d'entraide

La Mutuelle peut consentir à titre exceptionnel des secours à ses Bénéficiaires, sous forme de dons ou de prêts remboursables et visant notamment la prise en charge de dépense de santé disproportionnées par rapport aux ressources du Membre participant et, s'il y a lieu, du conjoint ou assimilé.

Toute demande de secours devra être formulée par écrit par le Membre participant, en joignant toute pièce justificative utile à l'appui de sa demande.

Elle est destinée à la Commission d'Entraide dont relève géographiquement le Bénéficiaire. Il existe trois (3) Commissions d'entraide constituée au sein de la MMEI, les Commissions d'Entraide de Paris, d'Angers et de Belfort.

Chaque Commission d'Entraide en charge de l'examen de la demande de secours peut, le cas échéant, réclamer des pièces supplémentaires, nécessaires à son examen.

Le Bénéficiaire peut formuler sa demande :

- Destinée à la Commission d'Entraide de Paris, par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante :

MMEI - Commission d'Entraide Paris
122, rue de Javel – 75015 PARIS

- Destinée à la Commission d'Entraide d'Angers, par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante :

MMEI - Commission d'Entraide Angers
355, avenue du Général Patton – 49066 ANGERS Cedex 01

- Destinée à la Commission d'Entraide de Belfort, par l'envoi d'un courrier à l'adresse suivante :

MMEI - Commission d'Entraide Belfort
6, rue du Rhône – 90000 BELFORT

Le Bénéficiaire peut également adresser un courriel à l'adresse suivante :

contact.mmei@mmei.fr

Le courriel sera acheminé vers la Commission d'Entraide compétente géographiquement.

ARTICLE VI- 7. : Réclamation, conciliation et médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste, le membre participant, et le cas échéant ses ayants droit, doit suivre la procédure de formalisation des réclamations décrite ci-après qui est aussi accessible sur le site internet <https://www.mmei.fr>.

Toute réclamation doit être formulée dans le délai deux (2) ans à compter de l'évènement qui y a donné naissance.

a) Réclamation initiale

Les éventuelles réclamations doivent être adressées :

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

MMEI Gestion Harmonie Mutuelle
TSA 51630
75901 PARIS Cedex 15

- Soit par téléphone en composant le numéro suivant :

MMEI Centre d'appels Harmonie Mutuelle
09 80 98 00 84
(Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h)

- Soit par mail par l'intermédiaire du site adhérent de la MMEI

En cas de réclamation par appel téléphonique, si le Centre d'appels ne peut répondre immédiatement, il transmet automatiquement la réclamation au gestionnaire et en avise l'intéressé.

En cas de réclamation par courrier ou par email, le Centre d'appels examine la demande dans les plus brefs délais.

Si à l'issue de cet examen une réponse ne peut être apportée au réclamant, le Centre d'appels transmet automatiquement la réclamation au gestionnaire et en avise l'intéressé.

b) Traitement de niveau 1

Le traitement de la réclamation de niveau 1 n'est prise en charge que si elle a fait l'objet d'une réclamation initiale.

Le gestionnaire en charge de cette réclamation s'engage à répondre dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix (10) jours qui suivent la transmission de la réclamation au niveau 1, il adresse au réclamant un accusé réception de sa demande.

Dans tous les cas, le gestionnaire en charge du traitement de la réclamation est tenu de répondre dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par le gestionnaire, il peut adresser sa réclamation au niveau 2.

c) Traitement de niveau 2

Le traitement de la réclamation de niveau 2 n'est pris en charge que si elle a fait l'objet d'une réclamation initiale et d'une réclamation au niveau 1.

Le ou la chargé(e) de clientèle de la MMEI en charge de la réclamation de niveau 2 doit répondre au réclamant dans les plus brefs délais et si une réponse ne peut être apportée dans un délai de dix (10) jours qui suivent la transmission de la réclamation au niveau 2, il adresse au réclamant un accusé réception de sa demande. Dans tous les cas, le ou la chargé(e) de clientèle de la MMEI dans le cadre de la réclamation de niveau 2 est tenue de répondre dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

d) A l'issue de la procédure de réclamation de niveau 2

Si le réclamant n'est pas satisfait de la réponse apportée par la Chargée de clientèle de la MMEI dans le cadre de la réclamation de niveau 2, il peut saisir :

- **Le conciliateur de la MMEI**

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la réclamation est à adresser sous pli recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

MMEI
A l'attention du Conciliateur
122, rue de Javel
75015 PARIS

- **Le médiateur de la FNMF**

En cas d'échec de la conciliation, le Membre participant ou ses ayants droit peuvent saisir le Médiateur de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),

- Soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15,

- Soit via le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le recours à la médiation est gratuit pour le Membre participant ou ses ayants droit.

Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être obtenues sur demande.

e) À tout moment du déroulement de la procédure de réclamation

A condition d'avoir formulé au préalable une réclamation initiale par écrit dans le cadre de la procédure de formulation des réclamations, avant même l'extinction du processus de réclamation du 2^{ème} niveau, à tout moment le réclamant peut saisir directement le Médiateur de la Consommation de la FNMF dans un délai d'un (1) an à compter de cette réclamation écrite initiale.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la réclamation est à adresser sous pli recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

ARTICLE VI-8. : Contrôle de la Mutuelle

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle preneur des garanties du présent règlement, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.




ARTICLE VI-9. : Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

DÉTAIL DES PRESTATIONS PAR COUVERTURE - ANNÉE 2020

TYPE DE PRESTATION	Remboursement Régime Obligatoire*	L'Essentiel		Confort		Grand Confort		
		MMEI	RO + MMEI	MMEI	RO + MMEI	MMEI	RO + MMEI	
Honoraires médicaux ⁽¹⁾								
généralistes	Adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	50% BRSS	120% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	60% BRSS	130% BRSS
spécialistes et psychiatres	Adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	50% BRSS	120% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	150% BRSS	220% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	60% BRSS	130% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
actes techniques médicaux	Adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	50% BRSS	120% BRSS	110% BRSS	180% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
	Non adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	90% BRSS	160% BRSS	110% BRSS	180% BRSS
Honoraires paramédicaux								
radiologie	Adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	55% BRSS	125% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
	Non Adhérent à l'OPTAM	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	105% BRSS	60% BRSS	130% BRSS
soins des auxiliaires médicaux		60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
ostéopathie, chiropractie et étiothérapie non remboursé par le RO		néant	25€ par séance / plaf. ann. 100€		29€ par séance / plaf. ann. 116€		33€ par séance / plaf. ann. 132€	
kinésithérapie selon la méthode Mézières ou Bousquet non prise en charge par le RO (par bénéficiaire)		néant	9€ par séance / plaf. ann. 90€		11,00€ par séance / plaf. ann. 110,00€		13€ par séance / plaf. ann. 130€	
Analyses et examens de laboratoire								
prélèvements - analyses - soins infirmiers		60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
Médicaments								
médicaments		30% / 65%	70% / 35%	100% BRSS	70% / 35%	100% BRSS	70% / 35%	100% BRSS
Matériel médical								
orthopédiques - appareillage ⁽⁹⁾		60% BRSS	90% BRSS	150% BRSS	190% BRSS	250% BRSS	290% BRSS	350% BRSS
Actes 100% santé **								
soins et prothèses 100% santé		70% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires limites de facturation		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires limites de facturation		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽²⁾								
soins dentaires pris en charge par le RO		70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS
inlay onlay pris en charge par le RO		70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	480% BRSS	550% BRSS
prothèse dentaire, couronne sur implant, inlay onlay core et à clavette pris en charge par le RO		70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	355% BRSS	425% BRSS
prothèse dentaire ou couronne sur implant non pris en charge par le RO hors prothèse sur dent vivante		0% BRSS	200% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS	425% BRSS	425% BRSS
prothèses provisoires ou transitoires prises en charge par le RO		70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	355% BRSS	425% BRSS
		néant	10% du remboursement Mutuelle+RO de la prothèse définitive		10% du remboursement Mutuelle+RO de la prothèse définitive		10% du remboursement Mutuelle+RO de la prothèse définitive	
parodontie prise en charge par le RO		70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	480% BRSS	550% BRSS
parodontie ou autre non prise en charge par le RO		néant	37€ par acte / plaf. ann. 222€		74€ par acte / plaf. ann. 444€		110€ par acte / plaf. ann. 660€	
orthodontie prise en charge par le RO ⁽³⁾		100% BRSS	50% BRSS	150% BRSS	100% BRSS	200% BRSS	145% BRSS	245% BRSS
orthodontie non prise en charge par le RO ⁽³⁾		0% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
implants dentaires non pris en charge par le RO		néant	165€ l'implant plafond annuel 495€		330€ l'implant plafond annuel 990€		547€ l'implant plafond annuel 1 641€	
Equipements 100% santé **								
verre correcteur simple		60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
verre correcteur complexe ou très complexe		60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
monture		60% BRSS	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
autres prestations optique (appareillage, ...)		Selon le type de prestation	Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente		Prise en charge intégrale du montant des frais engagés dans la limite des prix limites de vente	
Equipements ne relevant pas du dispositif 100% santé								
verre correcteur simple (par verre)		60% BRSS	80€ - 60% BRSS	80,00 €	130€ - 60% BRSS	130,00 €	160€ - 60% BRSS	160,00 €
verre correcteur complexe ou très complexe (par verre)		60% BRSS	140€ - 60% BRSS	140,00 €	190€ - 60% BRSS	190,00 €	230€ - 60% BRSS	230,00 €
monture limitée à 1 sur 2 années		60% BRSS	80€ - 60% BRSS	80,00 €	90€ - 60% BRSS	90,00 €	100€ - 60% BRSS	100,00 €
lentilles cornéennes (plafond annuel) ⁽⁵⁾		60% BRSS	260€ - 60% BRSS	260,00 €	290€ - 60% BRSS	290,00 €	324€ - 60% BRSS	324,00 €
lentilles cornéennes non prises en charge par le RO (plafond annuel)		néant	260,00 €	260,00 €	290,00 €	290,00 €	324,00 €	324,00 €
chirurgie ophtalmique (forfait par œil)		néant	194,00 €	194,00 €	259,00 €	259,00 €	324,00 €	324,00 €

DÉTAIL DES PRESTATIONS PAR COUVERTURE - ANNÉE 2020

TYPE DE PRESTATION	Remboursement Régime Obligatoire*	L'Essentiel		Confort		Grand Confort			
		MMEI	RO + MMEI	MMEI	RO + MMEI	MMEI	RO + MMEI		
Aides auditives ⁽⁶⁾ 	- équipement adulte (par oreille)	60% BRSS	500€ - 60% BRSS	500,00 €	750€ - 60% BRSS	750,00 €	1000€ - 60% BRSS	1 000,00 €	
	- équipement enfant (par oreille)	60% BRSS	1200€-60%BRSS	1 200,00 €	1400€-60% BRSS	1 400,00 €	1600€-60%BRSS	1 600,00 €	
	- piles	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100%BRSS	
Hospitalisation et soins de suite et de réadaptation 	- frais de séjour en établissement conventionné ou non - frais de salle d'opération	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	
	- forfait journalier hospitalier	néant	< frais réels >		< frais réels >		< frais réels >		
	- honoraires des spécialistes/ chirurgiens / anesthésistes / ATM	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾ Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	80% / 100% BRSS	70% / 50% BRSS 50% / 30% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	120% / 100% BRSS 100% / 80% BRSS	200% BRSS 180% BRSS	140% / 120% BRSS 120% / 100% BRSS	220% BRSS 200% BRSS
	- chambre particulière en hospitalisation (par jour)	néant	36,00 €	36,00 €	54,00 €	54,00 €	68,00 €	68,00 €	
	- chambre particulière en psychiatrie (par jour) ⁽⁷⁾	néant	36,00 €	36,00 €	54,00 €	54,00 €	68,00 €	68,00 €	
	- chambre en ambulatoire	néant	18,00 €	18,00 €	27,00 €	27,00 €	34,00 €	34,00 €	
	- lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans (par jour)	néant	16,00 €	16,00 €	16,00 €	16,00 €	16,00 €	16,00 €	
	- lit d'accompagnant d'un bénéficiaire de plus de 12 ans (par jour) ⁽⁸⁾	néant	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	
Transport	- frais de transport	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	100% BRSS	
Maternité	- honoraires des spécialistes/ chirurgiens / anesthésistes au titre de la maternité	Adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾ Non adhérent à l'OPTAM ⁽¹⁾	80% à 100% BRSS	70% / 50% BRSS 50% / 30% BRSS	150% BRSS 130% BRSS	120% / 100% BRSS 100% / 80% BRSS	200% BRSS 180% BRSS	140% / 120% BRSS 120% / 100% BRSS	220% BRSS 200% BRSS
	- chambre particulière (par jour)	néant	36,00 €	36,00 €	54,00 €	54,00 €	68,00 €	68,00 €	
	Cures thermales								
Bien-être 	- soins remboursés au titre de la cure	65% à 70% BRSS	35% / 30% BRSS	100% BRSS	35% / 30% BRSS	100% BRSS	35% / 30% BRSS	100% BRSS	
	- indemnité forfaitaire d'hébergement	néant	178,00 €	178,00 €	223,00 €	223,00 €	267,00 €	267,00 €	
Prévention 	- vaccin non remboursé par le RO (plafond par an)	néant	16,00 €		16,00 €		16,00 €		
	- examen densitométrie osseuse non remboursé par le RO examen/2 ans	⁽¹⁾ néant	maximum 44€		maximum 44€		maximum 44€		
	- pilule contraceptive non remboursée RO (plafond par an)	néant	maximum 33€		maximum 33€		maximum 33€		
	- examen densitométrie osseuse remboursé par le RO	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	

* Le régime obligatoire (RO) désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle,...). Attention, le remboursement total perçu par l'adhérent (RO+MMEI) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO de l'adhérent (cf. article III-1.1.1Bis du Règlement Mutualiste).

La BRSS est la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

** La prise en charge à 100% s'applique conformément au calendrier réglementaire dans le cadre du dispositif 100% santé. Pour plus de renseignements, vous trouverez des informations complémentaires sur le site www.ameli.fr.

***Les remboursements des prestations dentaires sont susceptibles d'évoluer compte-tenu de la mise en place de la nouvelle nomenclature.

⁽¹⁾ OPTAM : médecin qui adhère au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - NON OPTAM : médecin non adhérent au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique

⁽²⁾ Dentaire (hors soins courants) plafonné à 1500€ pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et 2500€ pour les 12 mois suivants. Dans tous les cas, le remboursement au ticket modérateur est dû.

⁽³⁾ Prestation limitée à un traitement de 3 ans maximum, coté 540 TO au total

⁽⁴⁾ Le remboursement est limité à un équipement tous les deux ans pour les bénéficiaires à partir de 16 ans, ramené à un an en cas d'évolution de la vue. La prise en charge est limitée à un équipement tous les ans pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans sauf dans le cas d'une évolution de la vue. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois sous certaines conditions.

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement. Les niveaux de remboursement respectent les limites des contrats responsables.

⁽⁵⁾ Dans tous les cas, le ticket modérateur est dû.

⁽⁶⁾ Equipement limité à un remboursement tous les 4 ans suivant la dernière facturation prise en charge par le Régime obligatoire.

⁽⁷⁾ Chambre particulière en psychiatrie plafonnée à 30 jours pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion (soit 1080€ pour l'Essentiel, 1620€ pour le Confort et 2040€ pour le Grand Confort), 60 jours pour les 12 mois suivants (2160€ pour l'Essentiel, 3240€ pour le Confort et 4080€ pour le Grand Confort) et 90 jours à compter de la 3ème année et pour l'ensemble des bénéficiaires (3240€ pour l'Essentiel, 4860€ pour le Confort, 6120€ pour le Grand Confort).

⁽⁸⁾ Prestations limitées à 15 jours par an

⁽⁹⁾ Appareillage plafonné à 1000€ pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et également 1500€ pour les 12 mois suivants. Pour toute dépense supérieure, une demande peut être faite à la Commission d'Entraide de la MMEI. Dans tous les cas, le remboursement au ticket modérateur est dû.

Non remboursé par le régime obligatoire (RO) = acte non codifié par le RO

Dans le respect des règles relatives au "contrat responsable", la MMEI ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire d'1€ sur tout acte médical ;
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins ;
- les médicaments remboursés à 15% par le Régime obligatoire
- les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires

Détail des cotisations par couverture et par tranche d'âge
applicables au 1^{er} janvier 2020

Cotisations 2020			
Tranches d'âge ⁽²⁾	L'Essentiel	Confort	Grand Confort
Cotisations mensuelles par adulte bénéficiaire (adhérent, conjoint ou concubin)			
de 16 à 35 ans	27,80 €	41,60 €	74,40 €
de 36 à 45 ans	32,60 €	52,90 €	84,40 €
de 46 à 55 ans	43,80 €	63,20 €	100,00 €
de 56 à 65 ans (revenu brut inférieur ou égal à 1150 €)	36,80 €	52,70 €	83,00 €
de 56 à 65 ans (revenu brut compris entre 1150 € et 2700 €)	8,6 € + 2,45% revenu ⁽¹⁾	17,3 € + 3,56% revenu ⁽¹⁾	25,0 € + 5,11% revenu ⁽¹⁾
de 56 à 65 ans (revenu brut supérieur ou égal à 2700 €)	74,75 €	113,40 €	163,00 €
de 66 ans et plus (revenu brut inférieur ou égal à 1150 €)	45,50 €	58,00 €	88,00 €
de 66 ans et plus (revenu brut compris entre 1150 € et 2700 €)	11,8€ + 2,93% revenu ⁽¹⁾	21,6 € + 3,73% revenu ⁽¹⁾	28,5 € + 5,35% revenu ⁽¹⁾
de 66 ans et plus (revenu brut supérieur ou égal à 2700 €)	90,90 €	122,30 €	172,95 €
Cotisations mensuelles par enfant ou ascendant à charge <i>(gratuité à partir du troisième enfant ou ascendant) ⁽³⁾</i>			
Quel que soit l'âge de l'adhérent	13,20 €	15,50 €	23,30 €
Cotisations mensuelles adulte handicapé ⁽⁴⁾			
Quel que soit l'âge de l'adhérent	29,00 €	41,10 €	63,00 €

La cotisation annuelle MMEI Assistance est incluse dans le montant forfaitaire de la cotisation.

(1) Le revenu pris en compte est composé des salaires ou pensions **BRUTS** de l'adhérent (ou de l'adhérent et de son conjoint en cas d'adhésion du couple ; dans ce cas, le montant retenu est la somme des revenus divisée par deux).

Une assiette de cotisation minimale de 1150 € et une assiette de cotisation maximale de 2700 € sont appliquées selon l'article II-1.2 du Règlement Mutualiste.

(2) Le changement de tranche d'âge intervient au 1er janvier de l'année civile des 36, 46, 56 et 66 ans

(3) Enfant à charge fiscalement du membre participant ou du conjoint (et assimilé) jusqu'au 31 décembre de leur 26ème anniversaire- Ascendants à charge, s'ils bénéficient du RO sur le compte du membre participant ou conjoint (et assimilé)

(4) Adulte handicapé : être l'enfant de plus de 26 ans d'un adhérent de la Mutuelle

**MONTANTS MINIMAUX ET MAXIMAUX DE PRISE EN CHARGE DES EQUIPEMENTS D'OPTIQUE
(VERRES ET MONTURE) DE CLASSE B DANS LE CADRE D'UNE COUVERTURE PAR LA MUTUELLE
AU-DELA DE LA PRISE EN CHARGE DU TICKET MODERATEUR.**

**Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge
à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires**

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros dans le cas suivant

- par équipement comportant un verre mentionné au § a et un verre mentionné au § c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 € et au maximum à 610 € dans le cas suivant

- par équipement comportant un verre mentionné au § a et un verre mentionné au § f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros dans le cas suivant

- par équipement comportant un verre mentionné au § c et un verre mentionné au § f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

LEXIQUE

AYANT DROIT

Une personne est considérée comme ayant droit du Membre participant dès lors que la MMEI a accepté la demande d'extension à son profit de la couverture d'assurance formulée par le Membre participant. Cette extension permet au Membre participant, en contrepartie du paiement d'une cotisation complémentaire, d'ouvrir à son ou ses ayant(s) droit le bénéfice des prestations de la MMEI. L'ayant droit revêt la qualité de Bénéficiaire ou d'assuré.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS)

Il s'agit du tarif servant de référence à l'Assurance Maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement maximum. Il peut également être dénommé « Tarif de responsabilité ». La MMEI prend en charge la différence entre le remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire et le tarif de responsabilité. Les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie.

Ce tarif est fixé selon une nomenclature établie par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui détermine pour chaque acte médical une cotation et un tarif de remboursement.

CONCUBIN

Le concubin est la personne qui vit maritalement avec le Membre participant, qu'elle soit partenaire d'un PACS ou non.

L'article 515-8 du Code civil définit le concubinage comme « *une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple* ».

CONJOINT

Le conjoint est la personne liée au Membre participant par les liens du mariage et non séparée judiciairement.

CONTRAT RESPONSABLE

Il s'agit d'un Contrat d'assurance complémentaire santé qui doit respecter les principes posés par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (CSS) ainsi que les règles comportant des exclusions et des obligations de prise en charge minimales définies aux articles R. 871-1 et R.871-2 du CSS. Par ailleurs, le Bénéficiaire doit respecter le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire, le passage du patient par le médecin traitant, avant toute autre consultation (sauf exception).

La MMEI prend en charge la totalité de la participation du Membre participant dans le cadre de prestations de prévention prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

C'est la part des honoraires des médecins qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Les médecins installés en secteur 1 ne facturent pas de dépassement d'honoraires. Ils appliquent alors un tarif dit de convention.

En revanche, les médecins installés en secteur 2 sont autorisés à facturer librement leurs honoraires au-delà du tarif de convention sous réserve qu'ils en fixent le montant avec tact et mesure.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le Contrat le prévoit et sous réserve que le dépassement n'excède pas 100 % du tarif de responsabilité. En effet, le niveau de remboursement de la MMEI est plafonné pour les médecins non adhérent à un DPTAM.

Enfin, les médecins de secteur 3 sont « hors convention » et leurs honoraires sont totalement libres. Dans ce cas, l'Assurance Maladie obligatoire applique un tarif de remboursement très faible dit « tarif d'autorité » et le remboursement de la MMEI n'excèdera pas le tarif d'autorité.

DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTAM)

C'est un terme générique qui vise les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO concerne de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

On entend par établissements hospitaliers les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), les Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les établissements de Psychiatrie (PSY).

HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (HLF)

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe entre eux. L'entente directe suppose de la part du chirurgien-dentiste l'émission d'un devis comportant un dépassement d'honoraires accepté par l'assuré.

Les HLF sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 (JO du 25 août 2018).

MEMBRE PARTICIPANT

C'est la personne bénéficiant des prestations de la Mutuelle du fait de la souscription par son employeur d'un Contrat collectif complémentaire santé. Le Membre participant revêt la qualité de Bénéficiaire ou d'assuré.

Elle peut également en ouvrir le droit à son ou ses ayants droit.

MUTUELLE

C'est l'organisme assureur du régime collectif complémentaire santé en l'occurrence la Mutuelle des Métiers Electronique et Informatique (MMEI).

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présentes Conditions Générales sont prescrites dans les délais et termes de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

PRIX LIMITES DE VENTE (PLV)

Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé. Les PLV sont fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

La facturation des équipements d'optique médicale et des aides auditives est soumise aux PLV dans le cadre de la réforme du 100 % Santé.

Conformément au niveau de garantie souscrit, la MMEI interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

Il s'agit d'une personne habilitée à dispenser des actes et des soins médicaux.

TÉLÉTRANSMISSION

C'est un échange de données informatiques par lequel la Mutuelle reçoit, par transmission électronique de la Sécurité sociale, l'image du décompte des prestations de l'assuré. Cette image permet à la Mutuelle de régler la part complémentaire sans que l'assuré ait à lui adresser le décompte papier de sa caisse de Sécurité sociale. Les professionnels de santé (ex : pharmacies) peuvent également télétransmettre vers les Mutuelles.

TICKET MODÉRATEUR (TM)

C'est la part des dépenses de santé restant à la charge du Bénéficiaire qui est constituée par la différence entre le TRSS et le remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou du Régime Obligatoire. Le Ticket Modérateur est différent pour un même acte suivant le taux de remboursement appliqué par les différentes caisses.

TIERS-PAYANT (TP)

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par la délivrance d'une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'Assurance Maladie.

La Mutuelle délivre au Membre participant, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant qui lui permet, à lui ou à ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.