

**LA FRATERNELLE**  
Mutuelle interentreprises

**SECTION SANTE ROUVRAY**

**REGLEMENT**

**MUTUALISTE**



# SOMMAIRE

<b>Préambule</b>	Article 1 <sup>er</sup>
<b>Chapitre I<sup>er</sup> - Catégories de bénéficiaires</b>	Article 2
<b>Chapitre II - Obligations des adhérents envers la mutuelle</b>	
Section 1 - Dispositions générales relatives aux cotisations	Articles 3 à 10
Section 2 - Cotisations	Article 11
<b>Chapitre III - Obligation de la mutuelle envers ses adhérents</b>	
Section 1 - Dispositions générales relatives aux prestations	Articles 12 à 17
Section 2 - Prestations	Article 18
<b>Chapitre IV - Aides sociales</b>	
Section 1 - Autres services aux adhérents	Article 19
Section 2 - Fonds d'action social	Article 20
<b>Chapitre V - Dispositions particulières</b>	Articles 21 et 22
Annexe I	Tableau des cotisations Barème de minoration des cotisations
Annexe II	Tableau des prestations
Annexe III	(suite) Tableau des prestations

## Article 1<sup>er</sup>

### PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre le membre participant ou honoraire et la mutuelle, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Le règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration et dans le respect des dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Les personnes qui souhaitent être membre de la Section Santé Rouvray font acte d'adhésion et sont soumises aux conditions définies dans le présent règlement mutualiste. Lors de l'adhésion, chaque adhérent reçoit copie des statuts et du règlement mutualiste. Toutes modifications statutaires et réglementaires sont portées à sa connaissance notamment les cotisations et les prestations définies chaque année en assemblée générale. La signature du bulletin d'adhésion vaut acceptation des dispositions statutaires, des droits et obligations définis par le règlement, notamment les conditions de radiation et d'exclusion des membres participants et honoraires énumérés à l'article 11 des statuts portant sur les articles L.221-7 et L.221-17 du code de la mutualité.

Les prestations s'imposent à tous les membres participants et aux ayants droit inscrits à la mutuelle. Tous les membres participants bénéficient des mêmes prestations, à l'exclusion des membres participants de la catégorie 12 - cf. article 18 de ce règlement intérieur pour le détail des prestations.

Une carte est délivrée à chaque membre participant sur laquelle sont portés notamment le numéro d'immatriculation de la sécurité sociale, le nom des ayants droit et la date d'ouverture des droits.

## CHAPITRE I - CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

### Article 2

#### DESCRIPTION DES CATEGORIES DE MEMBRES PARTICIPANTS

Les membres participants de la Section Santé Rouvray sont répartis en différentes **sections** :

Section 01 : Les personnels non médicaux titulaires et stagiaires du C.H. du Rouvray.

Section 19 : Les membres participants de la section 01 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 13 : Les membres participants de la section 01 jusqu'au 31 décembre de leur 30<sup>ème</sup> année.

Section 25 : Les membres participants de la section 13 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 02 : Les personnels non médicaux auxiliaires, contractuels et contrats aidés du C.H. du Rouvray.

Section 20 : Les membres participants de la section 02 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 14 : Les membres participants de la section 02 jusqu'au 31 décembre de leur 30<sup>ème</sup> année.

Section 26 : Les membres participants de la section 14 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 03 : Les personnels médicaux du C. H. du Rouvray.

Section 04 : Les internes en médecine du C.H. du Rouvray.

Section 05 : Les assistantes maternelles et les familles d'accueil du C.H. du Rouvray.

Section 06 : Les élèves étudiants de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray.

Section 07 : Les élèves rémunérés de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray.

Section 08 : Les agents en activité du Centre Hospitalier du Bois Petit.

Section 21 : Les membres participants de la section 08 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 15 : Les membres participants de la section 08 jusqu'au 31 décembre de leur 30<sup>ème</sup> année.

Section 27 : Les membres participants de la section 15 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 09 : Les retraités du C.H. du Rouvray et des autres Centres Hospitaliers Publics.

Section 22 : Les membres participants de la section 09 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 10 : Les anciens personnels du C.H. du Rouvray qui étaient adhérents au moment de leur départ de l'établissement, les enfants ne pouvant être maintenus en qualité d'ayants droit, les ex-conjoints divorcés ou séparés et les ex-concubins des membres participants ainsi que les descendants et collatéraux du membre participant ou de son conjoint, concubin, même s'il n'est pas inscrit à la Section Santé Rouvray.

Section 23 : Les membres participants de la section 10 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 17 : Les membres participants de la section 10 jusqu'au 31 décembre de leur 30<sup>ème</sup> année.

Section 28 : Les membres participants de la section 17 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 11 : Les salariés de la Fraternelle Mutuelle interentreprises – Section Santé Rouvray.

Section 24 : Les membres participants de la section 11 avec conjoint non immatriculé à la S.S.

Section 12 : Les personnes qui adhèrent ou ré-adhèrent à partir de l'âge de 50 ans.

## **CHAPITRE II - OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

### **Section 1 - Dispositions générales relatives aux cotisations**

#### **Article 3**

##### **DROITS D'ENTREE**

Les membres participants peuvent être appelés à payer un droit d'admission fixé par l'assemblée générale.

#### **Article 4**

##### **DISPOSITIONS LIEES AU PAIEMENT DES COTISATIONS**

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

Cette cotisation est précomptée sur leur rémunération ou prélevée sur leur compte bancaire ou postal. Les cotisations précomptées sont appelées mensuellement à terme échu, les cotisations prélevées sont appelées d'avance mensuellement ou trimestriellement. En cas de rejet le membre participant doit acquitter sa cotisation ainsi que les frais de rejet par tous moyens à sa convenance.

Cette cotisation comprend les cotisations spéciales destinées aux organismes extérieurs (Fédération et Unions), cotisations dont les montants sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes. Elle comprend également la taxe CMU/C et la taxe TSCA.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations article L.221-7 du Code de la Mutualité.

Aucune dispense de cotisation ne peut être accordée en dehors des cas prévus à l'article 7 du présent règlement mutualiste.

En cas de non présentation des revenus pour les sections 09-22-10-23-17-28 et 12, la cotisation appelée sera calculée sur le plafond sécurité sociale. Cette cotisation « plafond » pourra être ajustée en cours d'année dès présentation des justificatifs. La mutuelle ne procédera à aucun remboursement de la différence du montant des cotisations.

La cotisation minimum « dite plancher » est fixée en pourcentage de la moitié du plafond de la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente.

Toutes les cotisations sont calculées sur un temps de travail égal à 100 %.

#### **Article 5**

##### **RECLAMATION OU DEMANDE DE REGULARISATION DES COTISATIONS**

Toutes réclamations portant sur des cotisations doivent parvenir au bureau du conseil d'administration dans un délai de deux ans de la date d'appel ou de la date de précompte. Ces réclamations sont recevables s'il y a erreur de la mutuelle et non recevable s'il y a négligence du membre participant sur le changement de sa situation familiale ou sur la non présentation de pièces justificatives.

De même les régularisations de cotisations demandées par la mutuelle, pour quelque motif que ce soit ne peuvent concerner une période antérieure de plus de deux ans au jour de la demande.

#### **Article 6**

##### **COTISATIONS DES MEMBRES HONORAIRES**

Les membres honoraires versent également une cotisation dont le chiffre minimum est défini en assemblée générale.

#### **Article 7**

##### **MODALITES DE MINORATION DES COTISATIONS**

Une minoration de cotisation peut être accordée à tous les membres participants non imposables bénéficiant de faibles revenus par le fonds d'action social prévu à l'article 3 des statuts. Il est pris en compte pour le calcul de cette

minoration : les situations familiales déclarées à la mutuelle et au Centre Hospitalier du Rouvray ainsi que les déclarations fiscales. Pour les concubins ou les signataires d'un pacte civil de solidarité et les enfants imposables, il est nécessaire de présenter les divers avis d'imposition. Sont exclus, les membres participants de moins de 30 ans et les salariés de la mutuelle qui bénéficient automatiquement d'une cotisation minorée.

Cette minoration est annuelle et doit être faite sur demande de l'intéressé. L'adhérent s'engage à notifier tous changements des revenus familiaux, sous peine de reverser les minorations indûment versées.

En ce qui concerne les revenus, sont pris en compte :

Les pensions et retraites, les revenus professionnels, les allocations de chômage, les prestations familiales, les aides au logement, les indemnités journalières versées par le régime de base, les pensions alimentaires, les rentes d'accident de travail.

Ressources exclues : Les allocations d'éducation spéciale, les allocations de rentrée scolaire, les primes de déménagement, les bourses d'études des enfants à charge sauf bourses de l'enseignement supérieur, les allocations compensatrices lorsqu'elles sont à la rémunération effective d'une tierce personne.

Si l'adhérent bénéficie ou peut bénéficier de l'aide complémentaire santé et de l'aide départementale complémentaire santé, la mutuelle pourra intervenir dans la limite d'un reste à charge de l'adhérent de 15 % du montant de sa cotisation.

La commission sociale examine les demandes de minoration.

Les seuils de revenus définis dans ce barème sont revalorisés chaque année en fonction de l'évolution annuelle du salaire minimum de la Fonction Publique Hospitalière au 31 décembre de l'année précédente.

Le barème de minoration des cotisations figure en annexe I.

#### **Article 8**

#### **SERVICE NATIONAL**

Pendant la durée d'un service national, le membre participant est dispensé pour lui-même du paiement de ses cotisations, il n'a pas le droit pendant cette période aux avantages accordés par la mutuelle. Toutefois ses ayants droit moyennant une cotisation peuvent continuer de bénéficier des avantages statutaires. A son retour du service national, il bénéficie de plein droit des prestations dès qu'il s'acquitte de sa cotisation. Il en va de même pour les ayants droit qui effectuent leur service militaire sous réserve qu'à leur retour ils remplissent les conditions statutaires.

#### **Article 8-1**

#### **SERVICE CIVIQUE**

Pendant la durée du service civique institué par la loi n° 2010-241 du 10 mars 2010, le membre participant et ses ayants-droit conservent leurs droits statutaires.

#### **Article 9**

#### **COTISATIONS DES VEUFs OU VEUVES DE MEMBRES PARTICIPANTS DECEDES**

La cotisation des veufs ou veuves de membres participants est fixée en pourcentage sur l'ensemble de leurs pensions et salaires.

#### **Article 10**

#### **NOTIFICATION DE CHANGEMENTS DE SITUATION**

Tous changements intervenant dans la situation administrative ou familiale du membre participant ou des ayants droit, doivent être notifiés sans délai et par écrit au bureau de la mutuelle.

Une carte annuelle est délivrée aux adhérents.

### **Section 2 - Cotisations**

#### **Article 11**

#### **MODALITES DE CALCUL DES COTISATIONS**

## Les personnels non médicaux du Centre Hospitalier du Rouvray et du Centre Hospitalier du Bois Petit

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage du salaire de base brut avec référence indiciaire dans la limite du plafond sécurité sociale.

Le membre participant âgé de moins de trente ans bénéficie d'un abattement de 25 % par rapport au taux des cotisations calculées dans la catégorie. L'abattement prend fin au 31 décembre de la trentième année.

Conjoints ou concubins immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage du salaire de base brut avec référence indiciaire du membre participant dans la limite du plafond sécurité sociale.

Conjoints ou concubins non immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage minoré de 25 %, du salaire de base brut avec référence indiciaire du membre participant dans la limite du plafond sécurité sociale.

Le tableau, avec le taux des cotisations et le montant du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

## Les personnels médicaux du CH du Rouvray

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage du plafond de sécurité sociale.

Conjoints ou concubins immatriculés ou non à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Le tableau, avec le taux des cotisations et le montant du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

## Les internes en médecine du CH du Rouvray

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage sur les 2/3 du plafond de sécurité sociale.

Conjoints ou concubins immatriculés ou non à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Le tableau, avec le taux des cotisations et le montant du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

## Les assistantes maternelle, les familles d'accueil et les élèves de l'IFSI du CH du Rouvray

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage du montant du plancher.

Conjoints ou concubins immatriculés ou non à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Le tableau, avec le taux des cotisations et le montant du plancher, figure en annexe I.

## Les retraités

Membres participants de moins de 55 ans : la cotisation est fixée en pourcentage de la rémunération correspondant à l'indice de traitement dans leur cadre d'origine dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Conjoints ou concubins immatriculés à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Conjoints ou concubins non immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage minoré de 25 %, de la rémunération correspondant à l'indice de traitement du cadre d'origine du membre participant dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Membres participants de plus de 55 ans : la cotisation est fixée en pourcentage sur l'ensemble des pensions (à l'exception du complément de retraite du C.G.O.S. et des prestations du C.G.O.S.) et/ou des salaires de base dans la limite du plafond de sécurité sociale, au vu de l'avis d'imposition de l'année précédente.

Conjoints ou concubins immatriculés à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Conjoint ou concubins non immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage minoré de 25 %, sur l'ensemble des pensions du membre participant dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Les agents qui viennent d'être admis à la retraite cotisent sur la base de 70 % de leur salaire de base brut avec référence indiciaire de leur dernier traitement d'activité. Dès connaissance du montant des pensions, la cotisation est calculée sur celles-ci.

Le tableau, avec le taux des cotisations, le montant du plancher et du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

**Les anciens personnels du C.H. du Rouvray, les enfants ne pouvant être maintenus en qualité d'ayants droit, les ex-conjoints divorcés ou séparés des membres participants ainsi que les descendants et collatéraux du membre participant ou de son conjoint.**

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage du salaire brut moyen dans la limite du plafond de sécurité sociale, au vu des trois derniers bulletins de salaire.

Le membre participant âgé de moins de trente ans bénéficie d'un abattement de 25 % par rapport au taux des cotisations calculées dans la catégorie. L'abattement prend fin au 31 décembre de la trentième année.

Conjoints ou concubins immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage du salaire brut moyen du membre participant dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Conjoints ou concubins non immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage minoré de 25 %, du salaire brut moyen du membre participant dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Dans le cas où les membres participants seraient en congé parental ou en disponibilité, la cotisation est fixée en pourcentage de la rémunération correspondant à l'indice de traitement dans leur cadre d'origine dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Le tableau, avec le taux des cotisations, le montant du plancher et du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

### **Les salariés de la Fraternelle Mutuelle interentreprises**

Membres participants : la cotisation est fixée en pourcentage du salaire brut moyen dans la limite du plafond de sécurité sociale, au vu des trois derniers bulletins de salaire. La cotisation est minorée de la participation employeur fixée par une décision unilatérale avec la mise en place d'un régime collectif frais de santé à adhésion obligatoire.

Conjoints ou concubins immatriculés à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Conjoints ou concubins non immatriculés à la sécurité sociale : la cotisation est fixée en pourcentage minoré de 25 %, du salaire brut moyen du membre participant dans la limite du plafond de sécurité sociale.

Le tableau, avec le taux des cotisations et le montant du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

### **Les personnes qui adhèrent ou ré-adhèrent à partir de l'âge de 50 ans**

Membres participants : La cotisation est fixée en pourcentage sur l'ensemble des pensions (à l'exception du complément de retraite du C.G.O.S. et des prestations du C.G.O.S.) et/ou des salaires de base dans la limite du plafond de sécurité sociale, au vu de l'avis d'imposition de l'année précédente ou des trois derniers bulletins de salaire.

La cotisation est majorée, voir tableau des cotisations en annexe I.

Conjoints ou concubins immatriculés ou non à la sécurité sociale : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

Le tableau, avec le taux des cotisations, le montant du plancher et du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

### **Enfants des membres participants :**

Enfants scolarisés, salariés ou non, jusqu'au 31 décembre de leur 20<sup>e</sup> année : la cotisation est fixée en pourcentage du montant du plancher.

Enfants scolarisés, salariés ou non, du 1<sup>er</sup> janvier de leur 21<sup>e</sup> année au dernier jour du mois anniversaire de leur 26 ans : la cotisation est fixée en pourcentage du montant du plancher.

Enfants handicapés sans limite d'âge : la cotisation est fixée en pourcentage du montant du plancher.

La cotisation est exigée pour le premier, deuxième et troisième enfant, au-delà, la couverture est gratuite.

Le tableau, avec le taux des cotisations, le montant du plancher et du plafond sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente, figure en annexe I.

## **CHAPITRE III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS**

### **Section 1 - Dispositions générales relatives aux prestations**

#### **Article 12**

#### **DISPOSITIONS GENERALES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS**

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au reste à charge effectif de l'adhérent.

Dans le cas d'un cumul avec d'autres organismes publics ou privés qui aboutirait à un remboursement supérieur des dépenses engagées, la mutuelle se réserve le droit de réduire le montant des prestations pour éviter tout dépassement.

Le remboursement de la mutuelle se réfère au tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale.

#### **Article 13**

#### **CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

Le décompte de sécurité sociale tient lieu de demande de prestation. La mutuelle ne rembourse qu'au vu de l'original ; en cas de perte ou de vol, le remboursement pourra éventuellement se faire sur duplicata, après accord du Conseil d'Administration.

Les décomptes doivent être accompagnés de la facture en cas de règlement du ticket modérateur. Une facture doit être fournie pour les prestations optiques, prothèses dentaires et cures thermales.

La date de prise en compte des remboursements de la mutuelle est la date de soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale.

Les demandes de paiement de prestations doivent, sous peine de prescription, être présentées à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date de l'événement qui y donne naissance. Article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

#### **Article 14**

#### **JUSTIFICATIFS A FOURNIR**

La facture tient lieu de demande de prestation pour les prescriptions non prises en charge ou non reconnues par la sécurité sociale.

#### **Article 15**

#### **MODALITES DE REMBOURSEMENT DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES**

Pour les produits pharmaceutiques, ne sont en aucun cas remboursés les produits non agréés par la sécurité sociale, les produits non prescrits par ordonnance médicale.



Pour les adhérents qui ont réglé le ticket modérateur, joindre obligatoirement au décompte de sécurité sociale le volet subrogatoire ou la facture du pharmacien.

Une convention de tiers payant peut être conclue entre la mutuelle et les officines pharmaceutiques publiques ou privées ou leurs organismes représentatifs. Dans ce cas, l'adhérent est dispensé de l'avance de frais.

#### **Article 16**

#### **MODALITES DE REMBOURSEMENT EN CAS D'HOSPITALISATION**

En ce qui concerne les hospitalisations médicales et chirurgicales, la demande de remboursement doit être accompagnée obligatoirement de l'avis des sommes à payer et de l'attestation de paiement ou des factures acquittées, il en est de même pour le forfait journalier. Pour les dépassements d'honoraires (ADC ou ATM) et pour les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €uros, fournir la facture T2A.

Une convention de tiers payant peut-être conclue entre la mutuelle et les établissements d'hospitalisation publics et privés à but non lucratif ou conventionnés. Dans ce cas, l'adhérent est dispensé de l'avance de frais.

#### **Article 17**

#### **MODALITES PARTICULIERES AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES**

L'intervention de la mutuelle pour les prestations « pharmaceutiques » et « hospitalisations en secteur public » pour les agents titulaires et stagiaires du C.H. du Rouvray, ne peut en aucun cas se substituer aux dispositions du statut de la Fonction Publique Hospitalière.

### **Section 2 - Prestations accordées par la mutuelle**

#### **Article 18**

#### **DESCRIPTION DES PRESTATIONS**

La mutuelle assure dans le cadre de contrats responsables et solidaires, le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation de la sécurité sociale en tenant compte pour l'ensemble des garanties du respect ou non de l'adhérent et/ou de ses ayants droit du parcours de soins coordonné conformément à la loi du 18-08-2004, portant réforme de l'assurance maladie et des conventions médicales passées et à venir.

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

- Les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
- Les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
- Les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

#### **MALADIE :**

**Soins courants** : consultations, visites, actes de spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, orthophonie, etc...), examens de laboratoire, frais pharmaceutiques, soins externes, frais de transports, prestations de prévention : remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe II.

**Ostéodensitométrie** : remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe II. Lorsqu'il n'y a pas de participation de sécurité sociale, attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Ostéopathie – chiropractie** : sans participation de la sécurité sociale, prise en charge des actes d'ostéopathie – chiropractie sur la base d'un forfait annuel indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Participation forfaitaire (PAS/PAT) pour les actes  $\geq$  120 €uros** : attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

## **DENTAIRE :**

**Soins dentaires :** remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe II.

**Prothèses dentaires :** remboursement du ticket modérateur. En cas de dépassement du tarif de responsabilité du régime général de la sécurité sociale, versement d'une somme supplémentaire égale à un pourcentage de ce tarif indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Implantologie :** sans participation de la sécurité sociale, prise en charge des actes d'implantologie sur la base d'un forfait annuel indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Orthodontie :** En cas de dépassement du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale, versement d'un montant égal à un pourcentage de ce tarif indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

## **CURES THERMALES :**

**Honoraires médicaux :** remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe III.

**Traitement thermal :** remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe III.

**Hébergement :** attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

## **OPTIQUE :**

**Montures :** attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Verres :** attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Lentilles de contact prises en charge par la sécurité sociale :** versement d'un montant égal à un pourcentage du prix des lentilles à concurrence d'un plafond indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Lentilles de contact on prises en charge par la sécurité sociale :** versement d'un montant égal à un pourcentage du prix des lentilles indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

**Chirurgie réfractive de l'œil :** sans participation de la sécurité sociale, prise en charge de la chirurgie réfractive de l'œil sur la base d'un forfait annuel indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

## **APPAREILLAGE :**

**Prothèses - orthopédie :** remboursement du ticket modérateur. En cas de dépassement du tarif de responsabilité du régime général de la sécurité sociale, versement d'une somme supplémentaire égale à un pourcentage de ce tarif indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

**Prothèses auditives :** remboursement du ticket modérateur. En cas de dépassement du tarif de responsabilité du régime général de la sécurité sociale, versement d'une somme supplémentaire égale à un pourcentage de ce tarif et attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

## **HOSPITALISATIONS :**

L'ensemble des dispositions concernant les hospitalisations sont applicables aux établissements conventionnés publics ou privés avec participation sécurité sociale.

### **HOSPITALISATIONS CHIRURGICALES :**

**Frais de séjours et honoraires :** remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe III.

#### **Chambre particulière :**

**En hospitalisation chirurgicale** : attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

**En chirurgie ambulatoire** : attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe III

**Dépassement d'honoraires (ADC ou ATM)** : versement d'une somme supplémentaire égale à un pourcentage du tarif plafond conventionnel du régime général indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

**Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans ou d'un enfant handicapé** : attribution d'un forfait dont le montant est indiqué dans le tableau des prestations en annexe III. (Dans la limite d'un nombre de jours).

**Forfait journalier** : prise en charge d'un montant fixé par les pouvoirs publics indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

#### **HOSPITALISATIONS MEDICALES :**

**Frais de séjours et honoraires** : remboursement du ticket modérateur du tarif plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale dans la limite des taux indiqués dans le tableau des prestations en annexe III.

**Forfait journalier** : prise en charge d'un montant fixé par les pouvoirs publics indiqué dans le tableau des prestations en annexe III.

**Chambre particulière** : attribution d'un forfait dont le montant et le nombre de jours sont indiqués dans le tableau des prestations en annexe III. Les chambres particulières pour des séjours en psychiatrie sont exclues.

#### **MATERNITE :**

**Chambre particulière** : attribution d'un forfait dont le montant et le nombre de jours sont indiqués dans le tableau des prestations en annexe III.

## **CHAPITRE IV - AIDES SOCIALES**

### **Section 1 - AUTRES SERVICES AUX ADHERENTS**

#### **Article 19**

#### **SERVICES D'AIDES SOCIALES**

Services proposés aux membres participants et à leurs ayants droit relevant de toutes les catégories.

- Consultations gratuites auprès d'un conseiller juridique.
- Assistance à domicile : ensemble de services pour aider les membres participants dans leur vie familiale perturbée par un accident corporel, une maladie soudaine, imprévisible et aiguë, ou un décès.
- Recours médical (hôpital, clinique, corps médical, paramédical, pharmaceutique, etc...).

### **Section 2 - FONDS D'ACTION SOCIAL**

#### **Article 20**

#### **SERVICES DANS LE CADRE DU FONDS D'ACTION SOCIAL**

Services proposés aux membres participants et à leurs ayants droit relevant de toutes les catégories.

Il est créé au sein de la mutuelle un fonds d'action social dont le montant est voté chaque année par l'assemblée générale et correspondant au maximum à 2 % du montant des cotisations annuelles des adhérents.

Cette action sociale peut permettre de verser :

- Des aides sociales exceptionnelles remboursables ou non.
- Des aides remboursables pour soins coûteux..
- Des aides à la complémentaire : minorations des cotisations prévues à l'article 7.

Ces aides s'entendent par foyer et au titre d'une année déterminée.

Les aides sociales exceptionnelles remboursables et les aides remboursables pour soins coûteux sont consenties sans intérêts et doivent être remboursées en douze mensualités au plus, avec un différé de remboursement de trois mois. Les frais de dossier s'élèvent à 2 % du montant de l'aide.

L'attribution de ces aides nécessite obligatoirement et au préalable, la constitution d'un dossier spécifique. Tout dossier fera l'objet d'une étude particulière et sera à ce titre systématiquement traité par une commission qui se prononcera sur la délivrance ou non de l'aide.

Les aides sociales exceptionnelles remboursables d'un montant maximum de 600 €uros peuvent être accordées :

- Pour des membres participants en difficultés financières.
- Pour des membres participants en cas de perte de salaire, d'un divorce ou du décès d'un ayant-droit.
- Pour des besoins urgents, notamment en cas de catastrophes naturelles...

Les aides sociales exceptionnelles non remboursables d'un montant maximum de 500 €uros peuvent être accordées :

- Pour une minoration des cotisations aux membres participants cités dans l'article 7 du règlement mutualiste.
- Pour une participation à la prise en charge d'appareillages lourds pour les handicapés.
- Pour des besoins urgents, notamment en cas de catastrophes naturelles ou de décès...

Les aides remboursables pour soins coûteux reconnus par la sécurité sociale d'un montant maximum de 1 500 €uros peuvent être accordées :

- Pour des frais de prothèses dentaires.
- Pour des frais d'optique.
- Pour des appareils auditifs...

A défaut de remboursement, la mutuelle s'autorise à interrompre le versement des prestations jusqu'au solde de la dette, ou à engager des poursuites éventuelles.

La mutuelle se réserve le droit d'exiger le remboursement immédiat des sommes prêtées, sans formalités judiciaires, si l'emprunteur cesse d'appartenir à la mutuelle pour cause de démission, radiation ou exclusion.

Les aides attribuées sur des critères, notamment sociaux, propres à notre mutuelle, ne pourront pas en tout état de cause être versées au delà du budget prévu annuellement à cet effet par l'assemblée générale. Il est important de souligner le caractère non-automatique de leur versement.

Les opérations financières relatives au service des aides sociales exceptionnelles et des aides pour soins coûteux font l'objet d'une comptabilité spéciale. Il doit être prévu dans le budget prévisionnel de chaque exercice une provision pour risque, égale au dixième de la somme globale affectée, pour l'exercice correspondant.

## **CHAPITRE V - DISPOSITIONS PARTICULIERES**

### **Article 21**

#### **SUBROGATION**

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

Pour l'application du présent article, tout accident survenant à un membre participant ou à l'un de ses ayants droit, doit être signalé à la mutuelle.

### **Article 22**

#### **EVOLUTION DES COTISATIONS ET EQUILIBRE DU REGIME SANTE**

Les prestations, les taux et les montants des cotisations prévus dans le présent règlement mutualiste sont adaptés de manière à pérenniser l'équilibre des cotisations et des prestations.

## TABLEAU DES COTISATIONS

Base des cotisations	Adhérents		Conjoints non immatriculés	Conjoints immatriculés
	- 30 ans	30 ans et +		
<b>AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES du C.H. du Rouvray *</b>				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.53 % *	3.37 % *	2.78 %	3.70 %
<b>AGENTS AUXILIAIRES, CONTRACTUELS, EMPLOIS AIDES du C.H. R.</b>				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.78 %	3.70 %	2.78 %	3.70 %
<b>MEDECINS du C.H. du Rouvray</b>				
3.79 % du plafond de la S.S.	120.14 €		120.14 €	
<b>INTERNES en médecine du C.H. du Rouvray</b>				
3.79 % des 2/3 du plafond de la S.S.	80.10 €		80.10 €	
<b>ASSISTANTES MATERNELLES et FAMILLES D'ACCUEIL du C.H. Rouvray</b>				
3.88 % du montant du plancher	61.50 €		61.50 €	
<b>ETUDIANTS de l'IFSI du C.H. du Rouvray</b>				
2.78 % du montant du plancher	44.06 €		44.06 €	
<b>ETUDIANTS REMUNERES de l'IFSI du C.H. du Rouvray</b>				
3.37 % du montant du plancher	53.41 €		53.41 €	
<b>AGENTS EN ACTIVITE du Bois Petit</b>				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.78 %	3.70 %	2.78 %	3.70 %
<b>RETRAITES</b>				
Pourcentage sur l'ensemble des revenus **	3.93 %		2.95 %	3.93 %
<b>ANCIENS PERSONNELS - DESCENDANTS - COLLATERAUX</b>				
Pourcentage du salaire brut	2.84 %	3.79 %	2.84 %	3.79 %
<b>SALARIES DE LA FRATERNELLE MUTUELLE INTERENTREPRISES</b>				
Pourcentage du salaire brut (- minoration 50 %)	3.70 %		2.78 %	3.70 %
<b>ADHESIONS OU RE-ADHESIONS A PARTIR DE L'AGE DE 50 ANS</b>				
Pourcentage sur l'ensemble des revenus	5.12 %		5.12 %	
<b>ENFANTS</b>				
1.15 % du montant du plancher	jusqu'au 31 décembre de leur 20 <sup>e</sup> année			18.23 €
2.12 % du montant du plancher	du 1 <sup>er</sup> janvier de leur 21 <sup>e</sup> année jusqu'à leur 26 ans			33.60 €
Au-delà de trois enfants la couverture est gratuite. Pas de limite d'âge pour les enfants handicapés.				

Traitement indiciaire brut = indice majoré x 4.6303 €

\*\* Le calcul est fait sur les revenus à partir de l'âge de 55 ans

Le montant du plancher correspond à la moitié du plafond de la sécurité sociale (N-1) : 1 585 € au 01/01/2015.

Les cotisations sont plafonnées sur le traitement de référence de la sécurité sociale (N-1) : 3 170 € au 01/01/2015.

\* Les agents titulaires et stagiaires bénéficient d'une réduction du pourcentage des cotisations, compte tenu que le CH du Rouvray prend en charge le ticket modérateur des produits pharmaceutiques et des frais d'hospitalisations dans les hôpitaux publics.

**Barème de minoration des cotisations au 1<sup>er</sup> janvier 2016**

Personne seule	Personne seule + enfants	Couple	Couple + enfants	Minoration
< 10 334 €	< 12 901 €	< 15 488 €	< 18 055 €	25 %
de 10 334 € à < 13 302 €	de 12 901 € à < 16 607 €	de 15 488 € à < 19 929 €	de 18 055 € à < 23 267 €	15 %
de 13 302 € à < 16 143 €	de 16 607 € à < 20 156 €	de 19 929 € à < 24 185 €	de 23 267 € à < 28 215 €	5 %

Les seuils de revenus définis dans ce barème sont revalorisés chaque année en fonction de l'évolution annuelle du salaire minimum de la Fonction Publique Hospitalière au 31 décembre de l'année précédente.

## TABLEAU DES PRESTATIONS

AMO : Assurance maladie obligatoire - CAS : Contrat d'accès aux soins

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS				
NATURE DES ACTES		TAUX AMO	TAUX ou FORFAIT MUTUELLE	TOTAL AMO + MUTUELLE
Prestations maladie	Honoraires généralistes	70 %	30 %	100 %
	Honoraires spécialistes signataires d'un CAS	70 % / 100 %	75 % / 45 %	145 %
	Honoraires spécialistes non signataire d'un CAS	70 % / 100 %	55 % / 25 %	125 %
	Actes de petite chirurgie	70 %	30 %	100 %
	Actes de spécialistes	70 %	30 %	100 %
	Participation forfaitaire (PAT/PAS)		18 €uros	18 €uros
	Actes d'imagerie médicale	70 %	30 %	100 %
	Densitométrie osseuse (reconnue par l'AMO)	70 %	30 %	100 %
	Densitométrie osseuse (non reconnue par l'AMO)	-	50 €uros	50 €uros
	Acte d'ostéopathie et de chiropractie	-	60 €uros/an	60 €uros/an
	Actes de biologie médicale	60 %	40 %	100 %
	Actes de kinésithérapie	60 %	40 %	100 %
	Actes de soins infirmiers	60 %	40 %	100 %
	Soins externes	70 % / 80 %	30 % / 20 %	100 %
	Transports	65 %	35 %	100 %
Actes de prévention	65 % / 70 %	35 % / 30 %	100 %	
Dentaire	Soins dentaires	70 %	30 %	100 %
	Prothèses dentaires	70 % / 100 %	300 % / 300 %	370 % / 400 %
	Orthodontie	70 % / 100 %	150 % / 150 %	220 % / 250 %
	Implantologie (non remboursable par l'AMO)	-	150 €uros/an	150 €uros/an
Pharmacie	Pharmacie à 65 %	65 %	35 %	100 %
	Pharmacie à 30 %	30 %	70 %	100 %
	Pharmacie à 15 %	15 %	70 %	85 %
	Aliments sans gluten	60%	50 %	110 %
Optique	<u>Adultes :</u>			
	- Monture	60 %	90 €uros *	60 % + 90 €uros *
	- Verre simple	60 %	130 €uros *	60 % + 130 €uros *
	- Verre complexe ou très complexe	60 %	165 €uros *	60 % + 165 €uros *
	<u>Enfants :</u>			
	- Monture	60 %	90 €uros *	60 % + 90 €uros *
	- Verre simple ou complexe ou très complexe	60 %	130 €uros *	60 % + 130 €uros *
<u>Adultes et enfants :</u>				
- Lentilles de contact (non reconnues par l'AMO)	-	40 % des frais réels	40 % des frais réels	
- Lentilles de contact (reconnues par l'AMO)	60 %	80 % des frais réels plafond 250 €/lentille *	60 % + 80 % frais réels plafond 250 €/lentille *	
Chirurgie réfractive (par œil)	-	150 €uros	150 €uros	
* Le ticket modérateur est inclus dans le forfait (si le forfait est consommé, seul le ticket modérateur sera remboursé)				
* Remboursement limité à 1 équipement par période de 2 ans, à partir de la date d'achat (année glissante)				
* Période ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas de correction de la vue				
La prise en charge des honoraires des médecins respecte les obligations légales de prise en charge des contrats responsables et solidaires				
<b>Les taux de remboursement s'appliquent sur le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale</b>				

**TALBEAU DES PRESTATIONS (suite)**

**ANNEXE III**

PRESTATIONS		TAUX AMO	TAUX ou FORFAIT MUTUELLE	TOTAL AMO + MUTUELLE
Cures thermales	Honoraires médicaux	70 %	30 %	100 %
	Traitement thermal	65 %	35 %	100 %
	Hébergement (remboursable par l'AMO)	65 %	35 %	100 %
	Transport (remboursable par l'AMO)	65 %	35 %	100 %
	Forfait hébergement	-	100 €uros	100 €uros
Appareillage	Orthopédie - Prothèses	60 % / 100 %	100 %	160 % / 200 %
	Prothèses capillaires	60 % / 100 %	100 %	160 % / 200 %
	Prothèses mammaires	60 % / 100 %	100 %	160 % / 200 %
	Prothèses auditives	60 % / 100 %	100 %	160 % / 200 %
	+ Forfait par appareil	-	153 €	153 €
	Frais d'entretien et accessoires	60 %	40 %	100 %
	Location de matériel médical	60 %	40 %	100 %
<b>Hospitalisation chirurgicale dans un établissement de santé</b>				
Honoraires (y compris ambulatoire)		70 % / 80 %	30 % / 20 %	100 %
<u>Honoraires des Chirurgiens</u> (ADC/ATM)				
- Chirurgiens signataires d'un CAS		100 %	70 %	170 %
- Chirurgiens non signataires d'un CAS		100 %	50 %	150 %
Participation forfaitaire (PAT/PAS)		-	18 €uros	18 €uros
Frais de séjour		80 %	20 %	100 %
Forfait journalier hospitalier illimité		-	100 %	100 %
Chambre particulière (ADC/ATM)		-	65 €uros / jour	65 €uros / jour
Chambre particulière en ambulatoire		-	25 €uros / jour	25 €uros / jour
Frais d'accompagnement d'un enfant de - 12 ans ou d'un enfant handicapé		-	16 €uros / jour pour 12 jours maximum	16 €uros / jour pour 12 jours maximum
<b>Hospitalisation médicale dans un établissement de santé</b>				
Honoraires (y compris ambulatoire)		70 % / 80 %	30 % / 20 %	100 %
Frais de séjour		80 %	20 %	100 %
Forfait journalier en médecine		-	100 %	Sans limitation
Forfait journalier en psychiatrie		-	100 %	Sans limitation
Chambre particulière en médecine		-	10 €uros/jour	Limité à 30 jours / an
Chambre particulière en maternité		-	45 €uros/jour	Limité à 12 jours / an
<i>La prise en charge de l'hospitalisation respecte les obligations légales de prise en charge des contrats responsables et solidaires</i>				
<b>Les taux de remboursement s'appliquent sur le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale</b>				