

LA FRATERNELLE

Mutuelle interentreprises

Régie par le livre II du Code de la Mutualité
Siren n° 302 999 115

225 avenue Charles de Gaulle
92528 NEUILLY SUR SEINE CEDEX

Téléphone : 02.32.95.11.49

contact@fraternelle-interentreprises.fr

www.fraternelle-interentreprises.fr

Règlement Mutualiste

2018

Mutuelle substituée à l'UNME-Garantie depuis le 1^{er} janvier 2013
Siren n° 442 451 928. L'Union est située Tour Montparnasse
33 avenue du Maine B.P. 25 75755 PARIS Cedex 15.
Cette Union substituante donne sa caution solidaire à la mutuelle substituée
pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - DEFINITION DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels réciproques existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle ou ses sections en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Les droits et obligations résultant des opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle. Les modifications des contrats collectifs sont constatées par avenant signé des parties.

Les garanties sont assurées par l'UNME-Garantie (Union Nationale des Mutuelles d'Entreprise-Garantie, union de mutuelles régie par le livre II du code de la mutualité et inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 442 451 928) au titre de la convention de substitution souscrite auprès d'elle. Cette convention et ses avenants successifs peuvent être consultés par tout adhérent, sur simple demande, au siège de la mutuelle.

Le bulletin d'adhésion de la mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations, ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le membre participant, compte-tenu de sa situation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement mutualiste et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, conformément à l'article L.114-1 du code de la mutualité.

Dans le cadre de ses activités, la mutuelle met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses adhérents, en qualité de responsable de traitement. L'adhérent est informé que la collecte et le traitement des données à caractère personnel le concernant, et concernant ses ayants-droit, sont nécessaires, selon les traitements réalisés, aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats, et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) de l'adhérent ou de ses ayants-droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé.
- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement.
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
- L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent.

Les destinataires des données de l'adhérent et de ses ayants-droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées : le personnel de la mutuelle ainsi que sa garante, ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

La mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer

un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès. Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée, accompagnée d'un justificatif d'identité, par mail à dpo@groupe-vyv.fr, par courrier postal à Groupe VYV, Protection des données, DPO, TMM, 33, avenue du Maine, 75015 Paris.

L'adhérent peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy, TSA 80715, 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal ou tout autre moyen autorisé par la CNIL.

Les données à caractère personnel utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes. La mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Les données à caractère personnel des adhérents seront ainsi conservées pendant la durée de la relation contractuelle, puis conformément aux obligations légales de conservation.

Article 2 - MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

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 modifications des montants ou des taux de cotisations, ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents par lettre individuelle.

Article 3 - 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, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

CHAPITRE II

CATEGORIES DE MEMBRES PARTICIPANTS

Article 4 - DESCRIPTION DES CATEGORIES

La mutuelle se compose de membres participants, de membres bénéficiaires, et de membres honoraires regroupés par sections professionnelles ou géographiques, conformément à l'article 8 des statuts.

Article 5 - CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

1° En qualité de membre participant :

- Les personnes physiques, à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire ou facultatif, ayant obtenu l'agrément du conseil d'administration.

2° En qualité de membre honoraire :

- Toute personne qui a obtenu l'agrément du conseil d'administration.

3° En qualité d'ayant-droit :

- Le conjoint ou le concubin, âgé de moins de 70 ans lors de son affiliation.

Au décès d'un membre participant son conjoint ou son concubin survivant devient membre participant et, le cas échéant, fait conserver à ses enfants à charge, en contrepartie du paiement d'une cotisation individuelle ou familiale, la qualité de membre bénéficiaire.

- Les enfants à charge, âgés de moins de 28 ans, sous réserve de justifier, à partir de leur 16ème anniversaire, de la poursuite de leurs études.

Ces enfants, s'ils deviennent orphelins de père et de mère (ou, s'il s'agit d'une famille monoparentale, s'ils deviennent orphelins de père ou de mère) conservent la qualité de membre bénéficiaire pendant leur scolarité et jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études. Ils sont exonérés de leur cotisation.

- Les enfants à charge, quel que soit leur âge, reconnus par la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) comme handicapés et rattachés fiscalement aux parents.

Ces enfants, s'ils deviennent orphelins de père et de mère (ou, s'il s'agit d'une famille monoparentale, s'ils deviennent orphelins de père ou de mère) conservent la qualité de membre bénéficiaire. Ils sont exonérés de leur cotisation.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les membres participants mineurs de plus de 16 ans peuvent bénéficier des prestations sans l'intervention de leur représentant légal.

Les membres participants peuvent en outre, en contrepartie du paiement de cotisations spécifiques, permettre de devenir membres participants à leurs :

- ascendants directs âgés de moins de 70 ans lors de leur inscription à la mutuelle,

- enfants de plus de 16 ans cessant de remplir les conditions pour demeurer membres bénéficiaires.

Dès qu'il remplit les conditions, conformément à l'article 9 des statuts, chaque membre du personnel ou ancien membre est contacté par la mutuelle pour lui proposer d'adhérer.

Le dossier remis à chaque personne comprend : les statuts, le règlement mutualiste, le règlement intérieur, un bulletin d'adhésion ou d'affiliation et un mandat de prélèvement.

Article 6 - CHANGEMENT DE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE

Les modifications concernant la situation familiale ou administrative des membres participants, ainsi que les différentes modifications qui surviennent, doivent être, dans tous les cas, signalées à la mutuelle.

Elles seront effectives le 1er du mois qui suit la réception des documents justificatifs. Afin d'éviter tout

litige, le membre participant doit s'enquérir de la bonne réception par la mutuelle des documents transmis à celle-ci.

La mutuelle ne peut être tenue pour responsable des conséquences d'un incident d'acheminement ou d'une déclaration tardive faite par l'intéressé. Les cotisations versées ne sont pas remboursables au membre participant lorsque la mutuelle n'a pas reçu en temps utile les informations.

CHAPITRE III

RESILIATION DES GARANTIES

La résiliation des garanties peut intervenir soit sur l'initiative du membre participant en cas de démission soit sur l'initiative de la mutuelle en cas de radiation. Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation.

Article 7 - DEMISSION

La démission ne peut prendre effet, au plus tôt, que le premier jour du mois qui suit la réception par la mutuelle de la lettre prévue à l'article 11 des statuts. La démission d'un membre participant entraîne de plein droit la résiliation des garanties pour lui-même et la démission ainsi que la résiliation des garanties de ses membres bénéficiaires.

La démission ne peut être acceptée qu'après restitution de la carte de mutualiste en cours de validité (elle comporte une date de validité pour le tiers payant). Les cotisations restent dues tant que ce document en cours de validité n'est pas restitué.

Article 8 - RADIATION

La radiation intervient sur l'initiative de la mutuelle dans les cas suivants :

- lorsque les membres ne remplissent plus les conditions d'adhésion prévues aux statuts conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du code de la mutualité ;

- en cas de défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de leur échéance, après expiration d'un délai de trente jours suivant l'envoi d'une lettre de mise en demeure adressée en recommandé avec avis de réception, dans les conditions définies à l'article L.221-7 du code de la mutualité.

- En cas d'exclusion prévue aux articles 11, 12, 13 et 13 bis des statuts. La radiation est prononcée par le conseil d'administration et elle est notifiée de plein droit au dernier domicile connu du membre de la mutuelle. Il peut toutefois être sursis par le conseil d'administration à l'application de cette mesure pour les membres qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

La radiation d'un membre participant entraîne la radiation de ses membres bénéficiaires.

A réception de la lettre de résiliation des garanties, le membre est tenu, sur demande de la mutuelle, de restituer la carte de mutualiste en cours de validité.

Article 9 - CARTE MUTUALISTE

La Fraternelle interentreprises adresse une fois par an, dans la seconde quinzaine de décembre, une carte individuelle mutualiste valable pour l'année civile à chaque membre participant inscrit au 1er janvier dans la mesure où il est à jour de ses cotisations et que ses délais de stage sont terminés.

Pour une adhésion en cours d'année, la carte est

envoyée à la demande du membre participant dans les mêmes conditions.

Les enfants à charge de 16 ans et plus inscrits en qualité de membres bénéficiaires sont portés sur la carte si le membre participant a remis un justificatif de la poursuite de leurs études.

La carte mutualiste en cours de validité doit être restituée lors d'une fin d'adhésion (radiation pour tous motifs ou démission). Son utilisation abusive entraîne, outre le remboursement des sommes indûment versées, des poursuites judiciaires en vue de l'obtention de dommages et intérêts pour préjudice subi.

Cette carte mutualiste fait office de prise en charge hospitalière.

CHAPITRE IV

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE : COTISATIONS

Article 10 - OBLIGATIONS DES ADHERENTS

Les membres participants qui adhèrent à titre individuel s'engagent au paiement d'une cotisation affectée à la couverture de toutes les charges de la mutuelle.

Article 11 - CATEGORIES DE COTISATIONS ET NIVEAUX DE COUVERTURE

La cotisation est individuelle ("isolé") lorsque l'adhérent n'a inscrit aucun membre bénéficiaire.

La cotisation est familiale ("famille") lorsque l'adhérent a inscrit un ou plusieurs membres bénéficiaires, sauf pour la couverture EVEOLMUT où la cotisation est calculée en fonction de la composition familiale.

Les différents niveaux de couverture sont les suivants :

A – Couverture complémentaire de base :

➤ SANTÉMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

- les membres participants qui ne relèvent plus d'un contrat collectif ou d'une autre catégorie de cotisation,
- les membres ascendants directs des membres participants,
- les enfants de plus de 16 ans cessant de remplir les conditions pour demeurer membres bénéficiaires,
- les membres participants qui ne relèvent plus de la catégorie "Sortie de CMU C"

Ces membres participants cotisent en A1 ou B1.

➤ SENIOR

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- les anciens salariés devenus préretraités ou retraités,
- les veufs ou veuves d'anciens membres participants salariés, préretraités, retraités, ou bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité.

Ces membres participants cotisent en A2 ou B2.

➤ MAXIMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité,
- les anciens salariés devenus préretraités ou retraités,
- les veufs ou veuves d'anciens membres participants salariés, préretraités, retraités, ou bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité.

Ces membres participants cotisent en A3 ou B3.

➤ EVEOLMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie les personnes

physiques visées au 1° de l'article 8 des statuts.

Ces membres participants cotisent en A4, B4, C4, D4, E4, F4, G4 ou H4.

➤ NICOLAS

Peuvent cotiser dans cette catégorie les retraités de l'ex-mutuelle Nicolas.

B – Couverture sur-complémentaire (option) :

➤ SACEM +

Ne peuvent souscrire cette option (I1+ ou F1+) que les membres participants relevant, pour la couverture complémentaire de base, du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par la Sacem.

➤ SANTÉMUT +

Ne peuvent souscrire cette option (A1+ ou B1+) que les membres participants relevant, pour la couverture complémentaire de base, de la catégorie SANTÉMUT.

➤ SENIOR +

Ne peuvent souscrire cette option (A2+ ou B2+) que les membres participants relevant, pour la couverture complémentaire de base, de la catégorie SENIOR.

➤ MAXIMUT +

Ne peuvent souscrire cette option (A3+ ou B3+) que les membres participants relevant, pour la couverture complémentaire de base, de la catégorie MAXIMUT.

Les règles de gestion de la couverture sur-complémentaire sont les suivantes :

1. Adhésion (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) avec prise en charge immédiate :

- dans les trois mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion à la couverture complémentaire de base,
- dans les trente jours qui suivent la date de changement de situation de famille (mariage, naissance, divorce, veuvage),
- après une période d'adhésion de deux ans minimum à la couverture complémentaire de base.

2. Adhésion avec prise en charge différée :

Dans les cas non visés au paragraphe 1 ci-dessus, l'adhésion à la couverture sur-complémentaire (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) prend effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande et la prise en charge des frais engagés intervient après un délai de stage de six mois pour l'ensemble des prestations de l'option. Toutefois, il n'y a pas de délai de stage lorsqu'il s'agit de frais consécutifs à un accident (tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'intéressé) survenu postérieurement à la date d'adhésion à la couverture sur-complémentaire.

3. Démission : L'adhérent ne peut démissionner de la couverture complémentaire qu'après deux ans minimum de cotisation à ce régime. La cessation des garanties (qui vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit) intervient à l'issue du dernier jour du mois civil qui suit la réception de la démission.

Tout changement de niveau de couverture (couverture complémentaire de base vers couverture sur-complémentaire et inversement) ne peut s'effectuer qu'une seule fois.

C – Couverture maladie universelle complémentaire :

➤ CMU-C

Peuvent relever de cette catégorie, sans contrepartie de cotisation, les personnes remplissant les conditions stipulées aux articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale qui définissent les règles d'attribution de la CMU complémentaire. Les prestations prises en charge par la CMU-C sont définies par la législation.

Les professionnels de santé ont obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU, de respecter les tarifs reconnus par la Sécurité sociale, et de pratiquer la dispense d'avance des frais. Les professionnels sont remboursés directement et intégralement par la caisse d'assurance maladie.

➤ Contrat de sortie de CMU-C :

Peuvent cotiser pendant un an dans cette catégorie, les membres participants ne relevant plus de la CMU-C. Ce contrat prend en charge le même niveau de prestations que la CMU-C, toutefois sans obligation pour les professionnels de santé de respecter les tarifs reconnus par l'assurance maladie. Le montant de la cotisation est défini réglementairement. Au bout d'un an, ces membres participants cotisent en catégorie SANTÉMUT.

Tarifs à titre indicatif car définis réglementairement :

Cat.	Nombre de bénéficiaires inscrits	Cot annuelle (HT)*	Taxe de solidarité additionnelle (TSA 13,27%)	Cot annuelle (TTC)
U1	isolé	370,00	49,10	419,10
U2	2 personnes	703,00	93,29	796,29
U3	3 personnes	888,00	117,84	1 005,84
U4	4 personnes	1 073,00	142,39	1 215,39
U5	5 personnes	1 258,00	166,94	1 424,94

* Arrêté du 27 avril 2001 modifié par arrêté du 8 mars 2013.

Article 12 – MODULATION DE COTISATIONS

Le montant des cotisations de la couverture complémentaire de base de la catégorie SENIOR est modulé en fonction de l'ensemble des revenus (France et étranger) des membres participants selon le quotient familial (QF) suivant :

$$QF = \frac{\text{Revenu fiscal de référence} + \text{Revenus à l'étranger}}{\text{Nombre de parts}} = \frac{\text{Ensemble des revenus}}{\text{Nombre de parts}}$$

Le revenu fiscal de référence et le nombre de parts sont ceux pris en considération par l'administration fiscale française pour le calcul de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

Les revenus à l'étranger doivent être impérativement déclarés avec production des justificatifs à la mutuelle à l'appui de toute demande de modulation des cotisations.

Le conseil d'administration est chargé d'examiner tout cas particulier et de décider de la recevabilité des demandes.

Les revenus du concubin ou de la concubine entrent dans le calcul du quotient familial (QF) selon la formule suivante :

$$QF = \frac{\text{Ensemble des revenus (adhérent + concubin)}}{\text{Nombre de parts total (adhérent + concubin)}}$$

Les adhérents ayant un enfant étudiant (ou sous contrat d'apprentissage), membre bénéficiaire de la mutuelle, avec des revenus propres et ayant fait une déclaration de revenus séparée, peuvent demander le calcul de leur quotient familial (QF) selon la formule suivante :

$$QF = \frac{\text{Ensemble des revenus (adhérent + conjoint ou concubin + enfant)}}{\text{Nombre de parts total (adhérent + conjoint ou concubin + enfant)}}$$

Afin de permettre à la mutuelle d'établir le tableau des montants et taux des cotisations (Cf. annexe I) les

adhérents sont invités à remettre avant une date butoir le ou les avis d'imposition ou de non-imposition (ou à défaut une attestation du centre des impôts comportant les éléments nécessaires sus indiqués) au titre de l'avant dernière année précédant celle pour laquelle les cotisations sont dues.

En cas de non-communication de ces documents par le membre participant ou sans réponse dans le délai imparti, la cotisation est calculée au taux plein. Les demandes de modulation qui parviennent ultérieurement sont prises en considération à compter de la période (Cf. article 13) qui suit celle de réception du (des) document(s) justificatif(s) demandé(s) par la mutuelle.

Article 13 – PERIODICITE ET MODE DE PAIEMENT

Les cotisations sont exigibles dès le premier jour de la période couverte :

- Mensuellement, trimestriellement ou annuellement par prélèvement automatique et d'avance sur un compte bancaire, postal ou d'épargne,
- Mensuellement ou trimestriellement par retenue sur le salaire, ou par retenue sur l'allocation de prévoyance ou de retraite, sous réserve de l'accord préalable de la société ou l'organisme concerné.

En cas d'incident de paiement, les frais sont à la charge de l'adhérent. Par dérogation, tout autre moyen de paiement devra faire l'objet d'une approbation préalable de la mutuelle.

Les tableaux des montants et taux des cotisations annuelles et individuelles figurent en annexe I.

CHAPITRE V

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS : PRESTATIONS

Article 14 - CHAMP D'INTERVENTION

La mutuelle verse des prestations en cas de maladie, de maternité, ou d'accident.

Ces prestations s'entendent à législation et réglementation constantes. En cas de modification des prestations du régime obligatoire, les prestations complémentaires ou suppléentaires garanties par la mutuelle se calculeront par rapport à la législation ou réglementation antérieure.

Contrat responsable :

Les garanties de la mutuelle sont conformes aux dispositions des articles L.871-1 et R-871.2 du code de la sécurité sociale, qui permet de :

- réduire le reste à charge des assurés,
- réguler les dépassements d'honoraires,
- maîtriser l'évolution des pratiques tarifaires,
- améliorer la prise en charge de certains postes de soins,
- bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales afférentes.

Cette réglementation prévoit ainsi :

- une prise en charge obligatoire du ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (à l'exception des cures thermales, des produits pharmaceutiques remboursés à 15 % ou à 30 % et de l'homéopathie),
- une prise en charge obligatoire de l'intégralité et sans limitation de durée du forfait journalier en établissements hospitaliers,
- la non prise en charge de la participation forfaitaire et de la franchise instituées par l'assurance maladie obligatoire,

- des plafonds et/ou planchers de prise en charge, applicables lorsque la garantie prévoit le remboursement de certains dépassements de tarifs,
- la limitation du nombre et du coût des équipements d'optique.

Hors parcours de soins : (médecin traitant, médecin correspondant, et médecin spécialiste en accès direct) Non prise en charge de la majoration de participation (ticket modérateur proportionnel aux tarifs de responsabilité ou somme forfaitaire) :

- sur les actes médicaux et les prescriptions afférentes pour les adhérents et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant (sauf cas d'urgence ou d'éloignement prévus par la loi),
- lorsque le patient ne donne pas l'autorisation à un professionnel de santé habilité d'accéder à son dossier médical personnel et/ou de le compléter,
- non remboursement des dépassements d'honoraires que sont autorisés à pratiquer certains médecins spécialistes lorsque les patients les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relèvent pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle autorisée par le législateur et la convention médicale.

Prévention :

La Fraternelle prend en charge le ticket modérateur sur l'ensemble des prestations de prévention, notamment :

Les vaccinations suivantes :

- diphtérie, tétanos, poliomyélite et haemophilus influenzae B : tous âges,
- coqueluche et hépatite B : avant 14 ans,
- BCG : avant 6 ans,
- rubéole : pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant,
- vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : enfants avant 18 mois,
- l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie.

Article 15 - DROIT AUX PRESTATIONS

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. La condition d'ouverture du droit aux prestations est appréciée à la date de la prescription médicale.

Article 16 - DELAI DE FORCLUSION

Le délai de présentation d'une demande de prestation est de 24 mois à compter de la date des soins. Les demandes doivent donc être présentées dès que possible afin d'éviter l'application de ce délai.

Article 17 - PLAFOND DES PRESTATIONS EN NATURE

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Article 18 - PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR POUR OBTENIR DES PRESTATIONS

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission « NOEMIE » entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la mutuelle. Cependant, pour certains actes, des pièces complémentaires sont nécessaires (prothèses dentaires, optique, ...) et vous

devez les adresser spontanément aux services de la mutuelle.

Dans le cadre de la loi « Informatique et Libertés », l'adhérent peut refuser cette télétransmission ; le remboursement complémentaire de la mutuelle interviendra alors sur présentation des originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

Quel que soit le moyen de transmission, chaque demande de remboursement ou de participation aux frais doit comprendre toutes les pièces justificatives :

- Pour l'ensemble des frais médicaux (à l'exception de l'optique) remboursables à l'adhérent par un régime de base : l'original du décompte de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme.

- Pour l'optique : il est recommandé de faire établir un devis à transmettre (par l'adhérent ou par l'opticien) à la mutuelle qui calculera précisément la partie prise en charge par la Sécurité sociale, celle remboursée par la mutuelle (régime complémentaire de base et, le cas échéant, régime sur-complémentaire) ainsi que le montant qui restera à la charge de l'adhérent (procédure du tiers payant possible si l'adhérent se rend chez un opticien agréé par la mutuelle). Si l'adhérent se rend chez un opticien non agréé, il doit transmettre à la mutuelle la facture nominative et acquittée, délivrée par l'opticien, faisant apparaître le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et la date de la prescription de l'ophtalmologue. Dans tous les cas, le décompte de la SS ne donne pas droit à un remboursement de frais d'optique.

- Pour l'ensemble des frais médicaux donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale à un tiers : le reçu codifié et nominatif du versement du ticket modérateur comportant la date, la nature des soins, le montant payé.

- Si le reçu du versement du ticket modérateur n'est pas codifié et/ou ne comporte pas la nature des soins, ce reçu doit être accompagné du décompte indiquant le remboursement de la Sécurité sociale au tiers.

- Pour les frais médicaux ou paramédicaux n'ayant pas donné lieu à un remboursement d'un premier organisme mais indemnisables par la mutuelle : les originaux des documents justificatifs sont exigés (feuille de soins, facture acquittée, reçu, note d'honoraires,...). Le numéro d'identifiant national et opposable « RPPS » (distribué lors de l'inscription à l'ordre) ou « ADELI » (distribué lors de l'enregistrement en ARS) ou, à défaut, le « numéro AM » distribué par l'Assurance maladie lors de l'enregistrement des professionnels de santé libéraux.

- Prothèse dentaire refusée en totalité par la Sécurité sociale : feuille de soins correspondante, facture détaillée du praticien.

- Prothèse dentaire refusée partiellement par la Sécurité sociale : original du décompte de la Sécurité sociale, photocopie de la feuille de soins correspondante, facture détaillée du praticien.

- Dépassement d'honoraires lors d'hospitalisation chirurgicale : facture acquittée de l'établissement précisant le montant des honoraires, la date et le coefficient de l'intervention.

- Inlay / Onlay : décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée du praticien.

- Cures thermales acceptées par Sécurité sociale : décompte de la Sécurité sociale avec mention du remboursement du forfait thermal, ou facture de l'établissement thermal faisant apparaître la participation de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la mission d'audit interne, la mutuelle peut être amenée à demander -préalablement ou

postérieurement au versement du remboursement-toute pièce justificative complémentaire. Les pièces justificatives sont conservées par la mutuelle.

Article 19 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Toutes les prestations prévues au présent règlement sont payées par virement au compte bancaire, postal ou d'épargne de l'adhérent.

Un décompte de remboursement, édité par la mutuelle et reprenant le détail des prestations (date, intitulé, montant et bénéficiaire des prestations et références du compte sur lequel le virement est effectué), est adressé à l'adhérent.

Article 20 - RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation concernant les remboursements, la mutuelle ne prend en compte que les demandes écrites accompagnées du décompte de remboursement.

Article 21 - DETAIL DES PRESTATIONS

(Ticket modérateur/ Prestations supplémentaires)

A – Couvertures SANTÉMUT, SENIOR, MAXIMUT

- Analyses
- Soins par orthoptistes
- Radiographies
- Soins par infirmiers
- Soins par orthophonistes ticket modérateur
- Pharmacie
- Soins par masseurs-kinésithérapeutes
- Consultations et visites de médecins généralistes
- Consultations et visites de médecins spécialistes : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Nutriments pour intolérants au gluten : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Soins par ostéopathes : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
- Frais de transport : ticket modérateur
- Soins, prothèses dentaires et orthodontie
 - Radiologie, soins et consultations dentaires : ticket modérateur
 - inlay/onlay : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
 - traitement parodontal : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
 - autres soins dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (hors parodontologie) : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
 - Prothèses dentaires : ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire sur présentation de la note d'honoraires remise par le chirurgien-dentiste
 - Prothèses dentaires / orthodontie : prises en charge à 100 % par la SS
 - participation supplémentaire dans la limite de la dépense engagée
 - Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité sociale : participation calculée sur la base du tarif conventionnel des prothèses dentaires mobiles ou fixes refusées par la Sécurité sociale sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires et de la notification du refus Sécurité sociale
 - implant dentaire : participation forfaitaire par dent sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires

➤ Optique : la mutuelle a souscrit auprès du Réseau Kalivia un contrat en inclusion accessible sur présentation de la carte de tiers payant. De nombreux avantages sont accessibles (à titre indicatif) jusqu'à 40% de réduction sur les verres unifocaux, 25% sur les verres progressifs et les lentilles, 20% sur les montures. Ce contrat garantit des prestations de qualité, un large choix d'équipements intégrant les innovations, un réseau d'opticiens de proximité. Sur simple demande, une documentation est à votre disposition.

- verres & monture prescrits par un ophtalmologue et acceptés par l'assurance maladie obligatoire :

- application d'un plafond de remboursement par verre en fonction du degré de correction du verre, ce plafond comprenant le ticket modérateur et la monture,

- le plafond de remboursement de la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres,

- la prise en charge par la mutuelle est limitée à un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de deux ans,

- cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève deux ans après,

- lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après,

- par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue,

- la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la Sécurité sociale

- participation aux frais de verres de contact non remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement

- participation aux frais de chirurgie réfractive (intervention chirurgicale oculaire visant à corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie)

➤ Actes techniques médicaux : ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire

➤ Actes médicaux affectés soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement : ticket modérateur forfaitaire

➤ Dispositifs médicaux (orthopédie, orthèse, prothèses auditives, appareillages...) : ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire

➤ dispositifs complémentaires d'aide auditive / entretien appareil auditif (hors piles) : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement

➤ Assistance à domicile :

- personne à domicile pour effectuer des tâches ménagères : versement par la mutuelle, dans la limite de la somme restant à charge, d'une allocation

forfaitaire pouvant aller jusqu'à 90 heures par an :

1. pendant la durée légale du congé de maternité,
2. pour une période limitée à 90 jours et sur prescription médicale :

- après hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- en faveur des personnes seules reconnues handicapées.

- la mutuelle a souscrit auprès de RMA (Ressources Mutuelles Assistance) un contrat en inclusion ayant pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres de la mutuelle d'une garantie mutualiste d'assistance à domicile.

Une notice d'information est remise aux membres participants et un exemplaire du contrat est tenu par la mutuelle à leur disposition.

➤ Hospitalisation en service chirurgie : ticket modérateur

- participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées, dans le cadre des actes chirurgicaux

- participation aux frais de chambre particulière, en fonction du type d'hospitalisation : de jour (ambulatoire) ou avec hébergement, dans la limite des dépenses engagées

➤ Hospitalisation en service maternité :

- participation aux frais de chambre particulière dans la limite des dépenses engagées -maximum 12 jours-

- participation supplémentaire dans le cadre des dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement (chambre particulière, médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, dépassements d'honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...) dans la limite des dépenses engagées

- Frais d'accompagnant pour les enfants âgés de moins de 16 ans, les non voyants, les enfants atteints d'une incapacité permanente reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et les adultes reconnus par la MDPH comme handicapés ou bénéficiaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale de catégorie 3 :

➤ en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou d'une cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale : versement dans la limite de la dépense engagée par l'accompagnant d'une indemnité journalière -maximum 30 jours par an-

➤ Hospitalisation en service médecine

- du 1er au 30ème jour : ticket modérateur

- participation aux frais de chambre particulière, en fonction du type d'hospitalisation : de jour (ambulatoire) ou avec hébergement, dans la limite des dépenses engagées -maximum 40 jours par an (du 1er jour au 30ème jour par le régime complémentaire de base et du 31ème jour au 40ème jour par le régime sur-complémentaire-

➤ Hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un établissement n'ayant pas signé de convention avec la Sécurité sociale

- participation calculée sur la base du tarif de responsabilité applicable aux cliniques conventionnées de la Région Parisienne -catégorie " A "-.

- Forfait journalier hospitalier

- prise en charge de l'intégralité, sans limitation de durée

- Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation :

1. lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique affecté soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou

égal à une somme fixée réglementairement : ticket modérateur forfaitaire

2. consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 1 ci-dessus et en lien direct avec elle (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006) : ticket modérateur forfaitaire

➤ Prothèses dentaires et orthodontie

- Prothèses dentaires : ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire sur présentation de la note d'honoraires remise par le chirurgien-dentiste

- Prothèses dentaires : prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale

- Orthodontie

- participation supplémentaire dans la limite de la dépense engagée

- Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité sociale

- participation calculée sur la base du tarif conventionnel des prothèses dentaires mobiles ou fixes refusées par la Sécurité sociale sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires et de la notification du refus Sécurité sociale

- implant dentaire : participation forfaitaire par dent sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires

➤ Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale : versement d'une allocation forfaitaire

Les tableaux des prestations figurent en annexe II et III.

B – Couverture EVEOLMUT

➤ Analyses et prélèvements

➤ Auxiliaires médicaux : ticket modérateur

➤ Pharmacie

➤ Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes : ticket modérateur : plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées

➤ Radiologie et autres actes d'imagerie médicale : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées

➤ Soins par ostéopathes : participation dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement dans la limite des dépenses engagées

➤ Densitométrie osseuse non prise en charge par la SS : participation dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement dans la limite des dépenses engagées

➤ Soins, prothèses dentaires et orthodontie

- Radiologie, soins et consultations dentaires : ticket modérateur

➤ Prothèses dentaires : ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire

- Orthodontie prises en charge par la SS □ ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire

➤ Optique : la mutuelle a souscrit auprès du Réseau Kalivia un contrat en inclusion accessible sur présentation de la carte de tiers payant. De nombreux avantages sont accessibles (à titre indicatif) jusqu'à 40% de réduction sur les verres unifocaux, 25% sur les verres progressifs et les lentilles, 20% sur les montures. Ce contrat garantit des prestations de qualité, un large choix d'équipements intégrant les innovations, un réseau d'opticiens de proximité. Sur simple demande, une documentation est à votre disposition.

- verres & monture prescrits par un ophtalmologue et acceptés par l'assurance maladie obligatoire : - application d'un plafond de remboursement par verre

en fonction du degré de correction du verre, ce plafond comprenant le ticket modérateur et la monture,

- le plafond de remboursement de la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres,

- la prise en charge par la mutuelle est limitée à un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de deux ans,

- cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève deux ans après,

- lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après,

- par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue,

- la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la Sécurité sociale

- frais d'optique médicale (monture et verres) : ticket modérateur

- participation aux frais de verres de contact remboursés ou non par la Sécurité sociale, dans le cadre d'un plafond de remboursement par période de deux ans (mêmes règles que pour un équipement optique) si non consommation du plafond de l'équipement optique et dans la limite des dépenses engagées,

➤ Actes techniques médicaux : ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire

➤ Actes médicaux affectés soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement : ticket modérateur forfaitaire

➤ Dispositifs médicaux (orthopédie, orthèse, prothèses auditives, appareillages...) : ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire

➤ Assistance à domicile : personne à domicile pour effectuer des tâches ménagères : versement par la mutuelle, dans la limite de la somme restant à charge, d'une allocation forfaitaire pouvant aller jusqu'à 90 heures par an :

1. pendant la durée légale du congé de maternité,

2. pour une période limitée à 90 jours et sur prescription médicale :

- après hospitalisation médicale ou chirurgicale,

- en faveur des personnes seules reconnues handicapées,

- la mutuelle souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance un contrat collectif en inclusion ayant pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres du groupement d'une garantie mutualiste d'assistance à domicile.

Une notice d'information est remise aux membres participants et un exemplaire du contrat est tenu par la mutuelle à leur disposition.

➤ Hospitalisation en service médecine ou chirurgie dans un établissement public ou privé conventionné :

- frais de séjour et honoraires médicaux ou chirurgicaux : ticket modérateur et participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées

- participation aux frais de chambre particulière, en fonction du type d'hospitalisation : de jour (ambulatoire) ou avec hébergement, dans la limite des dépenses engagées avec un maximum de 30 jours par année civile

➤ Hospitalisation en service maternité dans un établissement public ou privé conventionné :

- frais de séjour et honoraires médicaux ou chirurgicaux : ticket modérateur et participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées

- participation aux frais de chambre particulière dans la limite des dépenses engagées (maximum 8 jours)

- participation supplémentaire dans le cadre des dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement (chambre particulière, médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, dépassements d'honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...) dans la limite des dépenses engagées

- Frais d'accompagnant pour les enfants âgés de moins de 16 ans :

➤ en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou d'une cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale : versement dans la limite de la dépense engagée par l'accompagnant d'une indemnité journalière -maximum 30 jours par année civile-

- Forfait journalier en établissement hospitalier

- prise en charge de l'intégralité, sans limitation de durée

- Forfait journalier en maison d'accueil spécialisée

- prise en charge de l'intégralité, limitée à 60 jours par an

➤ Frais de transport : ticket modérateur

➤ Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation :

1. lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique affecté soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement : ticket modérateur forfaitaire

2. consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 1 ci-dessus et en lien direct avec elle (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006) : ticket modérateur forfaitaire

➤ Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale : versement du ticket modérateur et d'une allocation forfaitaire

Le tableau des prestations figure en annexe IV.

C – Couverture NICOLAS

Le tableau des prestations figure en annexe V.

CHAPITRE VI

FONDS SOCIAUX

Article 22 - FONDS D'INTERVENTION ET DE SECOURS EXCEPTIONNELS

Des entrades exceptionnelles et des exonérations de cotisations peuvent être accordées par le conseil d'administration, dans les limites des sommes votées tous les ans par l'assemblée générale, aux membres participants et bénéficiaires notamment en cas de maladie, blessure, accident, ou tout autre cas de détresse.

Article 23 - FONDS DE PARTICIPATION AUX FRAIS FUNERAIRES

En cas de décès de l'un de ses membres, la mutuelle peut, à la demande (dans les six mois suivant le décès) de la personne ayant acquitté la facture et dans la limite de la somme restant effectivement à sa charge, verser une participation aux frais funéraires après examen du dossier.

Les sommes prélevées sur le compte bancaire du défunt et les obsèques réglées par avance ne sont pas prises en considération pour déterminer la somme restant à la charge du demandeur.

Le montant maximum de la participation de la mutuelle (½ plafond mensuel de Sécurité sociale, dans la limite du solde disponible de ce fonds) n'est pas une prestation et n'a pas de caractère viager.

La dotation de ce fonds est votée chaque année par l'assemblée générale.

Article 24 - PRETS SOCIAUX

Des prêts sociaux, pris sur un fonds spécial dont le montant est déterminé chaque année par l'assemblée générale, peuvent être accordés à titre exceptionnel par le conseil d'administration aux membres participants pour des besoins médicaux urgents, pour d'importants problèmes sociaux ou pour des frais d'obsèques.

Article 25 - FONDS DE PREVENTION

Dans la limite des sommes votées tous les ans par l'assemblée générale, le conseil d'administration peut :

- organiser, le cas échéant en partenariat avec d'autres organismes, des actions de sensibilisation des adhérents sur la prévention ou la promotion de la santé,
- décider de verser aux adhérents, selon les modalités qu'il aura définies, une participation aux frais engagés dans des actes de prévention (lutte contre le tabac ou l'alcool, hygiène alimentaire, vaccins, ...).

Article 26 - 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.