

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

SECTION SANTE ROUVRAY

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, l'adresse, les coordonnées de contact, la catégorie à laquelle le membre participant est rattaché, la situation de famille et le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale.

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

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

- Les personnels non médicaux titulaires et stagiaires du C.H. du Rouvray.
- Les personnels non médicaux auxiliaires, contractuels et contrats aidés du C.H. du Rouvray.
- Les personnels médicaux du C. H. du Rouvray.
- Les internes en médecine du C.H. du Rouvray.
- Les assistantes maternelles et les familles d'accueil du C.H. du Rouvray.
- Les élèves étudiants de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray.
- Les élèves rémunérés de l'I.F.S.I. du C.H. du Rouvray.
- Les agents en activité dans un autre Centre Hospitalier Public.
- Les retraités du C.H. du Rouvray et des autres Centres Hospitaliers Publics.
- 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.
- Les salariés de la Fraternelle Mutuelle interentreprises.
- Les personnes qui adhèrent ou ré-adhèrent à partir de l'âge de 50 ans.

Article 5 - 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.

Au décès d'un membre participant, son conjoint ou son concubin survivant devient membre participant.

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 6 - 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 7 - 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 8 - 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.

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 9 - 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.

Les cotisations précomptées sont appelées mensuellement à terme échu, les cotisations prélevées sont appelées mensuellement d'avance.

En cas de rejet le membre participant doit acquitter sa cotisation 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 de solidarité additionnelle de 13.27 % du montant de la cotisation.

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 10 du présent règlement mutualiste.

En cas de non présentation des revenus, 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^{er} janvier de l'année précédente.

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

Article 10 - RECLAMATION OU DEMANDE DE REGULARISATION DES COTISATIONS

Toutes réclamations portant sur des cotisations doivent parvenir à la mutuelle 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 recevables 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 11 - COTISATIONS DES MEMBRES HONORAIRES

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

Article 12 - MODALITES DE MINORATION DES COTISATIONS

Une minoration de cotisation peut être accordée à tous les membres participants 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.

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 13 - 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 14 - MODALITES DE CALCUL DES COTISATIONS

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

A) 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.

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

B) Les personnels médicaux du CH du Rouvray

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

Conjoints ou concubins* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

C) 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* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

D) 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* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

E) Les retraités

1°) 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* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

2°) 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* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

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.

F) 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.

Conjoints ou concubins* : la cotisation est fixée en pourcentage 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.

G) Les salariés de la Fraternelle Mutuelle inter-entreprises

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* : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

H) 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 : même pourcentage de cotisation que le membre participant.

I) Enfants des membres participants :

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

Enfants scolarisés, salariés ou non, du 1^{er} janvier de

leur 21^e année au dernier jour du mois anniversaire de leur 28 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.

** Si le conjoint est âgé de plus de 50 ans, il doit s'inscrire en tant que membre participant en remplissant son propre bulletin d'adhésion.*

La cotisation est majorée (voir alinéa H),

CHAPITRE V

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS : PRESTATIONS

Article 15 - 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 supplémentaires 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 mutuelle prend également en charge conformément à la législation, le ticket modérateur pour deux actes de prévention dans ses garanties :

- vaccin contre la rubéole,
- acte d'ostéodensitométrie.

**Article 16 - 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 aux 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 du plafond conventionnel du régime général de la sécurité sociale.

**Article 17 - 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 de la commission de gestion spéciale de la Section Santé Rouvray.

Les décomptes doivent être accompagnés de la facture en cas de règlement du ticket modérateur.

Une facture doit-être fournie pour les prothèses dentaires et les cures thermales.

Pour les prestations optiques, fournir la prescription + la facture.

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 18 - 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. Pour les frais d'ostéopathie et de chiropractie, 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.

**Article 19 - 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 la facture ou le reçu du pharmacien.

**Article 20 - 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 Euros, fournir la facture T2A.

**Article 21 - 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.

**Article 22 - DESCRIPTION DES PRESTATIONS
MALADIE :**

Honoraires médicaux (consultations, visites), actes de spécialistes, radiologie, auxiliaires médicaux (kinésithérapie, soins infirmiers, orthophonie, etc...), analyses, examens de laboratoire, frais pharmaceutiques, soins externes, frais de transports : 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.

Actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 120 Euros : 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 II.

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 II.

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

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.

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.

Verres de contacts pris en charge par la sécurité sociale : versement d'un montant égal à un pourcentage du prix des verres de contact à concurrence d'un plafond indiqué dans le tableau des prestations en annexe II.

Verres de contacts non pris en charge par la sécurité sociale : versement d'un montant égal à un pourcentage du prix des verres de contact 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 II.

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 II.

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.

ASSISTANCE A DOMICILE :

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.

PERMANENCES JURIDIQUES :

Consultations gratuites auprès d'un conseiller juridique.

CHAPITRE VI

FONDS SOCIAUX

Article 23 - 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 12.

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 12 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 VII

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Article 24 - 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

ANNEXE I

Base des cotisations	Adhérents		Conjoints non immatriculés	Conjoints immatriculés
	- 30 ans	30 ans et +		
AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES du C.H. du Rouvray				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.60 % *	3.47 % *	2.85 %	3.80 %
AGENTS CONTRACTUELS du C.H. du Rouvray				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.85 %	3.80 %	2.85 %	3.80 %
MEDECINS du C.H. du Rouvray				
3.90 % du PMSS N-1	127.49 €		127.49 €	
INTERNES en médecine du C.H. du Rouvray				
3.90 % des 2/3 du PMSS N-1	84.99 €		84.99 €	
ASSISTANTES MATERNELLES et FAMILLES D'ACCUEIL du C.H. du Rouvray				
4 % du montant plancher (1/2 PMSS N-1)	65.38 €		65.38 €	
ETUDIANTS de l'IFSI du C.H. du Rouvray				
2.85 % du montant plancher (1/2 PMSS N-1)	46.58 €		46.58 €	
ETUDIANTS REMUNERES de l'IFSI du C.H. du Rouvray				
3.47 % du montant plancher (1/2 PMSS N-1)	56.72 €		56.72 €	
AGENTS du Bois Petit				
Pourcentage du traitement indiciaire brut	2.85 %	3.80 %	2.85 %	3.80 %
RETRAITES				
Pourcentage sur l'ensemble des revenus **	4.04 %		3.03 %	4.04 %
ANCIENS PERSONNELS - DESCENDANTS - COLLATERAUX				
Pourcentage du salaire brut	2.92 %	3.89 %	2.92 %	3.89 %
SALARIES de la Fraternelle Mutuelle interentreprises				
Pourcentage du salaire brut (- minoration 50 %)	3.80 %		2.85 %	3.80 %
ADHESIONS OU RE-ADHESIONS APRES 50 ANS				
Pourcentage sur l'ensemble des revenus	5.27 %		5.27 %	
ENFANTS				
1.18 % du montant plancher (1/2 PMSS N-1)	jusqu'au 31 décembre de leur 20 ^e année			19.29 €
2.18 % du montant plancher(1/2 PMSS N-1)	du 1 ^{er} janvier de leur 21 ^e année jusqu'à leur 26 ans			35.63 €
Au-delà de trois enfants la couverture est gratuite. Pas de limite d'âge pour les enfants handicapés.				

Traitement indiciaire brut = indice majoré x **4.686 €**

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

Montant plancher = 1/2 PMSS N-1 (PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) soit **1 634.50 €** au 01/01/2018

Montant plafond = PMSS N-1 (PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale) soit **3 269 €** au 01/01/2018

* 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^{er} janvier 2018

Personne seule	Personne seule + enfants	Couple	Couple + enfants	Minoration
< 10 583 €	< 13 214 €	< 15 861 €	< 18 490 €	25 %
de 10 583 € à < 13 623 €	de 13 214 € à < 17 008 €	de 15 861 € à < 20 410 €	de 18 490 € à < 23 827 €	15 %
de 13 623 € à < 16 532 €	de 17 008 € à < 20 642 €	de 20 410 € à < 24 768 €	de 23 827 € à < 28 895 €	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

ANNEXE II

AMO : Assurance maladie obligatoire

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS				
NATURE DES ACTES		TAUX AMO	TAUX ou FORFAIT MUTUELLE	TOTAL AMO + MUTUELLE
Soins courants	Honoraires généralistes	70 %	30 %	100 %
	Honoraires spécialistes OPTAM**	70 % / 100 %	75 % / 45 %	145 %
	Honoraires spécialistes hors OPTAM**	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	-	70 €uros/an	70 €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 %	175 % / 175 %	245 % / 275 %
	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 %	100 €uros *	60 % + 100 €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 %	100 €uros *	60 % + 100 €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	
<p>* Le ticket modérateur est inclus dans le forfait (si le forfait est consommé, seul le ticket modérateur sera remboursé)</p> <p>* Remboursement limité à 1 équipement par période de 2 ans, à partir de la date d'achat (année glissante)</p> <p>* Période ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas de correction de la vue</p>				
<p>**OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée La prise en charge des honoraires des médecins respecte les obligations légales de prise en charge des contrats responsables et solidaires</p>				
<p>Les taux de remboursement s'appliquent sur le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale</p>				

(Suite) TABLEAUX DES PRESTATIONS**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	-	200 €	200 €
	Frais d'entretien et accessoires	60 %	40 %	100 %
	Location de matériel médical	60 %	40 %	100 %
Hospitalisation chirurgicale dans un établissement de santé				
Honoraires (y compris ambulatoire)		70 % / 80 %	30 % / 20 %	100 %
<u>Honoraires des Chirurgiens</u> (ADC/ATM)				
- Chirurgiens OPTAM-CO*		100 %	70 %	170 %
- Chirurgiens hors OPTAM-CO*		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
Hospitalisation médicale dans un établissement de santé				
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		-	20 €uros/jour	Limité à 30 jours / an
Chambre particulière en maternité		-	45 €uros/jour	Limité à 12 jours / an
<p>*OPTAM-CO: Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgiens et gynécologues Obstétriciens <i>La prise en charge de l'hospitalisation respecte les obligations légales de prise en charge des contrats responsables et solidaires</i></p>				
Les taux de remboursement s'appliquent sur le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale				