

MUTUELLE M. M. H.



22, rue René Coche 92175 VANVES CEDEX
TEL : 01.41.90.12.70. FAX : 01.41.90.12.77.

REGLEMENT MUTUALISTE

Article 4 des STATUTS

Voté par le Conseil d'administration du 25 avril 2019
Approuvé par l'Assemblée Générale le 13 juin 2019

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité N° SIREN 784 608 754

www.mutuelle-mmh.fr

MAIL : contact@mutuelle-mmh.fr



Table des matières

CHAPITRE 1 : GARANTIES	7
Article 1 : Nature des garanties	7
1.1. Garanties frais de santé	7
Article 2 : Cadre législatif et réglementaire des garanties	7
2.1. Garanties solidaires et responsables	7
CHAPITRE 2 : ADHESION	7
Article 3 : Personnes assurées	7
3.1. Membres participants	7
3.2. Ayants droit	8
3.3. Cas des tutelles et curatelles	9
Article 4 : Modalités d'adhésion	9
4.1. Information et enregistrement de l'adhésion	9
4.2. Délais de renonciation	9
Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion	10
Article 6 : Durée de l'adhésion	10
Article 7 : Evènements survenant en cours d'adhésion	10
7.1. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation	10
Article 8 : Fin de l'adhésion	11
8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties	11
8.2. Radiation d'un ayant-droit	12
8.3. Radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle	12
CHAPITRE 3 : COTISATIONS	13
Article 9 : Affectation et fixation des cotisations	13
Article 10 : Evolution des cotisations	13
Article 11 : Paiement des cotisations	13
11.1. Modalités de règlement des cotisations	13
Article 12 : Incidents de paiement	13
Article 13 : Conséquences du défaut de paiement des cotisations	13
CHAPITRE 4 : PRESTATIONS	14
Article 14 : Définition des prestations	14
Article 15 : Description des prestations	14
15.1. Prestations de prévention	14
15.2. Dentaire	14
15.3. Optique	15
15.4. Hospitalisation :	15
15.5. Prothèses et appareillages :	16
Article 16 : Exclusions générales	16

MUTUELLE M. M. H.



22, rue René Coche 92175 VANVES CEDEX
TEL : 01.41.90.12.70. FAX : 01.41.90.12.77.

Article 17 : Modalités de remboursement des prestations.....	16
17.1 Télétransmission	16
17.2. Tiers payant	17
17.3 Pièces justificatives à fournir pour un remboursement	17
17.4 Prise en charge hospitalière, dentaire, optique et appareillage auditif	19
17.5 Mode de règlement des prestations.....	20
Article 18 : Règles générales de remboursement des prestations	20
18.1 Déclaration tardive des demandes de remboursement	20
18.2 Fraude à l'assurance	20
18.3 Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties	20
18.4 Prestations indues	20
Article 19 : Attribution d'aides exceptionnelles à caractère médical	20
CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS GENERALES	21
Article 20 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	21
Article 21 : Informatique et Libertés	21
Article 22 : Traitement des réclamations et saisine du médiateur.....	22
Article 23 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	22
CHAPITRE 6 : DEFINITIONS.....	23



CHAPITRE 1 : GARANTIES

Article 1 : Nature des garanties

1.1. Garanties frais de santé

Les garanties individuelles frais de santé proposées par la mutuelle ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

Article 2 : Cadre législatif et réglementaire des garanties

2.1. Garanties solidaires et responsables

Lorsque les garanties frais de santé s'inscrivent dans le cahier des charges du contrat responsable (loi n°2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014), celles-ci respectent :

- L'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion ;
- L'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à 1€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
- L'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour tous les actes de prévention pris en charge par le régime obligatoire ;
- La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie,
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ;
- La maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO, CAS).

Les garanties frais de santé solidaires et responsables bénéficient d'un taux de taxe de solidarité additionnelle minoré.

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au cahier des charges du contrat responsable, les changements des garanties concernées seront considérés comme immédiatement applicables nonobstant les clauses des règlements particuliers, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

CHAPITRE 2 : ADHESION

Article 3 : Personnes assurées

3.1. Membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont nécessairement des personnes physiques.



Peuvent acquérir la qualité de membre participant les personnes résidant régulièrement sur le territoire français.

La mutuelle intervient en complément du régime obligatoire quel qu'il soit. Les membres participants sont également dénommés « adhérents ».

3.2. Ayants droit

Est considérée comme ayant-droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- Conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire.

Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

Le partenaire est la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

- Enfant(s) à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par le présent règlement mutualiste, sous réserve qu'ils soient :

- Âgés de moins de 18 ans et bénéficiant de prestations du régime obligatoire :
Sous le numéro d'immatriculation du membre participant ou de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
Sous leur propre numéro d'immatriculation.
- Âgés de moins de 26 ans et :
Poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant) ;
Poursuivent une formation en alternance (sous présentation d'un contrat d'apprentissage inférieur à 12 mois ou d'un contrat de professionnalisation) ;
Inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi. (Sous présentation d'un avis de situation du Pôle Emploi du mois en cours ou précédent et d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation).

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 18^{ème} ou 26^{ème} anniversaire.

Les documents justifiant de la situation d'enfant à charge doivent être transmis à la mutuelle une fois par an.

- Quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 18^{ème} anniversaire.

Le justificatif de la situation de handicap de l'enfant doit être transmis au moment du rattachement de celui-ci.



Ajout d'un ayant-droit postérieurement à l'adhésion

L'affiliation d'un ayant-droit par le membre participant s'effectue à tout moment. L'affiliation est effective le 1er jour du mois suivant la réception des pièces justifiant de la qualité d'ayant-droit par la mutuelle.

3.3. Cas des tutelles et curatelles

Des adhésions peuvent également être réalisées à la demande des services sociaux pour des personnes relevant de l'aide sociale. Il en est de même pour ce qui relève des tutelles et curatelles. Les documents justificatifs doivent être joints lors de l'adhésion et renouvelés si nécessaire.

Article 4 : Modalités d'adhésion

4.1. Information et enregistrement de l'adhésion

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. La mutuelle remettra avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste sur demande de l'adhérent, le recueil des besoins ainsi que la fiche d'information relative à la garantie souhaitée par le membre participant.

Le bulletin d'adhésion comporte notamment la date d'effet de l'adhésion, le nom et le niveau de garantie choisi.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion (attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois pour chaque bénéficiaire, relevé d'identité bancaire du membre participant, mandat SEPA)

En cas de paiement fractionné prédéterminé, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1^{er} versement.

Chaque membre participant se voit communiquer, dès la confirmation de son adhésion, les conditions particulières de la garantie qu'il a souscrite (certificat d'adhésion). Celles-ci comprennent notamment un numéro d'adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle.

4.2. Délais de renonciation

Le délai de renonciation est celui prévu par la loi :

Lorsque l'adhésion aux garanties résulte d'une vente à distance (vente par téléphone, vente en ligne) ou d'un démarchage à domicile, le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au plus tard après un **délai de quatorze (14) jours**, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile ou à compter de la date d'effet de l'adhésion dans le cadre d'une vente à distance,
- Soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à la première.

Il est précisé, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction, que les règles concernant la vente à distance ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial. S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la mutuelle dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception. Celui-ci devra également restituer la(les) carte(s) de tiers-payant éventuellement réceptionnées.

La mutuelle s'engage à rembourser, dans ce même délai, les cotisations réglées.



Modalités de la renonciation

Dans tous les cas, la lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique répondant aux exigences de l'article L.100 du code des postes et télécommunications électroniques, avec accusé de réception, à l'adresse suivante :

Mutuelle MMH
22 rue René Coche
92175 VANVES cedex

Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet le 1^{er} d'un mois et au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la mutuelle, du bulletin d'adhésion signé par le membre participant et des pièces obligatoires.

Article 6 : Durée de l'adhésion

L'adhésion individuelle à la mutuelle court à compter de la date d'effet fixée pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction sauf dénonciation selon les modalités définies dans ce présent règlement.

Article 7 : Evènements survenant en cours d'adhésion

7.1. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation

Changement de situation

Le membre participant a l'obligation, tout au long de son adhésion, de déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout changement d'adresse, de situation familiale (naissance, mariage, divorce, décès) ou de situation au regard du régime obligatoire.

Modifications à l'initiative du membre participant

Des modifications peuvent intervenir à la demande écrite des intéressés (modification des bénéficiaires, changement de situations diverses, etc.). Pour être régulièrement pris en compte, ces changements doivent être justifiés.

Les changements de garanties vers une formule plus élevée peuvent avoir lieu tout au long de l'année avec une date d'effet au 1^{er} du mois suivant la demande.

Les changements de garanties vers une formule à moindre coût peuvent avoir lieu en cours d'année dans les cas suivants :

- Divorce ou rupture de PACS du membre participant
- Mariage ou PACS du membre participant (cas envisageable où le (la) conjoint(e) est bien assuré (e) ailleurs et donc le membre participant demande une réduction de son niveau actuel de garantie)
- PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) du membre participant (sur présentation de justificatifs de la sécurité sociale)
- Décès d'un bénéficiaire
- Naissance

Pour ce faire, le membre participant remplit un bulletin de changement de niveau de garanties disponible sur simple demande auprès de la mutuelle.



Article 8 : Fin de l'adhésion

8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties

Résiliation à l'échéance

Le membre participant peut mettre fin à l'adhésion en fin d'année civile, **par lettre recommandée avec accusé de réception** adressé à la mutuelle au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours, l'effet étant le 1^{er} janvier de l'année suivante. Cette voie de résiliation n'est offerte qu'aux adhésions individuelles (hors contrats collectifs obligatoires)

Pour les adhésions à tacite reconductions relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose **d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis** pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste. (Dans le cadre de la loi Chatel).

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée avec accusé de réception, mettre un terme à son adhésion, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain du jour suivant la réception du courrier par la mutuelle.

Dérogations

Affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire

Il est dérogé au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance complémentaire santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire au plus tard dans les trois (3) mois suivant son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

Départ à l'étranger

Il peut être mis fin à l'adhésion du membre participant, en dehors de l'échéance annuelle, lorsque celui-ci part s'établir à l'étranger. Ce motif dérogatoire de résiliation sera retenu par la mutuelle sous réserve de la présentation d'au moins un, des justificatifs suivants :

- Photocopie du contrat de location à l'étranger
- Photocopie du contrat de travail ou de mission

Bénéfice de l'ACS ou de la CMU-C

Le membre participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, s'il bénéficie de la CMU-C ou de l'ACS et sur présentation de l'attestation d'ouverture des droits à la CMU-C ou à l'ACS. Pour la mise en jeu des causes dérogatoires de résiliation susvisées, le membre participant formule sa demande par **lettre recommandée avec accusé de réception**. La résiliation est effective le 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier par la mutuelle.

Décès du Membre participant

Les membres participants cessent d'être garantis à compter de leur décès.

La fraction de cotisation afférente à la période postérieure à la date de décès est alors remboursée par la mutuelle auprès du notaire en charge de la succession. A défaut, ce reliquat sera reversé aux personnes justifiant



de leur qualité d'héritier (Voir article 19.3 relatif aux pièces justificatives). Cette somme peut également être portée en acompte sur le contrat du conjoint survivant devenu membre participant.

En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après acceptation et signature de l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

Effets : Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties pour l'ensemble des bénéficiaires. Dès la cessation des garanties, le membre participant s'engage expressément à ne plus utiliser et à restituer ses cartes de tiers payant à la mutuelle (Voir article 19.2 relatif au tiers payant).

8.2. Radiation d'un ayant-droit

Radiation à l'échéance

L'ayant-droit peut, à sa demande, mettre fin à son affiliation en fin d'année civile. Cette demande est formulée par écrit adressé à la mutuelle, au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours.

Dérogation :

Par dérogation, la radiation de l'ayant-droit peut s'effectuer en cours d'année, sur demande conjointe de l'ayant-droit et du membre participant, en cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- Séparation (divorce, rupture de PACS, rupture du concubinage)
- Affiliation de l'ayant-droit à une mutuelle d'entreprise obligatoire.

La preuve se fait sur présentation de tous documents justifiant du changement de situation.

La radiation est effective le 1er jour du mois suivant la réception des justificatifs par la mutuelle. En l'absence de justificatifs, la radiation se réalise au 31 décembre de l'année en cours.

Décès de l'ayant-droit

L'ayant-droit cesse d'être garanti lors de son décès. La fraction de cotisation afférente à la période postérieure à la date de décès est remboursée par la mutuelle auprès du notaire en charge de la succession. A défaut, ce reliquat sera reversé aux personnes justifiant de leur qualité d'héritier. Cette somme peut également être portée en acompte sur le contrat du conjoint survivant lorsqu'il est le membre participant.

8.3. Radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle

Radiation du membre participant pour défaut de paiement des cotisations

La mutuelle peut résilier la garantie et procéder à la radiation du membre participant en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues dans ce présent règlement.

Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants qui ont commis de fausses déclarations intentionnelles entraînant la nullité des garanties accordées telle que prévue à l'article L.221-14 du code de la mutualité quand ces fausses déclarations changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour la mutuelle quand bien même le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui, en sus, a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.



Peuvent en outre être exclus, les membres qui auraient porté atteinte aux intérêts de la mutuelle. Il est notamment porté atteinte aux intérêts de la mutuelle lorsqu'il est sciemment utilisé, au moment de la souscription et/ou tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...).

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

Article 9 : Affectation et fixation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle. La mutuelle ne peut moduler les montants des cotisations qu'en fonction du nombre d'ayants droit, ou de leur situation familiale. La mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical auprès de ses membres participants ou des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Article 10 : Evolution des cotisations

Les montants ou taux de cotisations sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur, des dispositions générales de la sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel.

Les ajustements de cotisations votés par le Conseil d'Administration de la mutuelle seront portés à la connaissance du membre participant conformément aux dispositions de l'article 7.1 énuméré ci-avant. Par leur notification, ils s'imposeront alors à celui-ci.

Article 11 : Paiement des cotisations

11.1. Modalités de règlement des cotisations

A l'exception du premier règlement qui parfait l'adhésion, les cotisations peuvent être acquittées en fonction du fractionnement possible retenu (mensuel, trimestriel ou annuel), à la date d'exigibilité fixée lors de l'adhésion, dans les conditions particulières.

Le paiement s'effectue au moyen d'un prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant. Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 12 : Incidents de paiement

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».
- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;

Article 13 : Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Les conséquences d'un défaut de paiement sont les suivantes :

- 15 jours après ce défaut de paiement, la mutuelle adresse par voie postale un courrier de relance à l'adhérent pour l'informer de ce défaut de paiement et du blocage de ses prestations
- Si la situation n'est pas régularisée, le 14 du mois suivant (M+1), la mutuelle adresse par lettre recommandée une mise en demeure à l'adhérent concerné.



- Si la situation n'est pas régularisée avant, le 30 du mois suivant (M+2), la mutuelle adresse par lettre recommandée à l'adhérent sa radiation pour non-paiement des cotisations.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée.

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

Article 14 : Définition des prestations

La mutuelle assure le remboursement des frais médicaux-chirurgicaux reconnus comme tels et pris en charge par la sécurité sociale. Elle intervient en complément du remboursement du régime obligatoire. Lorsqu'ils ne sont pas exprimés en montant, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale. Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la mutuelle sont présentés dans les tableaux de prestations des fiches d'informations.

Sauf mentions contraires dans les tableaux de prestations des fiches d'information, les actes non pris en charge par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun remboursement.

Rappel : spécificités relatives aux contrats responsables

Dépassements d'honoraires en médecine, chirurgie et obstétrique

Le cahier des charges des contrats responsables impose un remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel de secteur 2 adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO - CAS).

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels adhérant à un tel dispositif est plus important.

En adhérant à ce dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre d'actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes.

Prise en charge du ticket modérateur

La mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des catégories de soins remboursés par la Sécurité Sociale.

Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale devront supporter un reste à charge plus important dans leurs postes de dépenses frais de santé.

Article 15 : Description des prestations

15.1. Prestations de prévention

Les garanties de la mutuelle contiennent des actes de prévention remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

15.2. Dentaire

En fonction de la garantie souscrite et selon les modalités détaillées dans le tableau des prestations des fiches d'information, la mutuelle prend en charge les postes suivants :

- Soins et actes dentaires pris en charge par la sécurité sociale,
- Inlays-Onlays pris en charge par la sécurité sociale.



- Implants non pris en charge par la sécurité sociale. Pour certaines garanties, ce remboursement prend la forme d'un forfait annuel. **Sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations, le pilier sur implant n'est pas pris en charge par la mutuelle.**
- Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale
- Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale.
- Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale : le remboursement de la mutuelle s'effectue dans les 6 mois à compter de la date de début de traitement et sur présentation de la facture, dans la limite du forfait prévu dans le cadre de la garantie annuelle. Si le traitement a débuté antérieurement à la date d'adhésion à la garantie, celui-ci n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Les actes pris en charge par la sécurité sociale sont répertoriés dans la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (voir nomenclature).

Estimation de devis dentaires

Afin de connaître le montant de remboursement garanti par la mutuelle dans le cadre de travaux dentaires importants (pose de prothèses, d'implants, orthodontie), le membre participant adresse à celle-ci son devis dentaire établi par le professionnel de santé. Ce devis doit être daté et en cours de validité. Il doit également indiquer :

- Le type de travaux dentaires : couronne dentaire, inlay, onlay, implant dentaire etc. Le type de matériaux utilisé pour les prothèses dentaires (céramique, argent, or) le prix pratiqué par le professionnel de santé
- Le remboursement de la sécurité sociale par rapport à la nomenclature des soins dentaires,
- Le nom des deux parties (patient et professionnel de santé) apposée de la signature de chacune d'elle.

Après étude de son devis, la mutuelle transmet au membre participant une estimation chiffrée. Cette estimation n'engage pas la mutuelle lorsque les travaux réalisés ne correspondent pas, en tous points, aux informations du devis analysé.

15.3. Optique

Verres et monture :

Le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans.

Ce délai de 24 mois est fixe et s'apprécie à compter de la date de la facture du dernier équipement.

Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement :

- Pour un enfant de moins de 16 ans.
- Ou justifié par une évolution de la vue.

Lentilles correctives refusées ou acceptées par la sécurité sociale :

Lorsque le niveau de garanties souscrit le prévoit, ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire.

15.4. Hospitalisation :

Sont pris en charge à ce titre les frais engagés à l'occasion :

- D'une hospitalisation ambulatoire
- D'une hospitalisation médicale : court ou moyen séjour.



- D'une hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale)

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge par la mutuelle :

- Des honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste
- De la participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 €.
- Des frais de séjour
- Du forfait journalier hospitalier pour une durée illimitée lorsque les garanties répondent aux exigences du contrat responsable.
- De la chambre particulière
- Du lit accompagnant.
-

15.5. Prothèses et appareillages :

Selon la garantie souscrite :

La mutuelle prend en charge les prothèses et appareillage sous réserve du remboursement par la sécurité sociale.

Article 16 : Exclusions générales

En tout état de cause, la mutuelle ne prend pas en charge :

- Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;
- Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EPHAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique ;
- Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour.
-

Article 17 : Modalités de remboursement des prestations

17.1 Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papier, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de la sécurité sociale.

Cette télétransmission s'effectue via le système d'échanges dit NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). Ce système permet, par liaison informatique, la transmission automatique des données de sécurité sociale du membre participant et de ses éventuels ayants droit, de la sécurité sociale vers la mutuelle.

En cas de refus de la télétransmission, le membre participant ou le bénéficiaire s'engage :

- À informer la mutuelle de son éventuelle affiliation à un autre organisme assureur frais de santé le cas échéant,
- À adresser à la mutuelle les décomptes des prestations délivrés par le premier assureur.



17.2. Tiers payant

La carte de tiers payant

La carte de tiers payant permet au membre participant de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

Elle intervient à hauteur du ticket modérateur.

A la cessation des garanties, le membre participant doit restituer sa carte de tiers payant dans les meilleurs délais et en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la mutuelle pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. En cas d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

17.3 Pièces justificatives à fournir pour un remboursement

Rappels :

le bénéficiaire de la télétransmission n'a pas de justificatifs à fournir pour les **actes courants**. En revanche, certains types de soins (frais d'optique, prothèses dentaires, orthodontie ...) nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la mutuelle puisse compléter les informations communiquées par le régime obligatoire et calculer au mieux le montant de son remboursement.

en l'absence de télétransmission, le bénéficiaire s'engage à adresser, systématiquement, le décompte de sa première complémentaire santé s'il y a lieu.

Les justificatifs doivent obligatoirement indiquer le numéro d'adhérent. Il appartient au membre participant de l'ajouter.

Prestations		Pièces à fournir	
		Télétransmission	Absence de télétransmission
Actes remboursés par le RO*	Tous les soins remboursés par le RO* exceptés les soins ci-dessous		<ul style="list-style-type: none"> Décomptes du RO* sur lequel figure les détails des soins à rembourser
	Hospitalisation		<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée présentant le nom et prénom du bénéficiaire Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes Copie du bulletin d'hospitalisation

MUTUELLE M. M. H.



22, rue René Coche 92175 VANVES CEDEX

TEL : 01.41.90.12.70. FAX : 01.41.90.12.77.

	Lunettes	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ordonnance • Copie de la facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes du RO* • Copie de l'ordonnance • Copie de la facture détaillée et acquittée
	Lunettes (si évolution de la vue)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution • Copie de la facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution • Copie de la facture détaillée et acquittée
	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ordonnance • Copie de la facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes du RO* • Copie de l'ordonnance • Copie de la facture détaillée et acquittée

Actes remboursés par le RO* (suite)	Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la facture détaillée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes du RO* • Copie de la facture détaillée
	Grand appareillage (fauteuil roulant, podorthèses...)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la facture détaillée et acquittée** 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes du RO* • Copie de la facture détaillée et acquittée**
	Orthodontie acceptée	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la facture précisant le type de traitement et sa périodicité** 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes du RO* • Copie de la facture précisant le type de traitement et sa périodicité**



Actes non remboursés par le RO*	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> • Original de la facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire, la marque des lentilles et le nombre de boîtes délivrées • Copie de l'ordonnance
	Orthodontie refusée	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la facture précisant le type de traitement et sa périodicité**
	Médecines alternatives	<ul style="list-style-type: none"> • Original de la facture établie, pour chaque séance présentant le nom et prénom du bénéficiaire, la qualité et les diplômes du professionnel

Restitution du prorata des cotisations en cas de décès du membre participant	<ul style="list-style-type: none"> • Acte de décès • Coordonnées du notaire chargé de la succession <p>En l'absence de notaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificat d'hérédité ou copie de la carte d'identité • Copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant le lien de parenté • Attestation de porte for en cas d'héritiers multiples
---	---

***Régime obligatoire**

****A transmettre sur demande de la mutuelle**

Les pièces justificatives seront adressées soit par voie postale soit par mail à la mutuelle.

17.4 Prise en charge hospitalière, dentaire, optique et appareillage auditif

La demande de prise en charge est adressée :

Par fax au : 01.41.90.12.77

Par courriel à : contact@mutuelle-mmh.fr

Par courrier au 22, Rue René Coche 92175 Vanves Cedex

Pour la prise en charge hospitalière les informations demandées sont les suivantes :

- N° FINESS
- Code discipline médico-tarifaire (DMT)
- Fax ou mail de

l'établissement

- Bénéficiaire concerné
- Date d'entrée de l'hospitalisation.

La chambre particulière ne fait pas l'objet d'une prise en charge

Pour les dépassements d'honoraires en médecine ou chirurgie, le membre participant ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture acquittée de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent le montant des honoraires.



17.5 Mode de règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue obligatoirement par virement, auprès du membre participant ou de l'ayant-droit de plus de 16 ans ayant communiqué son RIB.

En cas de prise charge, le paiement est réalisé auprès du professionnel de santé directement.

Article 18 : Règles générales de remboursement des prestations

18.1 Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle, au plus tard dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins. Au-delà de ce délai, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

18.2 Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...). La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne assurée dont la fraude est avérée se verra exclue de la mutuelle.

18.3 Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties

En tout état de cause et en application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations reversées par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

En cas de régularisation ultérieure du régime obligatoire, le membre participant s'engage expressément à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si le membre participant souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs concernés.

18.4 Prestations indues

Le membre participant s'oblige expressément à rembourser à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

Cette retenue peut s'effectuer sur une période de 24 mois maximum à compter de la date de versement de la prestation indue par la mutuelle.

Article 19 : Attribution d'aides exceptionnelles à caractère médical

La mutuelle peut attribuer des secours ou des aides exceptionnelles à caractère médical aux membres participants ou à leurs ayants droits inscrits et dont la situation matérielle le justifie. Une commission instituée par le conseil d'administration de la mutuelle est créée à cet effet.



CHAPITRE 5 : DISPOSITIONS GENERALES

Article 20 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants-droits éventuels.

Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants-droits, la justification et/ou la vérification de leur identité, de leur situation professionnelle économique ou financières ; ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

Article 21 : Informatique et Libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, la mutuelle est amenée à recueillir auprès du membre participant des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et le règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 applicable à compter du 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données »).

Le responsable du traitement de ces données personnelles est la mutuelle, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect de la confidentialité et du secret médical : connaissance client/prospect, gestion de la relation commerciale, gestion du contrat, prospection, réalisation de devis, études statistiques, enquêtes et sondages, prévention de la fraude, respect des obligations légales.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard du membre participant d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement du contrat et à l'envoi des documents contractuels ou informatifs.

Ces données sont conservées durant la durée nécessaire à la relation contractuelle et conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur. Elles seront automatiquement supprimées 5 ans après la fin de la relation contractuelle entre la mutuelle et le membre participant.

A ce titre, le membre participant est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec la mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment,
- Aux partenaires de la mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par le membre participant aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis du membre participant ou de la mutuelle
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite et notamment lors d'une surcharge de notre standard téléphonique.

Il est précisé que toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté et au règlement européen sur la protection des données, le membre participant dispose, sans frais et pour motif légitime, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition et de portabilité des données le concernant. Celui-ci a également le droit de définir des directives sur le sort de ses données après son décès, en s'adressant à :

MUTUELLE M. M. H.



22, rue René Coche 92175 VANVES CEDEX

TEL : 01.41.90.12.70. FAX : 01.41.90.12.77.

Association Diversité et Proximité Mutualiste (ADPM)

M. Christophe BOISSONNADE

32, avenue Georges Clémenceau

34000 - MONTPELLIER

En cas d'insatisfaction, le membre participant a la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Article 22 : Traitement des réclamations et saisine du médiateur

Si vous rencontrez une situation qui ne vous donne pas satisfaction, vous avez la possibilité de nous adresser une réclamation à l'adresse suivante :

Mutuelle MMH

A l'attention de la Directrice de la mutuelle

22, rue René Coche

92175 Vanves Cedex

Téléphone : 01-41-90-12-70

Mail : contact@mutuelle-mmh.fr

Une réponse définitive ou un accusé de réception de la demande avec le cas échéant une demande de pièces complémentaires vous sera envoyée dans un délai de 2 jour ouvrable à compter de la date de réception de la réclamation. La mutuelle s'engage à traiter votre réclamation et à envoyer une réponse définitive dans un délai de 2 mois maximum à partir de la date de réception de la réclamation.

- Si vous n'êtes pas satisfait du traitement de votre réclamation, vous pouvez également l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle MMH

A l'attention du Président de la mutuelle

22, rue René Coche

92175 Vanves Cedex

Téléphone : 01-41-90-12-70

- Si le désaccord persiste, à l'issu de la procédure, vous pourrez saisir gratuitement le médiateur de la mutuelle, qui est le médiateur de la FNMF par courrier ou par mail :

Monsieur le Médiateur de la FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 Paris cedex 15

Mail : mediation@mutualite.fr

La charte de médiation est disponible sur demande à la mutuelle et consultable sur le site

Article 23 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : 4 Place Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09



CHAPITRE 6 : DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Voir définition « membre participant ».

Ayant droit

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par le membre participant selon les critères définis par l'article 3.2 du présent règlement.

Assuré

Personne physique dont le régime d'assurance maladie obligatoire ressort du droit français, sur la tête de laquelle repose le risque et dont le nom figure dans les conditions particulières de la garantie (certificat d'adhésion).

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec la sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre la sécurité sociale et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec la sécurité sociale. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Les tarifs de convention et de responsabilité applicables sont déterminés dans la nomenclature.

Bénéficiaire

Personne bénéficiant des prestations de la mutuelle.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM – OPTAM CO/ Contrat d'Accès aux Soins -CAS-)

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant au dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. En contrepartie :

- Son activité est revalorisée par la sécurité sociale (prise en charge d'une partie des cotisations sociale pour l'activité pratiquée à tarif opposable, revalorisation des tarifs opposables de certains actes techniques)
- Actes chirurgicaux, actes de gynécologie-obstétrique)
- Ses patients bénéficient d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au dispositif.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins est un dispositif à l'arrêt et laisse place à l'OPTAM/OPTAM-CO. Le CAS disparaîtra complètement au 31 décembre 2019 lorsque plus aucun médecin n'y sera adhérent.



Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Forfait facturé par les établissements de santé, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie sauf en cas de transfert d'établissement.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes indépendantes (EPHAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par la sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1^{er} janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Médecin conventionné de secteur 1 : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec la sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par la sécurité sociale, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Médecin conventionné de secteur 2 : Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par la sécurité sociale.

Membre participant

Personne physique répondant aux critères définis à l'article 3.1 du présent règlement signataire du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et droits et obligations du règlement mutualiste.

Mutuelle : désigne l'organisme d'assurance frais de santé, France Mutuelle.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits, et prestations pris en charge par la sécurité sociale et les conditions de leur remboursement (base de remboursement).

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) répertorie les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.) ;



- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...);
- La Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux pour l'activité bucco-dentaire (soins dentaires, parodontologie...)
- La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) répertorie les actes de biologie médicale
- La Liste des Produits et Prestations (LPP) répertorie les biens médicaux hors médicaments (appareillage,) les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) répertorie les soins hospitaliers.

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime de sécurité sociale âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès de la sécurité sociale (ou son remplaçant). Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Participation forfaitaire à 1 Euro

La participation forfaitaire à 1 euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Le cumul de la franchise est plafonné à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Régime obligatoire

Régime légal de sécurité sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général -concernant la plupart des salariés et étudiants-, régimes spéciaux -fonctionnaires, agents de la SNCF, d'EDF-GDF-, régime agricole, régime Alsace-Moselle...). Ces régimes assurent la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades. Ils interviennent sur un certain taux de la base de remboursement. Ces taux de remboursement sont susceptibles de varier selon les régimes.

Sécurité sociale

La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle fournit la couverture de base des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », « accidents du travail/ maladies professionnelles », « vieillesse » et « familles ». Pour la couverture des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », la sécurité sociale est composée de différents régimes auxquels sont obligatoirement affiliés les bénéficiaires (voir régime obligatoire).

MUTUELLE M. M. H.



22, rue René Coche 92175 VANVES CEDEX

TEL : 01.41.90.12.70. FAX : 01.41.90.12.77.

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.