

LA FRATERNELLE

Mutuelle interentreprises

règlement mutualiste

2017

225 av. Charles de Gaulle 92528 Neuilly sur Seine Cedex
tél : 01 47 15 46 28 ou 01 47 15 46 31 – fax : 01 47 15 47 71
mél : contact@fraternelle-interentreprises.fr – www.fraternelle-interentreprises.fr



mutuelle régie par le livre I I du code de la mutualité – Siren 302 999 115

L'UNME-Garantie se substitue intégralement pour la constitution des garanties en branches 1 et 2 et pour l'exécution des engagements de la mutuelle. Si l'agrément était retiré à l'UNME-Garantie, les garanties seraient résiliées le 40^{ème} jour à midi à compter de la publication de la décision de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors remboursée au membre participant.

CHAPITRE I - GENERALITES

Article 1 - Définition du règlement mutualiste

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

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.

Article 2 - Modification du règlement mutualiste

Le règlement mutualiste est adopté ou modifié par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

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 1 - Désignation des catégories

Les membres de la mutuelle sont répartis conformément aux articles 8 et 9 des statuts et de l'article 2 du chapitre IV du présent règlement mutualiste.

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 1 - Démission

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.

Article 2 - 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 à l'article 13 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.

CHAPITRE IV - COTISATIONS

Article 1 - Obligation des adhérents

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

Article 2 - Catégories de cotisations et niveaux de couverture

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

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

Les différents niveaux de couverture sont les suivants :

A – Couverture complémentaire de base

• SANTÉMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

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

Ces membres participants cotisent en A1 ou B1.

- SENIOR

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

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

Ces membres participants cotisent en A2 ou B2.

- MAXIMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie :

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

Ces membres participants cotisent en A3 ou B3.

- EVEOLMUT

Peuvent cotiser dans cette catégorie les personnes physiques visées au 1° de l'article 8 des statuts.

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

B – Couverture sur-complémentaire (option)

- SACEM +

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

- SANTÉMUT +

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

- SENIOR +

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

- MAXIMUT +

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

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

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

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

2. Adhésion avec prise en charge différée :

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

3. Démission

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

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

C – Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C)

- CMU C

Peuvent relever de cette catégorie, sans contrepartie de cotisation, les personnes remplissant les conditions stipulées aux articles L.861-1 et suivants du code de la Sécurité sociale qui définissent les règles d'attribution de la CMU complémentaire. Les prestations prises en charge par la CMU C sont définies par la législation. Les professionnels de santé ont obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU, de respecter les tarifs reconnus par la Sécurité sociale, et de pratiquer la dispense d'avance des frais. Les professionnels sont remboursés directement et intégralement par la caisse d'assurance maladie.

- Contrat de sortie de CMU C

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

Tarifs à titre indicatif car définis réglementairement :

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

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

Article 3 - Modulation de cotisations

Le montant des cotisations de la couverture complémentaire de base de la catégorie SENIOR est modulé en fonction du revenu des membres participants selon le quotient familial (QF) suivant :

$$QF = \frac{\text{Revenu fiscal de référence}}{\text{Nombre de parts}}$$

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

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

$$QF = \frac{\text{Revenu fiscal de référence total (adhérent + concubin)}}{\text{Nombre de parts total (adhérent + concubin)}}$$

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

$$QF = \frac{\text{Revenu fiscal de référence total (adhérent + conjoint ou concubin + enfant)}}{\text{Nombre de parts total (adhérent + conjoint ou concubin + enfant)}}$$

Afin de permettre à la mutuelle d'établir le tableau des montants et taux des cotisations (Cf. chapitre IV, article 5) les adhérents sont invités à remettre avant une date butoir le ou les avis d'imposition ou de non-imposition (ou à défaut une attestation du centre des impôts comportant les éléments nécessaires sus indiqués) au titre de l'avant dernière année précédant celle pour laquelle les cotisations sont dues.

En cas de non-communication de ces documents par le membre participant ou sans réponse dans le délai imparti, la cotisation est calculée au taux plein. Les demandes de modulation qui parviennent ultérieurement sont prises en considération à compter de la période (Cf. chapitre IV, article 4) qui suit celle de réception du (des) document(s) justificatif(s) demandé(s) par la mutuelle.

Article 4 - Périodicité et mode de paiement

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

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

En cas d'incident de paiement, les frais sont à la charge de l'adhérent.

Par dérogation, tout autre moyen de paiement devra faire l'objet d'une approbation préalable de la mutuelle.

Article 5 - Tableau des montants et taux des cotisations annuelles individuelles et optionnelles

CATÉGORIES DE COTISANTS	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE DE BASE	SUR-COMPLÉMENTAIRE (en plus de la cotisation de base)
-------------------------	-------------------------------	--

Contrat collectif SACEM			SACEM +	
I1 isolé	Voir le contrat collectif		I1+ isolé	216,00
F1 famille			F1+ famille	432,00

SANTÉMUT			SANTÉMUT +	
A1 isolé	960,00		A1+ isolé	324,00
B1 famille	1 920,00		B1+ famille	648,00

SENIOR									SENIOR +	
	QUOTIENT FAMILIAL (revenu fiscal de référence ⁽¹⁾ pris en considération au titre de l'avant dernière année précédant celle pour laquelle les cotisations sont dues divisé par le nombre de parts retenu par l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu des personnes physiques)									
	> à 22 500	≥ à 19 000	≥ à 16 000	≥ à 13 000	≥ à 10 000	≥ à 7 000	≥ à 3 700	≤ à 3 699		
A2 isolé	960,00	864,00	768,00	672,00	576,00	480,00	384,00	288,00	A2+ isolé	324,00
B2 famille	1 920,00	1 728,00	1 536,00	1 344,00	1 152,00	960,00	768,00	576,00	B2+ famille	648,00

(1) fournir avis d'imposition ou de non-imposition

MAXIMUT			MAXIMUT +	
A3 isolé	1 188,00		A3+ isolé	324,00
B3 famille	2 376,00		B3+ famille	648,00

EVEOLMUT							
A4 isolé	1 284,00	C4 couple + 1 enfant	2 668,00	E4 couple + 3 enf. et +	2 988,00	G4 adulte + 2 enfants	1 576,00
B4 couple	2 508,00	D4 couple + 2 enfants	2 828,00	F4 adulte + 1 enfant	1 416,00	H4 adulte + 3 enf. et +	1 736,00

CHAPITRE V - PRESTATIONS

Article 1 - 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 à la réforme des contrats de complémentaire santé dits "contrats responsables" engagée par les pouvoirs publics afin 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,
- de 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 médecins spécialistes en accès direct)

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

Prévention

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

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

Article 2 - Droit aux prestations

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

Le droit aux prestations prend effet après les délais de stages éventuels prévus à l'article 3 ci-après.

Article 3 - Délai de stage - Mutation

Le délai de stage (appelé parfois délai de carence ou délai d'attente) est une période pendant laquelle le membre participant et/ou bénéficiaire doit s'acquitter de ses cotisations sans bénéficier des prestations.

Le délai de stage est de 3 mois pour l'ensemble des prestations de la couverture complémentaire de base de la mutuelle.

Les membres participants et bénéficiaires munis d'un **certificat de radiation** nominatif de leur ancienne mutuelle seront acceptés sans délai de stage (ou de carence ou d'attente) pour les seuls risques indiqués sur ledit certificat. La période de stage sera observée pour les autres risques.

Ils disposent d'un délai de trois mois à compter de la date de radiation pour effectuer leur demande de mutation sans application de ce délai.

Les membres participants et bénéficiaires munis d'un **certificat d'appartenance** nominatif d'une mutuelle seront acceptés sans délai de stage pour les seuls risques indiqués sur ledit certificat. La période de stage sera observée pour les autres risques.

Ils disposent d'un délai de trois mois à compter de la date d'effet du certificat pour effectuer leur demande de mutation sans application de ce délai.

Les nouveaux-nés inscrits à la Fraternelle dans les six mois de leur naissance bénéficient d'une dispense de délai de stage sous réserve de l'ouverture des droits aux parents.

Article 4 - Délai de forclusion

Le délai de présentation d'une demande de prestation est de 24 mois à compter de la date des soins.

Les demandes doivent donc être présentées dès que possible afin d'éviter l'application de ce délai.

Article 5 - Plafond des prestations en nature

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

Article 6 - Pièces justificatives à fournir pour obtenir des prestations

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

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

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

- Pour l'ensemble des frais médicaux (à l'exception de l'optique) remboursables à l'adhérent par un régime de base : l'original du décompte de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme.
- Pour l'optique : il est recommandé de faire établir un devis à transmettre (par l'adhérent ou par l'opticien) à la mutuelle qui calculera précisément la partie prise en charge par la Sécurité sociale, celle remboursée par la mutuelle (régime complémentaire de base et, le cas échéant, régime sur-complémentaire) ainsi que le montant qui restera à la charge de l'adhérent (procédure du tiers payant possible si l'adhérent se rend chez un opticien agréé par la mutuelle). Si l'adhérent se rend chez un opticien non agréé, il doit transmettre à la mutuelle la facture nominative et acquittée, délivrée par l'opticien, faisant apparaître le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et la date de la prescription de l'ophtalmologue. Dans tous les cas, le décompte de la SS ne donne pas droit à un remboursement de frais d'optique.
- Pour l'ensemble des frais médicaux donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale à un tiers : le reçu codifié et nominatif du versement du ticket modérateur comportant la date, la nature des soins, le montant payé.
- Si le reçu du versement du ticket modérateur n'est pas codifié et/ou ne comporte pas la nature des soins, ce reçu doit être accompagné du décompte indiquant le remboursement de la Sécurité sociale au tiers.
- Pour les frais médicaux n'ayant pas donné lieu à un remboursement d'un premier organisme mais indemnisables par la mutuelle : les originaux des documents justificatifs sont exigés (feuille de soins, facture acquittée, reçu, note d'honoraires,...).
- Prothèse dentaire refusée en totalité par la Sécurité sociale : feuille de soins correspondante, facture détaillée du praticien.
- Prothèse dentaire refusée partiellement par la Sécurité sociale : original du décompte de la Sécurité sociale, photocopie de la feuille de soins correspondante, facture détaillée du praticien.
- Dépassement d'honoraires lors d'hospitalisation chirurgicale : facture acquittée de l'établissement précisant le montant des honoraires, la date et le coefficient de l'intervention.
- Inlay / Onlay : décompte de la Sécurité sociale + facture détaillée du praticien.
- Cures thermales acceptées par Sécurité sociale : décompte de la Sécurité sociale avec mention du remboursement du forfait thermal, ou facture de l'établissement thermal faisant apparaître la participation de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de la mission d'audit interne, la mutuelle peut être amenée à demander -préalablement ou postérieurement au versement du remboursement- toute pièce justificative complémentaire. Les pièces justificatives sont conservées par la mutuelle.

Article 7 - Paiement des prestations

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

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

Article 8 - Détail des prestations (ticket modérateur / prestations supplémentaires)

A – Couvertures SANTÉMUT, SENIOR, MAXIMUT

- Analyses ()
- Soins par orthoptistes)
- Radiographies ()
- Soins par infirmiers)
- Soins par orthophonistes (*ticket modérateur*)
- Pharmacie)
- Soins par masseurs-kinésithérapeutes ()
- Consultations et visites de médecins généralistes)

- Consultations et visites de médecins spécialistes : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Nutriments pour intolérants au gluten : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Soins par ostéopathes : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement

- Frais de transport : ticket modérateur

- Soins, prothèses dentaires et orthodontie
 - Radiologie, soins et consultations dentaires : ticket modérateur
 - ◆ inlay/onlay : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
 - ◆ traitement parodontal : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
 - ◆ autres soins dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (hors parodontologie) : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
 - *Prothèses dentaires*
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire sur présentation de la note d'honoraires remise par le chirurgien-dentiste
 - *Prothèses dentaires / orthodontie* prises en charge à 100 % par la SS
 - ◆ participation supplémentaire dans la limite de la dépense engagée

➤ *Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité sociale*

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

• Optique

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

- application d'un plafond de remboursement par verre en fonction du degré de correction du verre, ce plafond comprenant le ticket modérateur et la monture,
- le plafond de remboursement de la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres,
- la prise en charge par la mutuelle est limitée à un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de deux ans,
- cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève deux ans après,
- lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après,
- par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue,
- la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la Sécurité sociale

- ◆ participation aux frais de verres de contact non remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement
- ◆ participation aux frais de chirurgie réfractive (intervention chirurgicale oculaire visant à corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie)

• Actes techniques médicaux

- ◆ ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire

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

- ◆ ticket modérateur forfaitaire

- Dispositifs médicaux (orthopédie, orthèse, prothèses auditives, appareillages...) :
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire
 - ◆ dispositifs complémentaires d'aide auditive / entretien appareil auditif (hors piles) : participation dans la limite des dépenses engagées et dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement

- Assistance à domicile :
 - ◆ personne à domicile pour effectuer des tâches ménagères : versement par la mutuelle, dans la limite de la somme restant à charge, d'une allocation forfaitaire pouvant aller jusqu'à 90 heures par an :
 1. pendant la durée légale du congé de maternité,
 2. pour une période limitée à 90 jours et sur prescription médicale :
 - après hospitalisation médicale ou chirurgicale,
 - en faveur des personnes seules reconnues handicapées.
 - ◆ la mutuelle souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance un contrat collectif en inclusion ayant pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres du groupement d'une garantie mutualiste d'assistance à domicile. Une notice d'information est remise aux membres participants et un exemplaire du contrat est tenu par la mutuelle à leur disposition.

- Hospitalisation en service chirurgie :
 - ◆ ticket modérateur
 - ◆ participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées, dans le cadre des actes chirurgicaux
 - ◆ participation aux frais de chambre particulière, en fonction du type d'hospitalisation : de jour (ambulatoire) ou avec hébergement, dans la limite des dépenses engagées

- Hospitalisation en service maternité :
 - ◆ participation aux frais de chambre particulière dans la limite des dépenses engagées -maximum 12 jours-
 - ◆ participation supplémentaire dans le cadre des dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement (chambre particulière, médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, dépassements d'honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...) dans la limite des dépenses engagées

- Frais d'accompagnant pour les enfants âgés de moins de 16 ans, les non voyants, les enfants atteints d'une incapacité permanente reconnue par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), et les adultes reconnus par la MDPH comme handicapés ou bénéficiaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale de catégorie 3 :
 - ◆ en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou d'une cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale : versement dans la limite de la dépense engagée par l'accompagnant d'une indemnité journalière -maximum 30 jours par an-

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

- Hospitalisation médicale ou chirurgicale dans un établissement n'ayant pas signé de convention avec la Sécurité sociale
 - ◆ participation calculée sur la base du tarif de responsabilité applicable aux cliniques conventionnées de la Région Parisienne -catégorie " A "-.
- Forfait journalier hospitalier
 - ◆ prise en charge de l'intégralité, sans limitation de durée
- Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation :
 1. lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique affecté soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement :
 - ◆ ticket modérateur forfaitaire
 2. consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 1 ci-dessus et en lien direct avec elle (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006) :
 - ◆ ticket modérateur forfaitaire
- Prothèses dentaires et orthodontie
 - *Prothèses dentaires*
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire sur présentation de la note d'honoraires remise par le chirurgien-dentiste
 - *Prothèses dentaires* (prises en charge à 100 % par la
 - *Orthodontie*) Sécurité sociale
 - ◆ participation supplémentaire dans la limite de la dépense engagée
 - *Prothèses dentaires non acceptées par la Sécurité sociale*
 - ◆ participation calculée sur la base du tarif conventionnel des prothèses dentaires mobiles ou fixes refusées par la Sécurité sociale sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires et de la notification du refus Sécurité sociale
 - ◆ implant dentaire : participation forfaitaire par dent sur présentation de la feuille de soins bucco-dentaires
- Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale
 - ◆ versement d'une allocation forfaitaire

B – Couverture EVEOLMUT

- Analyses et prélèvements (
- Auxiliaires médicaux (*ticket modérateur*
- Pharmacie)

- Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Radiologie et autres actes d'imagerie médicale : ticket modérateur plus participation supplémentaire dans la limite des dépenses engagées
- Soins par ostéopathes : participation dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement dans la limite des dépenses engagées
- Densitométrie osseuse non prise en charge par la SS : participation dans le cadre d'un plafond annuel de remboursement dans la limite des dépenses engagées
- Soins, prothèses dentaires et orthodontie
 - Radiologie, soins et consultations dentaires : ticket modérateur
 - *Prothèses dentaires*
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire
 - *Orthodontie* prises en charge par la SS
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite de la dépense engagée, participation supplémentaire
- Optique
 - ◆ verres & monture prescrits par un ophtalmologue et acceptés par l'assurance maladie obligatoire :
 - application d'un plafond de remboursement par verre en fonction du degré de correction du verre, ce plafond comprenant le ticket modérateur et la monture,
 - le plafond de remboursement de la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres,
 - la prise en charge par la mutuelle est limitée à un équipement (composé de 2 verres et d'une monture) par période de deux ans,
 - cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achève deux ans après,
 - lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après,
 - par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue,
 - la justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du code de la Sécurité sociale

- ◆ frais d'optique médicale (monture et verres) : ticket modérateur
- ◆ participation aux frais de verres de contact remboursés ou non par la Sécurité sociale, dans le cadre d'un plafond de remboursement par période de deux ans (mêmes règles que pour un équipement optique) si non consommation du plafond de l'équipement optique et dans la limite des dépenses engagées,
- Actes techniques médicaux
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire
- Actes médicaux affectés soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement :
 - ◆ ticket modérateur forfaitaire
- Dispositifs médicaux (orthopédie, orthèse, prothèses auditives, appareillages...) :
 - ◆ ticket modérateur et, dans la limite des dépenses engagées, participation supplémentaire
- Assistance à domicile :
 - ◆ personne à domicile pour effectuer des tâches ménagères : versement par la mutuelle, dans la limite de la somme restant à charge, d'une allocation forfaitaire pouvant aller jusqu'à 90 heures par an :
 1. pendant la durée légale du congé de maternité,
 2. pour une période limitée à 90 jours et sur prescription médicale :
 - après hospitalisation médicale ou chirurgicale,
 - en faveur des personnes seules reconnues handicapées.
 - ◆ la mutuelle souscrit auprès d'un autre organisme d'assurance un contrat collectif en inclusion ayant pour objet de faire bénéficier l'ensemble des membres du groupement d'une garantie mutualiste d'assistance à domicile. Une notice d'information est remise aux membres participants et un exemplaire du contrat est tenu par la mutuelle à leur disposition.
- Hospitalisation en service médecine ou chirurgie dans un établissement public ou privé conventionné :
 - ◆ frais de séjour et honoraires médicaux ou chirurgicaux : ticket modérateur et participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées
 - ◆ participation aux frais de chambre particulière, en fonction du type d'hospitalisation : de jour (ambulatoire) ou avec hébergement, dans la limite des dépenses engagées avec un maximum de 30 jours par année civile
- Hospitalisation en service maternité dans un établissement public ou privé conventionné :
 - ◆ frais de séjour et honoraires médicaux ou chirurgicaux : ticket modérateur et participation supplémentaire, dans la limite des dépenses engagées
 - ◆ participation aux frais de chambre particulière dans la limite des dépenses engagées -maximum 8 jours-
 - ◆ participation supplémentaire dans le cadre des dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement (chambre particulière, médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale, dépassements d'honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...) dans la limite des dépenses engagées

- Frais d'accompagnant pour les enfants âgés de moins de 16 ans :
 - ◆ en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale ou d'une cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale : versement dans la limite de la dépense engagée par l'accompagnant d'une indemnité journalière -maximum 30 jours par année civile-
- Forfait journalier en établissement hospitalier
 - ◆ prise en charge de l'intégralité, sans limitation de durée
- Forfait journalier en maison d'accueil spécialisée
 - ◆ prise en charge de l'intégralité, limitée à 60 jours par an
- Frais de transport
 - ◆ ticket modérateur
- Ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation :
 1. lorsqu'il est effectué un acte thérapeutique ou un acte diagnostique affecté soit d'un coefficient supérieur ou égal à 60, soit d'un tarif supérieur ou égal à une somme fixée réglementairement :
 - ◆ ticket modérateur forfaitaire
 2. consécutive à une hospitalisation répondant aux conditions mentionnées au 1 ci-dessus et en lien direct avec elle (décret n° 2006-707 du 19 juin 2006) :
 - ◆ ticket modérateur forfaitaire
- Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale
 - ◆ versement du ticket modérateur et d'une allocation forfaitaire

Article 9 – Tableau des montants et taux des prestations « SANTÉMUT » et « SENIOR »

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
ACTES MÉDICAUX		
* Consultations, visites médecins généralistes	100 % du TM	-
* Consultations, visites médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles	100 % du TM	-
* Analyses médicales	100 % du TM	-
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €uros	-
* Radiologie, échographie, imagerie médicale (ADI) * Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale * Actes techniques médicaux	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	-
AUXILIAIRES MÉDICAUX & ACTES PARAMÉDICAUX		
* Soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes	100 % du TM	-
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles		
* Ostéopathie	50 % des FR dans la limite de 80 € par an / bénéficiaire	
PHARMACIE		
* Pharmacie remboursée à 65 % (SMR majeur ou important)	100 % du TM	-
* Pharmacie remboursée à 30 % (SMR modéré)		
* Pharmacie remboursée à 15 % (SMR insuffisant ou faible)	-	
* Nutriment pour intolérants au gluten	100 % du TM + 100 % de la BR	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES		
* Soins, radiographies et consultations	100 % du TM	-
* Prothèses dentaires remboursées par la SS (y compris implants)	100 % du TM + 200 % de la BR	
* Inlay/Onlay		210 % de la BR
* Prothèses dentaires prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale	200 % de la BR	
* Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale		
* Orthodontie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale	250 % de la BR	50 % de la BR
* Implants dentaires non remboursés par la SS	215 € par dent	250 € par dent
* Traitement parodontal non remboursé par la SS	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire
* Autres soins dentaires (non remboursés SS, hors parodontologie)	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire
DISPOSITIFS MÉDICAUX		
* Prothèse auditive	100 % du TM + 300 % de la BR	100 % de la BR
* Autres prothèses ou appareillages médicaux		
* Dispositifs complémentaires d'aide auditive / entretien appareil auditif	100 % des FR dans la limite de 150 € par an / famille	100 % des FR dans la limite de 150 € par an / famille

Article 9 – Tableau des montants et taux des prestations « SANTÉMUT » et « SENIOR » (suite)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
HOSPITALISATION		
Service CHIRURGIE ou Service MÉDECINE		
* Actes de chirurgie ou d'anesthésie (ADC et ADA)	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR	Médecins CAS : 300 % de la BR Médecins hors CAS : 50 % de la BR
* Actes d'autres médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Actes de médecins généralistes et autres frais de séjour	100 % du TM	
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 € (TM forfaitaire)	18 €	
* Forfait hospitalier sans limitation de durée	18 € par jour	-
* Chambre particulière en service chirurgie avec hébergement	70 € par jour	
* Chambre particulière en service chirurgie en ambulatoire	35 € par jour	
* Chambre particulière en service médecine avec hébergement	70 € par jour (maxi 30 jours par an)	0 € / 70 € par jour (du 31 ^{ème} au 40 ^{ème} jour)
* Chambre particulière en service médecine en ambulatoire	35 € par jour (maxi 30 jours par an)	
* Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfants (-16 ans) ou de personnes non voyantes ou handicapées	31 € par jour (maxi 30 jours par an)	-
Service MATERNITÉ		
* Frais de séjour et dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement	Plafond de 382 €	-
* Chambre particulière	70 € par jour (maxi 12 jours)	
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 € (TM forfaitaire)	18 €	
ACTES DE PRÉVENTION		
* Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % du TM + 100 % de la BR	
* Vaccins : Diphtérie, tétanos, poliomyélite et haemophilus influenzae B : tous âges, Coqueluche et hépatite B : avant 14 ans, BCG : avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : enfants avant 18 mois.	100 % du TM	-
* Autres actes de prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	100 % du TM sur tous les actes	
AUTRES FRAIS		
* Transport (Ambulance...)	100 % du TM	-
* Assistance par une personne à domicile pour tâches ménagères	13 € par heure (maxi 90 heures par an)	2 € par heure (maxi 90 heures par an)
* Séjour à l'hôpital thermal	100 % du TM + 305 €	
* Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale	Allocation forfaitaire de 305 €	
* Verres de contact prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Plafond annuel 200 € / bénéficiaire	
* Chirurgie réfractive	400 € par œil	-

CAS = médecin ayant signé un contrat d'accès aux soins ou ayant adhéré à l'OPTAM BR = Base de remboursement de la SS TM = ticket modérateur FR = Frais réels

Article 9 - Tableau des montants et taux des prestations "SANTÉMUT" et "SENIOR" (suite)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE									
Éléments de l'équipement *	Remboursement de la Sécurité sociale						Plafond de remboursement de la Fraternelle * comprenant le ticket modérateur		
	18 ans et +			-18 ans					
	Code LPP	BR	RSS	Code LPP	BR	RSS	Complémentaire de base	Sur-complémentaire	
MONTURE									
1 monture	2223342	2,84 €	1,70 €	2210546	30,49 €	18,29 €	Monture incluse dans le plafond du verre **		
VERRES UNIFOCALUX (SIMPLE FOYER)									
1 verre, sphère de -6,00 à + 6,00	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, sphère de -6,25 à - 10,00 ou de +6,25 à +10,00	2263459, 2265330 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	2243304, 2243540 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	2235776, 2295896	7,62 €	4,39 €	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	300,00 €	75,00 €	
VERRES MULTIFOCALUX OU PROGRESSIFS									
1 verre sphérique, sphère de -4,00 à +4,00	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère de -8,00 à +8,00	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	350,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	350,00 €	75,00 €	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale **RSS** = Remboursement de la Sécurité sociale (égal à BR x 60%)

Code LPP = Codification de la monture et des verres issue de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie

* La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) s'effectue par période de 2 ans qui débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement et s'achève 2 ans après. Par dérogation cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

** Le plafond de 150 € pour la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres

Article 10 – Tableau des montants et taux des prestations « MAXIMUT »

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
ACTES MÉDICAUX		
* Consultations, visites médecins généralistes	100 % du TM	-
* Consultations, visites médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles	100 % du TM	-
* Analyses médicales	100 % du TM	-
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €uros	-
* Radiologie, échographie, imagerie médicale (ADI) * Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale * Actes techniques médicaux	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	-
AUXILIAIRES MÉDICAUX & ACTES PARAMÉDICAUX		
* Soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes	100 % du TM	-
* Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles		-
* Ostéopathie	50 % des FR dans la limite de 100 € par an / bénéficiaire	
* Acupuncture	-	50 % des FR dans la limite de 100 € par an / bénéficiaire
PHARMACIE		
* Pharmacie remboursée à 65 % (SMR majeur ou important)	100 % du TM	-
* Pharmacie remboursée à 30 % (SMR modéré)		-
* Pharmacie remboursée à 15 % (SMR insuffisant ou faible)	-	
* Nutriment pour intolérants au gluten	100 % du TM + 100 % de la BR	
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES		
* Soins, radiographies et consultations	100 % du TM	-
* Prothèses dentaires remboursées par la SS (y compris implants)	100 % du TM + 210 % de la BR	
* Inlay/Onlay		210 % de la BR
* Prothèses dentaires prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale	210 % de la BR	
* Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale		
* Orthodontie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale	250 % de la BR	100 % de la BR
* Implants dentaires non remboursés par SS	250 € par dent	250 € par dent
* Traitement parodontal non remboursé par la SS	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire
* Autres soins dentaires (non remboursés SS, hors parodontologie)	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire	30 % des FR dans la limite de 500 € par an / bénéficiaire
DISPOSITIFS MÉDICAUX		
* Prothèse auditive	100 % du TM + 450 % de la BR	150 % de la BR
* Autres prothèses ou appareillages médicaux		
* Dispositifs complémentaires d'aide auditive / entretien appareil auditif	100 % des FR dans la limite de 150 € par an / famille	100 % des FR dans la limite de 150 € par an / famille

Article 10 – Tableau des montants et taux des prestations « MAXIMUT » (suite)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime de base SS)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME SUR-COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime complémentaire)
HOSPITALISATION		
Service CHIRURGIE ou Service MÉDECINE		
* Actes de chirurgie ou d'anesthésie (ADC et ADA)	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR	Médecins CAS : 300 % de la BR Médecins hors CAS : 50 % de la BR
* Actes d'autres médecins spécialistes	Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR	Médecins CAS : 150 % de la BR Médecins hors CAS : 70 % de la BR
* Actes de médecins généralistes et autres frais de séjour	100 % du TM	
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €	
* Forfait hospitalier sans limitation de durée	18 € par jour	-
* Chambre particulière en service chirurgie avec hébergement	70 € par jour	
* Chambre particulière en service chirurgie en ambulatoire	35 € par jour	
* Chambre particulière en service médecine avec hébergement	70 € par jour (maxi 30 jours par an)	0 € / 70 € par jour (du 31 ^{ème} au 40 ^{ème} jour)
* Chambre particulière en service médecine en ambulatoire	35 € par jour (maxi 30 jours par an)	
* Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'enfants (-16 ans) ou de personnes non voyantes ou handicapées	31 € par jour (maxi 30 jours par an)	-
Service MATERNITÉ		
* Frais de séjour et dépenses présentant un lien direct avec l'accouchement	Plafond de 382 €	-
* Chambre particulière	70 € par jour (maxi 12 jours)	30 € par jour (maxi 12 jours)
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	18 €	-
ACTES DE PRÉVENTION		
* Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % du TM + 100 % de la BR	
* Vaccins : Diphtérie, tétanos, poliomyélite et haemophilus influenzae B : tous âges, Coqueluche et hépatite B : avant 14 ans, BCG : avant 6 ans, Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, Vaccinations contre les infections invasives à pneumocoques : enfants avant 18 mois.	100 % du TM	-
* Autres actes de prévention (Arrêté du 8 juin 2006)	100 % du TM sur tous les actes	
AUTRES FRAIS		
* Transport (Ambulance...)	100 % du TM	-
* Assistance par une personne à domicile pour tâches ménagères	13 € par heure (maxi 90 heures par an)	2 € par heure (maxi 90 heures par an)
* Séjour à l'hôpital thermal	100 % du TM + 305 €	
* Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	Allocation forfaitaire de 305 €	-
* Verres de contact prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Plafond annuel 200 € / bénéficiaire	
* Chirurgie réfractive	500 € par œil	300 € par œil

CAS = médecin ayant signé un contrat d'accès aux soins ou ayant adhéré à l'OPTAM BR = Base de remboursement de la SS TM = ticket modérateur FR = Frais réels

Article 10 – Tableau des montants et taux des prestations « MAXIMUT » (suite)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE									
Éléments de l'équipement *	Remboursement de la Sécurité sociale						Plafond de remboursement de la Fraternelle * comprenant le ticket modérateur		
	18 ans et +			-18 ans					
	Code LPP	BR	RSS	Code LPP	BR	RSS	Complémentaire de base	Sur-complémentaire	
MONTURE									
1 monture	2223342	2,84 €	1,70 €	2210546	30,49 €	18,29 €	Monture incluse dans le plafond du verre **		
VERRES UNIFOCaux (SIMPLE FOYER)									
1 verre, sphère de -6,00 à +6,00	2203240, 2287916	2,29 €	1,37 €	2242457, 2261874	12,04 €	7,22 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2226412, 2259966	3,66 €	2,20 €	2200393, 2270413	14,94 €	8,96 €	150,00 €	50,00 €	
1 verre, sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	2263459, 2265330 2280660, 2282793	4,12 €	2,47 €	2243304, 2243540 2291088, 2297441	26,68 €	16,01 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre ≤ +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2254868, 2284527	6,86 €	4,12 €	2219381, 2283953	36,28 €	21,77 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2212976, 2252668	6,25 €	3,75 €	2238941, 2268385	27,90 €	16,74 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, cylindre > +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2288519, 2299523	9,45 €	5,67 €	2206800, 2245036	46,50 €	27,90 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	2235776, 2295896	7,62 €	4,39 €	2248320, 2273854	44,97 €	26,98 €	300,00 €	75,00 €	
VERRES MULTIFOCaux OU PROGRESSIFS									
1 verre sphérique, sphère de -4,00 à +4,00	2290396, 2291183	7,32 €	4,39 €	2264045, 2259245	39,18 €	23,51 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère de -8,00 à +8,00	2227038, 2299180	10,37 €	6,22 €	2240671, 2282221	43,60 €	26,16 €	300,00 €	75,00 €	
1 verre sphérique, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	2245384, 2295198	10,82 €	6,49 €	2202452, 2238792	43,30 €	25,98 €	350,00 €	75,00 €	
1 verre sphéro-cylindrique, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	2202239, 2252042	24,54 €	14,72 €	2234239, 2259660	66,62 €	39,97 €	350,00 €	75,00 €	

BR = Base de Remboursement de la Sécurité sociale **RSS** = Remboursement de la Sécurité sociale (égal à BR x 60%)

Code LPP = Codification de la monture et des verres issue de la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'assurance maladie

* La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) s'effectue par période de 2 ans qui débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement et s'achève 2 ans après. Par dérogation cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

** Le plafond de 150 € pour la monture est compris dans les plafonds applicables aux 2 verres

Article 11 - Tableau des montants et taux des prestations "EVEOLMUT"

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME OBLIGATOIRE (Sécurité sociale ou autre)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime obligatoire)
ACTES MÉDICAUX		
* Consultations, visites médecins généralistes ou spécialistes * Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles	70 % de la BR	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 80 % de la BR
* Actes techniques médicaux		Médecins CAS : 100 % du TM + 50 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 30 % de la BR
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)	Néant	18 €
* Radiologie et autres actes d'imagerie médicale (ADI)	70 % de la BR	Médecins CAS : 100 % du TM + 100 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 80 % de la BR
* Analyses médicales et prélèvements	60 % ou 70 % de la BR	100 % du TM
* Densitométrie osseuse prise en charge par la Sécurité sociale	70 % de la BR	Médecins CAS : 100 % du TM + 140 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM + 70 % de la BR
* Densitométrie osseuse non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	68 € / an
AUXILIAIRES MÉDICAUX & ACTES PARAMÉDICAUX		
* Soins infirmiers, masseurs-kinés., orthoptistes, orthophonistes, ... * Indemnités de déplacement & majorations conventionnelles	60 % ou 70 % de la BR	100 % du TM
* Ostéopathie	Néant	100 % des FR dans la limite de 40 € par an
PRODUITS PHARMACEUTIQUES		
* Pharmacie remboursée à 65 % (SMR majeur ou important)	65 % de la BR	100 % du TM
* Pharmacie remboursée à 30 % (SMR modéré)	30 % de la BR	
* Pharmacie remboursée à 15 % (SMR insuffisant ou faible)	15 % de la BR	
DISPOSITIFS MÉDICAUX		
* Prothèse auditive * Autres prothèses ou appareillages médicaux (hors dentaire)	60 % de la BR	100 % du TM + 100 % de la BR
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES		
* Soins, radiographies et consultations dentaires	70 % ou 100 % de la BR	100 % du TM
* Prothèses dentaires remboursées par la SS (y compris implants)		100 % du TM + 125 % de la BR
* Orthodontie prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale		

Article 11 - Tableau des montants et taux des prestations "EVEOLMUT" (suite)

NATURE DES FRAIS	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME OBLIGATOIRE (Sécurité sociale ou autre)	REMBOURSEMENTS DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE (ces prestations s'ajoutent au régime obligatoire)
OPTIQUE		
* Equipement optique (monture + verres)	60 % de la BR	214 € ⁽¹⁾ ⁽²⁾
* Optique (hors monture et verres)		100 % du TM
* Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale	Néant	214 € tous 2 ans si non consommation du plafond "Equipement optique"
HOSPITALISATION		
Service CHIRURGIE ou Service MÉDECINE ou Service MATERNITÉ	80 % ou 100 % de la BR	Médecins CAS : 100 % du TM + 20 % de la BR Médecins hors CAS : 100 % du TM
* Honoraires médicaux et chirurgicaux, dans un établissement public ou conventionné		
* Frais de séjour dans un établissement public ou conventionné		20 % de la BR
* Actes avec coef. > 60 ou tarif > 120 €uros (TM forfaitaire)		18 €
* Forfait journalier hospitalier, hors M.A.S.		18 € durée illimitée
* Forfait journalier hospitalier en M.A.S.		18 € (maxi 60 jours par année civile)
* Chambre particulière dans la limite de 30 jours par année civile	Néant	50 €
* Chambre particulière en ambulatoire		30 €
* Chambre particulière en maternité (8 jours maximum)		50 €
* Frais de séjour en mat. & dépenses en lien direct avec l'accouchement		Plafond de 382 €
* Frais d'accompagnant d'enfants hospitalisés de moins de 14 ans		16 € par jour (maxi 30 jours par année civile)
* Frais de transport	65 % de la BR	20 % de la BR
AUTRES FRAIS		
* Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale	65 % de la BR	100 % du TM + allocation forfaitaire de 214 €
* Actes de prévention		100 % du TM
* Service d'assistance à domicile	Néant	Oui

CAS = médecin ayant signé un contrat d'accès aux soins ou ayant adhéré à l'OPTAM BR = Base de remboursement de la SS TM = ticket modérateur FR = Frais réels

(1) La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) s'effectue par période de 2 ans qui débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement et s'achève 2 ans

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

(2) Le remboursement de la mutuelle au titre de la moture est plafonné à 150 €

CHAPITRE VI - FONDS SOCIAUX

Article 1 - Fonds d'intervention et de secours exceptionnels

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

Article 2 - Fonds de participation aux frais funéraires

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

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

Le montant maximum de la participation de la mutuelle ($\frac{1}{2}$ plafond mensuel de Sécurité sociale, dans la limite du solde disponible de ce fonds) n'est pas une prestation et n'a pas de caractère viager.

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

Article 3 - Prêts sociaux

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

Article 4 - Fonds de prévention

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

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