

RÈGLEMENT MUTUALISTE

2025

MNT SANTÉ

ÉLIGIBLE À LA
PARTICIPATION
EMPLOYEUR

APPROUVÉ EN ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE JUIN 2024



09 72 72 02 02*
(prix d'un appel local)



MNT.FR

1^{re} mutuelle des agents
des services publics locaux

ÊTRE UTILE EST UN BEAU MÉTIER



MNT

GRUPE **vyv**

Règlement Mutualiste MNT Santé

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
Préambule	3
Article 1 - Objet du règlement	3
Article 2 - Risques couverts	3
Article 3 - Garanties solidaires et responsables – Procédure de labellisation	3
3.1 Effet du retrait ou non renouvellement du label	3
Article 4 - Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion à la Mutuelle	3
4.1 Modalités d'adhésion	3
4.2 Bénéficiaires des garanties	4
4.3 Prise d'effet de l'adhésion et ouverture des droits pour l'adhérent et ses ayants droit	4
4.4 Durée de l'adhésion	4
Article 5 - Événements survenant en cours d'adhésion	4
5.1 Nouveaux ayants droit	4
5.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent	4
5.3 Autres événements	4
5.4 Évolution des garanties et du règlement mutualiste à l'initiative de la Mutuelle	4
Article 6 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	4
6.1 À l'initiative de l'adhérent	4
6.1.1 Modalités	4
6.1.2 Résiliation à titre exceptionnel	4
6.1.3 Radiation d'un ayant droit	4
6.2 À l'initiative de la Mutuelle	4
6.2.1 En cas de non-paiement	4
6.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle	4
6.3 Conséquences de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion	5
CHAPITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	5
Article 7 - Cadre général	5
7.1 Choix des garanties	5
7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties	5
7.3 Base de remboursement	5
7.4 Pluralité de garanties frais de santé	5
7.5 Limites de remboursement	5
7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés	5
7.7 Limitation ou non prise en charge de certaines prestations	5
Article 8 - Versement des prestations	5
8.1 Règlement des prestations	5
8.1.1 Calcul des prestations	5
8.1.2 Dates de référence	5
8.1.3 Documents justificatifs	5
8.1.4 Information et modes de paiement des prestations	5
8.2 Contrôle	6
CHAPITRE III – GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ	6
Article 9 - Accès aux fonds d'interventions sociales et aux services de prévention de la mutuelle	6
Article 10 - Garanties assistance et aide à domicile	6
Article 11 - Garantie Protection juridique	6
Article 12 - Services d'accompagnement santé et social	6
CHAPITRE IV – GARANTIES DU « + TERRITORIAL »	6
SECTION 1 - PRISE D'EFFET - CESSATION DES GARANTIES	6
Article 13 - Prise d'effet des garanties	6
Article 14 - Cessation des garanties	6
SECTION 2 - GARANTIE ACCIDENTS DU TRAVAIL OU DE SERVICE - MALADIES PROFESSIONNELLES	6
Article 15 - Définition de la garantie	6
Article 16 - Montant du capital	6
Article 17 - Conditions d'attribution du capital	6
SECTION 3 - GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS	6
Article 18 - Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels - Droit de la Sécurité sociale - Information Juridique et Statutaires	6
Article 19 - Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle	6
CHAPITRE V – COTISATIONS	7
Article 20 - Détermination et mode de calcul de la cotisation	7
20.1 Fixation de la cotisation	7
20.2 Cotisations pour un enfant	7
Article 21 - Évolution de la cotisation	7
Article 22 – Minoration de cotisation - Gratuité enfants handicapés	7
Article 23 – Majoration de cotisation	7
Article 24 - Paiement des cotisations	7
Article 25 - Remboursement par la mutuelle de cotisations versées indûment	7
Article 26 - Défaut de paiement des cotisations	7
26.1 Conséquences du défaut de paiement des cotisations	7
26.2 Conséquences de la résiliation	7
CHAPITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	7
Article 27 - Couverture des accidents	7
27.1 Recours subrogatoire	7
27.2 Déclaration d'accident	7
Article 28 - Prescription	8
Article 29 - Réclamations	8
Article 30 - Protection des données à caractère personnel – Passation gestion exécution des contrats d'assurance	8
Article 31 - Autorité de contrôle	8
ANNEXES	9

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Préambule

Dans l'objectif d'offrir des garanties frais de santé aux personnes, définies à l'article 4.2 du présent Règlement mutualiste, et de permettre à leurs employeurs territoriaux de participer à leur protection sociale complémentaire, la Mutuelle propose une adhésion individuelle et volontaire aux garanties visées au présent Règlement mutualiste.

Article 1 - Objet du règlement

Le présent Règlement mutualiste, régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existants entre chaque membre participant, ci-après désigné adhérent, et la Mutuelle.

Il est également composé d'un descriptif des garanties choisies par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit, dès lors qu'ils sont inscrits au bulletin d'adhésion. L'agent, en signant un bulletin d'adhésion, devient adhérent de la Mutuelle.

La MNT, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Son siège social est situé au 4 rue d'Athènes – 75009 Paris.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la mutuelle, et au Règlement mutualiste en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Article 2 - Risques couverts

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, d'assurer aux adhérents et le cas échéant à leurs ayants droit définis à l'article 4.2, couverts par un régime d'Assurance maladie obligatoire français, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de garantie et en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie.

Des garanties d'assistance supplémentaires et des services sont inclus, et ce conformément aux dispositions des chapitres III et IV du présent Règlement. Ceux-ci font partie intégrante et suivent le sort du présent Règlement auquel ils sont annexés.

Les garanties Essentielle, Confort, Optimale et Intégrale prennent en charge les actes et soins de santé engagés sur le territoire Français ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire, à condition que le Régime d'assurance maladie obligatoire de l'adhérent les prenne en charge.

Les catégories de frais remboursables figurent en détail dans les annexes au présent Règlement. Les informations figurant au présent Règlement mutualiste sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée.

Article 3 - Garanties solidaires et responsables – Procédure de labellisation

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables pour les garanties du présent règlement. À ce titre, ces garanties respectent les critères suivants :

- Aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- Les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi à ces garanties leur caractère responsable.

Ces garanties font également l'objet d'une labellisation par un prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Elles sont donc éligibles à la participation de l'employeur au profit de l'adhérent en activité, conformément aux dispositions du Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

3.1 Effet du retrait ou non renouvellement du label

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'adhérent ne peut plus bénéficier de la participation de son employeur. Il en est de même lorsqu'il quitte la collectivité et lorsqu'il est admis à la retraite. La Mutuelle en informe alors, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les adhérents.

Le retrait ou le non-renouvellement du label prend effet pour l'adhérent à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Lorsque la Mutuelle reçoit directement la participation financière de l'employeur, elle informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

Article 4 - Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion à la Mutuelle

4.1 Modalités d'adhésion

La personne qui souhaite adhérer s'engage à mentionner sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées, qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise de la garantie souscrite.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des Statuts de la Mutuelle, du Règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent Règlement et par le tableau de la garantie choisie, des notices d'information des garanties en inclusion souscrites par la MNT auprès des partenaires. Un exemplaire de l'ensemble de ces documents est remis préalablement à l'adhérent à la signature du bulletin d'adhésion.

Adhésion à distance

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la mutuelle, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations relatives au contrat, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé à MNT Contrats - TSA 70020 - 33044 Bordeaux Cedex, selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au Règlement mutualiste MNT Santé effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature). »

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de quatorze jours, doivent acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties, dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture, par rapport au montant de la cotisation annuelle.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service correspondant à la durée de couverture dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts, par rapport au montant de la cotisation annuelle. La mutuelle rembourserait alors au membre participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de celui-ci en application du Règlement mutualiste, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent Règlement mutualiste sont valables jusqu'à ce qu'une modification y soit apportée.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la mutuelle, et au Règlement mutualiste en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au Règlement mutualiste initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. A tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le Règlement mutualiste à distance auquel il a adhéré.

Les dispositions du Code de la consommation relatives notamment à une faculté de renonciation en cas de vente hors établissement ne sont pas applicables aux relations entre une mutuelle régie par le Code de la mutualité et ses adhérents.

Adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionné au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du Règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

• Ont la qualité d'adhérent :

- Les fonctionnaires et agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, titulaires et non titulaires, quelle que soit leur position au regard du statut de la Fonction publique territoriale ;
- Les personnels des services publics locaux et des services délégués quel que soit leur mode de gestion ;
- Les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;
- Les élus locaux ;
- Les personnels des associations de collectivités territoriales et les personnels des organisations syndicales et associations regroupant les agents des collectivités territoriales ;
- Les bénéficiaires de la protection universelle maladie ou d'un dispositif légal d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire maladie ;
- Les anciens ayants droits (tels que définis ci-dessous) d'un adhérent avec lequel le lien a été rompu pour quelque cause que ce soit.

• Les ayants droit : il s'agit de toute personne désignée par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion ayant la qualité :

- De conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- D'enfant de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, âgé de moins de 29 ans ;
- D'ayants droit de régime de Sécurité sociale Française.

4.3 Prise d'effet de l'adhésion et ouverture des droits pour l'adhérent et ses ayants droit

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

La date d'effet ne peut pas être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

4.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent Règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 6.

Article 5 - Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, selon les modalités décrites à l'article 20.

5.1 Nouveaux ayants droit

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouvel ayant droit suite à naissance ou adoption	Au jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Nouvel ayant droit suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au jour de la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au jour de la demande.

5.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande (exemple : pour une demande reçue le 20 janvier la modification s'opérera au 1^{er} février), sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au premier jour du mois suivant celui de la réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

5.3 Autres événements

Les autres modifications prendront effet au premier jour du mois suivant celui de la réception de la demande.

5.4 Évolution des garanties et du règlement mutualiste à l'initiative de la Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées, par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration dans le cadre de la délégation de l'Assemblée générale accordée au Conseil d'administration. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 6 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

6.1 À l'initiative de l'adhérent

6.1.1 Modalités

L'adhérent peut mettre fin à la garantie selon les modalités suivantes :

Au plus tard le 31 octobre de l'année, l'adhérent peut mettre fin à la garantie en notifiant sa volonté à la Mutuelle selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou auprès d'une implantation territoriale de la mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- Par voie électronique ou par un mode de communication à distance et ce même si l'adhésion ne s'est pas faite par voie dématérialisée ou à distance.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation. La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut mettre fin à la garantie, sans frais ni pénalités, à tout moment en cours d'année, selon les mêmes modalités que celles précisées ci-avant.

La Mutuelle atteste par écrit la réception de la demande de résiliation.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la demande de l'adhérent.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

Par dérogation, l'adhérent ayant une durée d'adhésion inférieure à 12 mois et qui quitte la Fonction publique territoriale peut également mettre fin à son adhésion à compter du jour de son départ de la Fonction publique territoriale.

6.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, pour les adhérents ayant une durée d'adhésion inférieure à 12 mois, il peut être mis fin à la garantie en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au jour de survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait versé de prestations depuis cette date.
Rupture du contrat de travail ou rupture du lien entre la collectivité et l'adhérent	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au jour de réception de la demande.
Passage dans une catégorie professionnelle non visée à l'article 4.2	La résiliation prend effet au jour du décès.
Attribution de la Protection Universelle Maladie (PUMA) à l'adhérent	
Décès de l'adhérent	

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

6.1.3 Radiation d'un ayant droit

L'adhérent peut demander à tout moment la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de sa demande par la MNT.

6.2 À l'initiative de la Mutuelle

6.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 24.

6.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Peut être exclu :

- L'adhérent ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité,
- Ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

6.3 Conséquences de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation ou de l'exclusion ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (tels que les médicaments, les prothèses, l'optique, l'appareillage) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même, et le cas échéant pour ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes de tiers payants qui lui ouvriraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci. La demande de résiliation entraîne la cessation des prestations y compris des garanties d'assistance et des services en inclusion.

Lors de la résiliation de l'adhérent, la Mutuelle lui transmet un justificatif d'adhésion ainsi que le coefficient de majoration (ou attestation de non majoration) qui est affecté à sa cotisation en application de l'article 28 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

CHAPITRE II – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 7 - Cadre général

7.1 Choix des garanties

L'adhérent, lors de la signature du bulletin d'adhésion, indique la garantie choisie. L'adhérent a le choix entre les formules Essentielle, Confort, Optimale et Intégrale.

Une option « Optimalin » peut-être choisie pour la garantie Optimale. Son fonctionnement est décrit au tableau des prestations de la garantie Optimale porté en annexe du présent Règlement.

Un changement de garanties éventuel peut intervenir dans le respect des dispositions de l'article 5.2.

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet de leur adhésion. Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 23.

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou en cas de diminution des taux de remboursement du régime obligatoire des bénéficiaires, les montants de remboursement de la Mutuelle demeurent au niveau atteint avant la modification.

7.4 Pluralité de garanties frais de santé

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

7.5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité Sociale.

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

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

7.7 Limitation ou non prise en charge de certaines prestations

- **Chambre particulière : les indemnités sont limitées à 120 jours en service médecine et à 90 jours en établissements pour séjour de longue durée en un ou plusieurs séjours par année civile.**
- **Le forfait journalier : il est remboursé sans limitation par la Mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie, psychiatrie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.**

Article 8 - Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

8.1.1 Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le descriptif de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire, soit en pourcentage de la base de remboursement définie par l'Assurance maladie obligatoire, soit en pourcentage du tarif d'autorité défini par l'Assurance Maladie, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité, par la base de remboursement ou par le tarif d'autorité définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie à l'article 8.1.2 ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas la liberté du choix de son professionnel de santé.

8.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- Les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception ;
- Les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- Les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) ;
- La date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- Les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

8.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- Des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- Des documents originaux nécessaires à la Mutuelle pour avoir connaissance des dépenses engagées (notes d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- Si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restants à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, l'adhérent ou l'ayant droit devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la Mutuelle et rempli par le médecin traitant.

Pour la prise en charge de la médecine douce, l'adhérent ou l'ayant droit devra transmettre la facture acquittée comportant soit :

- Un numéro ADELI
- Ou un N° Fitness
- Ou un N° RPPS

8.1.4 Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations frais de santé sont versées dans un délai maximum de 20 jours. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

8.2 Contrôle

Afin de pouvoir vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et aux conditions d'attributions de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent ou ayant droit qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives des professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale. **En cas de refus de l'adhérent ou de l'ayant droit de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.**

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

CHAPITRE III – GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

Article 9 - Accès aux fonds d'interventions sociales et aux services de prévention de la mutuelle

Les adhérents peuvent bénéficier du Fonds d'interventions sociales de la Mutuelle Nationale Territoriale conformément à ses statuts et aux services de prévention proposés par la Mutuelle.

Article 10 - Garanties assistance et aide à domicile

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 22 juin 2019, les adhérents sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Assistance - Aide à domicile souscrit par la MNT auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA), Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682.

Siège social : 46 Rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou cedex.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque adhérent la notice d'information relative à celui-ci établie par RMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, la MNT encaisse auprès de ses adhérents la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 11 - Garantie Protection juridique

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 30 juin 2023, les adhérents sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Protection juridique MNT Santé souscrit par la MNT auprès de CFDP ASSURANCES, Société Anonyme, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

Siège social : Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque adhérent la notice d'information relative à celui-ci établie par CFDP ASSURANCES.

Conformément au mandat qui lui est donné par CFDP ASSURANCES, la MNT encaisse auprès de ses adhérents la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à CFDP ASSURANCES.

CFDP ASSURANCES est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 12 - Services d'accompagnement santé et social

La mutuelle propose à ses adhérents 3 services en s'appuyant sur des partenaires spécialisés :

- Le service d'orientation dans le domaine de la santé : il aide les adhérents à trouver des professionnels et des établissements de santé selon leurs besoins et des critères géographiques.
- Le service d'orientation et l'accompagnement dans le secteur social : il permet aux adhérents de solliciter une équipe et une assistante sociale, les aiguille vers l'association ou l'organisme compétent, leur propose un accompagnement pour les aider dans leurs démarches.
- Le service de prévention et d'information santé : il permet de sensibiliser les adhérents et de répondre à leurs questions sur les grands domaines concernant : l'alimentation, le tabagisme, l'alcoolisme, la pédiatrie, la gérontologie...

CHAPITRE IV – GARANTIES DU « + TERRITORIAL »

Les garanties du « + Territorial » comprennent la garantie « accidents du travail ou de service – maladies professionnelles » définie à la Section 2 ci-après, et les garanties souscrites par la Mutuelle Nationale Territoriale auprès d'autres organismes assureurs, définies à la Section 3 ci-après. En cas de résiliation de son adhésion au présent Règlement mutualiste, l'adhérent peut, s'il le souhaite, conserver le bénéfice des garanties du « + Territorial », cette demande de maintien des garanties se traduisant par la signature d'un bulletin d'adhésion au règlement mutualiste Offre « + Territorial ».

SECTION 1 - PRISE D'EFFET - CESSATION DES GARANTIES

ARTICLE 13 - Prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur à compter de la date d'adhésion de l'ad-

hérent au présent Règlement. Elles s'appliquent pour un fait générateur survenu à compter de cette date.

ARTICLE 14 - Cessation des garanties

Les garanties décrites ci-dessus aux sections 2 et 3 cessent de produire leurs effets :

- à la date du départ à la retraite de l'adhérent,
- au décès de l'adhérent,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'adhérent ou de non-paiement de la cotisation.

SECTION 2 - GARANTIE ACCIDENTS DU TRAVAIL OU DE SERVICE - MALADIES PROFESSIONNELLES

ARTICLE 15 - Définition de la garantie

La garantie accidents du travail ou de service et maladies professionnelles a pour objet d'octroyer un capital unique forfaitaire en euros en cas d'incapacité permanente ou d'invalidité de l'adhérent consécutive à un accident du travail ou de service, de trajet ou à une maladie professionnelle, reconnue par le régime de protection sociale de base de l'adhérent et qui perçoit à ce titre :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- Une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL),
- Une rente de la CNRACL suite à la radiation des cadres de la collectivité (mise à la retraite pour invalidité).

Pour les agents ou salariés relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- Un capital ou une rente de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité permanente reconnue.

ARTICLE 16 - Montant du capital

Le montant du capital est de 1.000 euros (mille euros).

ARTICLE 17 - Conditions d'attribution du capital

Pour faire valoir ses droits, l'adhérent doit remplir et adresser à la Mutuelle Nationale Territoriale un formulaire de demande de capital accidents du travail ou de service et maladies professionnelles dûment complété, daté et signé par lui-même, accompagné des documents ci-dessous :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté d'attribution de l'ATIACL,
- le justificatif du paiement de l'allocation.

En cas de mise à la retraite pour invalidité :

- le décompte définitif de pension CNRACL,
- le bulletin de paiement de la CNRACL.

Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- la notification par l'Assurance Maladie de l'attribution au titre de l'incapacité permanente d'une indemnité forfaitaire en capital ou d'une rente,
- le justificatif du paiement par l'Assurance Maladie du capital ou de la rente au titre de l'incapacité permanente.

À compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, le capital est versé dans un délai maximum de 30 jours.

SECTION 3 - GARANTIES SOUSCRITES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES ASSUREURS

ARTICLE 18 - Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Protection sociale - Information Juridique et Statutaires

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée générale du 30 juin 2023, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Défense pénale et Recours professionnels – Protection sociale – Information Juridique et Statutaires souscrit par la MNT auprès de CFDP ASSURANCES, Société Anonyme, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156. - Siège social : Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque adhérent la notice d'information relative à celui-ci établie par CFDP ASSURANCES.

Conformément au mandat qui lui est donné par CFDP ASSURANCES, la MNT encaisse auprès de ses adhérents la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à CFDP ASSURANCES. CFDP ASSURANCES est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

ARTICLE 19 - Affiliation obligatoire au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité et à la décision de l'Assemblée Générale du 22 juin 2019, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe Accompagnement vie professionnelle souscrit par la M.N.T. auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA), Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682 - Siège social : 46 Rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou cedex.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque adhérent la notice d'information relative à celui-ci établie par RMA.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, la MNT encaisse auprès de ses adhérents la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

CHAPITRE V – COTISATIONS

Article 20 - Détermination et mode de calcul de la cotisation

20.1 Fixation de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties. L'âge est apprécié au 1er janvier de l'année d'adhésion (exemple : pour une date de naissance du 1er juin 1980 et une adhésion au cours de l'année 2020, l'âge retenu pour l'application du tarif est 39 ans).

La cotisation intègre les différents impôts et taxes, selon les taux en vigueur.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

20.2 Cotisations pour un enfant

Un Ayant droit est considéré comme « enfant » jusqu'au 31 décembre de l'année de son 28ème anniversaire.

La cotisation du 1er enfant et du deuxième enfant représente 67 % de la cotisation d'un adhérent âgé de 20 ans, celle du troisième enfant et des suivants est gratuite.

Article 21 - Évolution de la cotisation

La cotisation nationale des 4 garanties est déterminée pour un adhérent âgé de 20 ans et évolue dans les conditions suivantes :

La cotisation varie avec l'âge de l'adhérent et celui de ses ayants droit au 1er janvier de chaque année selon la progression prévue par le barème de cotisations de la garantie choisie par l'adhérent.

Barème de cotisations Essentielle :

La cotisation évolue de 0,25 % par an à partir de 20 ans jusqu'à 25 ans, puis de 0,50 % par an jusqu'à 30 ans, puis de 1,25 % jusqu'à 35 ans, puis de 4,00 % jusqu'à 59 ans, puis de 1 % jusqu'à 67 ans.

Barème de cotisation Confort :

La cotisation évolue de 0,50 % par an à partir de 20 ans jusqu'à 35 ans, puis de 2,00 % par an jusqu'à 45 ans, puis de 2,50 % jusqu'à 55 ans, puis de 3,00 % jusqu'à 61 ans, puis de 5,50 % jusqu'à 67 ans.

Barème de cotisations Optimale et Intégrale :

La cotisation évolue de 0,50 % par an à partir de 20 ans jusqu'à 25 ans, puis de 0,75 % par an jusqu'à 30 ans, puis de 1,00 % jusqu'à 35 ans, puis de 1,50 % jusqu'à 50 ans, puis de 4,40 % jusqu'à 67 ans.

La cotisation d'un adhérent de moins de 20 ans, hors enfant, représente 87 % de la cotisation d'un adhérent âgé de 20 ans.

Pour chacune des garanties santé individuelles, la cotisation nationale peut être ajustée chaque année, au 1er janvier suite à la décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatif ou conventionnel.

A titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par le Conseil d'administration.

A la cotisation nationale des garanties peut être appliqué, par département, un coefficient de majoration ou de minoration en fonction des dépenses de soins de santé ou des résultats constatés.

Les cotisations applicables aux adhérents et à leurs ayants droit sont arrondies au dixième d'euro supérieur.

Article 22 - Minoration de cotisation

Gratuité enfants handicapés

Les enfants handicapés à la charge des parents et reconnus d'un taux d'incapacité d'au moins 80% par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées 5 (CDAPH), sont exonérés de leur part de cotisation.

A leur majorité, ils peuvent continuer à bénéficier de cette exonération s'ils demeurent à la charge de leurs parents et ne disposent pas de ressources personnelles supérieures au SMIC.

Article 23 - Majoration de cotisation

En application de l'article 28 du Décret du 8 novembre 2011 n°2011-1474 précisé par l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011, une majoration du montant de la cotisation peut être appliquée à l'agent et à ses ayants droit en cas d'adhésion tardive à une garantie de référence telle que définie au décret.

Cette majoration de cotisation s'applique au contrat des agents de plus de 30 ans et correspond à une augmentation de 2 % du montant de la cotisation pour chaque année non cotisée à un contrat labellisé ou à un contrat faisant l'objet d'une convention de participation souscrite par la collectivité territoriale.

La majoration s'applique pour chaque année non cotisée depuis la date la plus récente entre ces trois possibilités :

- La date de publication du décret du 8 novembre 2011 : le 10 novembre 2011 ;
- La date d'entrée de l'agent dans la Fonction publique ;
- La dernière adhésion à une garantie référencée.

Toutefois, pour les agents de plus de 30 ans qui sont entrés dans la Fonction publique territoriale après la publication du décret, la majoration ne s'applique qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la Fonction publique territoriale.

Pour ce qui est des agents de plus de 30 ans, actifs ou retraités qui ont adhéré préalablement à une garantie de référence, ils se voient, le cas échéant, appliquer le coefficient de majoration figurant sur le justificatif

fourni par l'organisme assureur de la garantie de référence, auquel sera additionné 2 % par année non cotisée depuis la dernière adhésion à une garantie référencée.

Article 24 - Paiement des cotisations

A compter de leur adhésion, les adhérents s'engagent, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, à acquitter une cotisation annuelle dont le paiement peut être réparti en fractions mensuelles.

Les cotisations doivent être réglées d'avance, de préférence par précompte sur le traitement, à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire. Pour les retraités, le règlement s'effectue par précompte sur la pension ou à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire.

La cotisation du premier mois d'effet de l'adhésion ou de l'inscription d'un enfant à la naissance ou à l'adoption est gratuite. La gratuité est étendue au mois entier suivant la naissance ou l'adoption.

Article 25 - Remboursement par la mutuelle de cotisations versées indûment

Le remboursement de cotisations indûment versées à la mutuelle par l'adhérent ne peut être effectué que pour une période antérieure de moins de cinq ans au jour de la demande.

Article 26 - Défaut de paiement des cotisations

26.1 Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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 ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

26.2 Conséquences de la résiliation

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant, des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau, le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les six mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ; à défaut, deux ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

CHAPITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27 - Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent Règlement et selon les modalités prévues au présent Règlement.

Si l'adhérent ou un de ses ayants droit est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident, la Mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

27.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions 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 engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'adhérent ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime.

27.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle.

À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'acci-

dent pour obtenir le remboursement des prestations versées en raison de cet accident.

Article 28 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par la Mutuelle ou l'union à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 29 - Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent Règlement mutualiste, l'adhérent peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut saisir le Service réclamation - 42/44 rue du Général de Larminat – TSA 20015-33044 BORDEAUX CEDEX.

Dans tous les cas, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel l'adhérent a formulé sa réclamation et qu'il y ait été ou non répondu, l'adhérent peut saisir le Médiateur de la Mutualité Française deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.

- Soit en ligne à l'adresse suivante : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le site du Médiateur est accessible sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr.

Un accusé de réception vous sera délivré dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant l'envoi de votre réclamation. La réponse définitive à votre réclamation vous sera apportée dans un délai de traitement de deux mois au plus.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas la somme mentionnée à l'article R. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 30 - Protection des données à caractère personnel – Passation gestion exécution des contrats d'assurance

Dans le cadre de ses activités, la MNT réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier de l'adhérent et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Dans certains cas, la MNT, pour utiliser ses données personnelles, doit requérir le consentement de l'adhérent. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. La MNT l'informerait alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. La MNT informera alors l'adhérent et, si nécessaire, lui demandera son consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait. Dès lors que l'adhérent retire son consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, il ne peut plus alors bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement de données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles de l'adhérent pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par la MNT.

Pour l'exercice de ces droits, l'adhérent peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal ou par courriel, à l'adresse du Délégué à la Protection des Données (ou Data Protection Officer - DPO) de la MNT : 4, rue d'Athènes – 75009 Paris ou dpo@mnt.fr.

L'adhérent peut également introduire une réclamation relative à la protection des données, auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

L'adhérent peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

Aux fins des intérêts légitimes de la MNT à garantir à ses adhérents des services de qualité, la MNT partage avec les organismes de rattachement des adhérents concernés des informations à caractère personnel facilitant leur identification, le calcul des cotisations mais surtout le versement des prestations. Les données sont collectées par la MNT ou l'entité de rattachement de l'adhérent, et partagées de manière sécurisée au travers d'Espaces Web tel que les Espaces Collectivités ou Adhérents. Les entités de rattachement de l'adhérent ou la MNT, selon les traitements considérés, agissent en qualité de responsables des traitements qu'elles réalisent dans le cadre de la gestion globale des services liés au contrat porté par la MNT. Les données échangées sur ces espaces web y sont conservées pendant deux (2) ans à compter de la cessation de la relation contractuelle avec la MNT ou avec l'organisme de rattachement.

Les adhérents peuvent exercer leurs droits auprès du délégué à la protection des données (DPO) de la MNT pour l'ensemble des traitements qui relèvent directement des services opérés par la Mutuelle.

Article 31 - Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ANNEXE DU RÈGLEMENT MUTUALISTE MNT SANTÉ

TABLEAUX DES PRESTATIONS

Formule Essentielle

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Essentielle* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux pour les médecins :			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
Consultations de psychologues remboursées par l'Assurance Maladie	60%	40%	100%
Actes médicaux, d'imagerie et d'échographie pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60%	40%	100%
Honoraires et actes médicaux hors parcours de soins	30%	30%	60%
Analyses et examens de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
remboursés à 65% par le régime obligatoire	65%	35%	100%
remboursés à 30% par le régime obligatoire	30%	70%	100%
remboursés à 15% par le régime obligatoire	15%	-	15%
Matériel médical (appareillage, orthopédie, prothèses capillaires, fauteuils roulants, etc.)	60%	40%	100%
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	20%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	20%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	Intégralité	Intégralité
Chambre particulière (article 7.7)	-	-	-
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	-
Frais de transport, ambulance	55%	45%	100%
Prise en charge de la franchise médicale pour les actes supérieurs à 120€	-	Intégralité	Intégralité
Prise en charge du Forfait Patient Urgences	-	Intégralité	Intégralité
MATERNITÉ			
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	-	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	-	100%
Chambre particulière	-	-	-
Allocation naissance	-	-	-
DENTAIRE			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Inlays - onlays	60 €	40 €	100 €
Soins et prothèses 100 % santé**			
Couronne définitive	60%	Intégralité	Intégralité
Couronne transitoire	60%	Intégralité	Intégralité
Inlay - Core	60%	Intégralité	Intégralité
Bridges	60%	Intégralité	Intégralité
Prothèses amovibles	60%	Intégralité	Intégralité
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	Intégralité	Intégralité
Soins et prothèses à reste à charge modéré ou à prix libres			
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents visibles (incisives, canines, 1ère pré-molaires)	72 €	48 €	120 € / prothèse
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents non visibles (2ème pré-molaires, molaires), pilier de bridge métallique	72 €	48 €	120 € / prothèse
Couronne transitoire	6 €	4 €	10 € / prothèse
Inlay - Core	54 €	36 €	90 € / prothèse
Bridges	167,70 €	111,80 €	279,50 € / prothèse
Bridges collés	62,16 €	41,44 €	103,60 € / prothèse
Prothèses amovibles	60%	40%	100% / prothèse
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	40%	100%
Orthodontie et Parodontologie			
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire (jusqu'à l'âge de 16 ans)			
<i>Semestre de traitement</i>	100%	-	100%
<i>Autres actes (Examen, diagnostic, contention, ...)</i>	60% ou 100%	40% ou 0%	100%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (plus de 16 ans) / année civile	-	-	-
Parodontologie / année civile	-	-	-
Implantologie (forfait par implant dans la limite de 3 par année civile)	-	-	-

Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Essentielle* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
--	-----------	--

OPTIQUE

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Essentielle* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
Équipements 100% santé**	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture + verres	60%	Intégralité	Intégralité
Adaptation	6 €	Intégralité	Intégralité
Appairage	60%	Intégralité	Intégralité
Autres lunettes	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture	0,03 €	0,02 €	0,05 €
Verre simple	0,03 €	0,02 €	0,05 € / Verre
Verre complexe	0,03 €	0,02 €	0,05 € / Verre
Verre très complexe	0,03 €	0,02 €	0,05 € / Verre
Lentilles correctrices	60%	40%	100% / année civile
Chirurgie réfractive par œil / année civile	-	-	-

AIDES AUDITIVES

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Essentielle* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
Équipements 100 % Santé**	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	Intégralité	Intégralité
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	Intégralité	Intégralité
Autres prothèses auditives - Equipements à prix libres	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans, limitée à 1.700 € (remboursement Sécurité sociale et Mutuelle inclus). L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	160 €	400 € / oreille
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	560 €	1400 € / oreille
Piles et accessoires	60%	40%	100%

PRÉVENTION ET BIEN ETRE

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Essentielle* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
Cures thermales : Traitement	65%	-	65%
Cures thermales : Frais d'hébergement et transport	65%	-	65%
Cures thermales : Forfait / année civile	-	-	-
Médecine douce (ostéopathie - chiropractie - acupuncture - consultation d'homéopathie - étio-pathie - pédicurie / podologie hors appareillage) - forfait par année civile	-	-	-
Activité physique adaptée / année civile***	-	60 €	60 €
Consultations de psychologues non remboursées par l'Assurance Maladie (dans la limite de 4 consultations par année civile)	-	60€/Consultation	60€/Consultation

SERVICES

Assistance

Assistance à domicile	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste
Aide à domicile	
Assistance vie professionnelle	

Protection Juridique

Protection Juridique Recours Médical	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste
Protection juridique Recours Pénale et Professionnelle	
Informations statutaires	

Téléconsultation

Sur rendez-vous ou en accès illimité 24h/24h 7j/7j sur l'espace adhérent

Parcours Sport Santé et Santé Mentale

Accès à un accompagnement individualisé. Inscription et modalités d'accès sur l'espace adhérent

Accès aux réseaux de soins

Retrouvez les professionnels de santé conventionnés sur l'espace adhérent

* Conditions générales de prise en charge

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
déduction de la participation forfaitaire
déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

** Tels que définit réglementairement. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens dentistes.

*** Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique.

Formule Confort

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Confort* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux pour les médecins :			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
Consultations de psychologues remboursées par l'Assurance Maladie	60%	40%	100%
Actes médicaux, d'imagerie et d'échographie pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	30%	100%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60%	40%	100%
Honoraires et actes médicaux hors parcours de soins	30%	30%	60%
Analyses et examens de laboratoire	60%	40%	100%
Médicaments			
remboursés à 65% par le régime obligatoire	65%	35%	100%
remboursés à 30% par le régime obligatoire	30%	70%	100%
remboursés à 15% par le régime obligatoire	15%	-	15%
Matériel médical (appareillage, orthopédie, prothèses capillaires, fauteuils roulants, etc.)	60%	100%	160%
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	20%	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	20%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	Intégralité	Intégralité
Chambre particulière (1) (article 7.7)	-	30 €/jour	30 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (2)	-	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport, ambulance	55%	45%	100%
Prise en charge de la franchise médicale pour les actes supérieurs à 120€	-	Intégralité	Intégralité
Prise en charge du Forfait Patient Urgences	-	Intégralité	Intégralité
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département****	-	15 €/jour	15 €/jour
MATERNITÉ			
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	-	100%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	-	100%
Chambre particulière (3)	-	30 €/jour	30 €/jour
Allocation naissance	-	100 €	100 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Inlays - onlays	60 €	40 €	100 €
Soins et prothèses 100 % santé**			
Couronne définitive	60%	Intégralité	Intégralité
Couronne transitoire	60%	Intégralité	Intégralité
Inlay - Core	60%	Intégralité	Intégralité
Bridges	60%	Intégralité	Intégralité
Prothèses amovibles	60%	Intégralité	Intégralité
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	Intégralité	Intégralité
Soins et prothèses à reste à charge modéré ou à prix libres			
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents visibles (incisives, canines, 1ère pré-molaires)	72 €	150 €	222 € / prothèse
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents non visibles (2ème pré-molaires, molaires), pilier de bridge métallique	72 €	100 €	172 € / prothèse
Couronne transitoire	6 €	20 €	26 € / prothèse
Inlay - Core	54 €	80 €	134 € / prothèse
Bridges	167,70 €	250 €	417,70 € / prothèse
Bridges collés	62,16 €	250 €	312,16 € / prothèse
Prothèses amovibles	60%	100%	160% / prothèse
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	100%	160%
Orthodontie et Parodontologie			
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire (jusqu'à l'âge de 16 ans)			
<i>Semestre de traitement</i>	100%	50%	150%
<i>Autres actes (Examen, diagnostic, contention, ...)</i>	60% ou 100%	50% ou 10%	110%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (plus de 16 ans) / année civile	-	200 €	200 €
Parodontologie / année civile	-	50 €	50 €
Implantologie (forfait par implant dans la limite de 3 par année civile)	-	150 €	150 €

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Confort* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
OPTIQUE			
Équipements 100% santé**	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture + verres	60%	Intégralité	Intégralité
Adaptation	6 €	Intégralité	Intégralité
Appairage	60%	Intégralité	Intégralité
Autres lunettes	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture	0,03 €	30 €	30,03 €
Verre simple	0,03 €	35 €	35,03 € / Verre
Verre complexe	0,03 €	85 €	85,03 € / Verre
Verre très complexe	0,03 €	135 €	135,03 € / Verre
Lentilles correctrices	60%	40% + 100 €	100% + 100 € / année civile
Chirurgie réfractive par œil / année civile	-	200 €	200 €
AIDES AUDITIVES			
Équipements 100 % Santé **	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	Intégralité	Intégralité
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	Intégralité	Intégralité
Autres prothèses auditives - Equipements à prix libres	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans, limitée à 1.700 € (remboursement Sécurité sociale et Mutuelle inclus). L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	160 €	400 € / oreille
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	560 €	1 400 € / oreille
Piles et accessoires	60%	40%	100%
PRÉVENTION ET BIEN ETRE			
Cures thermales : Traitement	65%	35%	100%
Cures thermales : Frais d'hébergement et transport	65%	35%	100%
Cures thermales : Forfait / année civile	-	-	-
Médecine douce (ostéopathie - chiropractie - acupuncture - consultation d'homéopathie - étioopathie - pédicurie / podologie hors appareillage) - forfait par année civile	-	50 €	50 €
Activité physique adaptée / année civile***	-	120 €	120 €
Consultations de psychologues non remboursées par l'Assurance Maladie (dans la limite de 4 consultations par année civile)	-	60€/Consultation	60€/Consultation
SERVICES			
Assistance			
Assistance à domicile	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste		
Aide à domicile			
Assistance vie professionnelle			
Protection Juridique			
Protection Juridique Recours Médical	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste		
Protection juridique Recours Pénale et Professionnelle			
Informations statutaires			
Téléconsultation	Sur rendez-vous ou en accès illimité 24h/24h 7j/7j sur l'espace adhérent		
Parcours Sport Santé et Santé Mentale	Accès à un accompagnement individualisé. Inscription et modalités d'accès sur l'espace adhérent		
Accès aux réseaux de soins	Retrouvez les professionnels de santé conventionnés sur l'espace adhérent		

* Conditions générales de prise en charge

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
déduction de la participation forfaitaire
déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

** Tels que définis réglementairement. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens dentistes

*** Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique.

**** Pour les adhérents des départements et régions d'Outre-Mer, il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire. Cette indemnité est également versée dans les mêmes conditions à l'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans.

- (1) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 40€ / jour en soins de suite et de réadaptation, 45€ en psychiatrie et 50€ en médecine, chirurgie et obstétrique
- (2) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 25€ / jour.
- (3) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 50€ / jour.

Formule Optimale

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Optimale* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux pour les médecins :			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	90%	160%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	70%	140%
Consultations de psychologues remboursées par l'Assurance Maladie	60%	40%	100%
Actes médicaux, d'imagerie et d'échographie pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	90%	160%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	70%	70%	140%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60%	65%	125%
Honoraires et actes médicaux hors parcours de soins	30%	30%	60%
Analyses et examens de laboratoire	60%	65%	125%
Médicaments			
remboursés à 65% par le régime obligatoire	65%	35%	100%
remboursés à 30% par le régime obligatoire	30%	70% ou 50%**	100% ou 80%
remboursés à 15% par le régime obligatoire	15%	85% ou 0%**	100% ou 15%
Matériel médical (appareillage, orthopédie, prothèses capillaires, fauteuils roulants, etc.)	60%	100%	160%
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	80%	160%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	80%	60%	140%
Forfait journalier hospitalier	-	Intégralité	Intégralité
Chambre particulière (article 7.7)	-	60 €/jour	60 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (1)	-	15 €/jour	15 €/jour
Frais de transport, ambulance	55%	45%	100%
Prise en charge de la franchise médicale pour les actes supérieurs à 120€	-	Intégralité	Intégralité
Prise en charge du Forfait Patient Urgences	-	Intégralité	Intégralité
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département****	-	15 €/jour	15 €/jour
MATERNITÉ			
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
<i>ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	60%	160%
<i>n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)</i>	100%	40%	140%
Chambre particulière	-	60 €/jour	60 €/jour
Allocation naissance	-	100 €	100 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Inlays - onlays	60 €	60 €	120 €
Soins et prothèses 100 % santé***			
Couronne définitive	60%	Intégralité	Intégralité
Couronne transitoire	60%	Intégralité	Intégralité
Inlay - Core	60%	Intégralité	Intégralité
Bridges	60%	Intégralité	Intégralité
Prothèses amovibles	60%	Intégralité	Intégralité
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	Intégralité	Intégralité
Soins et prothèses à reste à charge modéré ou à prix libres			
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents visibles (incisives, canines, 1ère pré-molaires)	72 €	250 €	322 € / prothèse
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents non visibles (2ème pré-molaires, molaires), pilier de bridge métallique	72 €	200 €	272 € / prothèse
Couronne transitoire	6 €	30 €	36 € / prothèse
Inlay - Core	54 €	90 €	144 € / prothèse
Bridges	167,70 €	400 €	567,70 € / prothèse
Bridges collés	62,16 €	400 €	462,16 € / prothèse
Prothèses amovibles	60%	150%	210% / prothèse
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	150%	210%
Orthodontie et Parodontologie			
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire (jusqu'à l'âge de 16 ans)			
<i>Semestre de traitement</i>	100%	140%	240%
<i>Autres actes (Examen, diagnostic, contention, ...)</i>	60% ou 100%	140% ou 100%	200%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (plus de 16 ans) / année civile			
Parodontologie / année civile	-	500 €	500 €
Parodontologie / année civile	-	100 €	100 €
Implantologie (forfait par implant dans la limite de 3 par année civile)	-	250 €	250 €

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Optimale* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
OPTIQUE			
Équipements 100% santé***	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture + verres	60%	Intégralité	Intégralité
Adaptation	6 €	Intégralité	Intégralité
Appairage	60%	Intégralité	Intégralité
Autres lunettes	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture	0,03 €	50 €	50,03 €
Verre simple	0,03 €	55 €	55,03 € / Verre
Verre complexe	0,03 €	105 €	105,03 € / Verre
Verre très complexe	0,03 €	155 €	155,03 € / Verre
Lentilles correctrices	60%	40% + 150 €	100 % + 150 € / année civile
Chirurgie réfractive par œil / année civile	-	300 €	300 €
AIDES AUDITIVES			
Équipements 100 % Santé***	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois		
Adultes	240 €	Intégralité	Intégralité
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	Intégralité	Intégralité
Autres prothèses auditives - Equipements à prix libres	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans, limitée à 1.700 € (remboursement Sécurité sociale et Mutuelle inclus). L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	300 €	540 € / oreille
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	560 €	1 400 € / oreille
Piles et accessoires	60%	40%	100%
PRÉVENTION ET BIEN ETRE			
Cures thermales : Traitement	65%	35%	100%
Cures thermales : Frais d'hébergement et transport	65%	35%	100%
Cures thermales : Forfait / année civile	-	40 €	40 €
Médecine douce (ostéopathie - chiropractie - acupuncture - consultation d'homéopathie - étio-pathie - pédicurie / podologie hors appareillage) - forfait par année civile	-	70 €	70 €
Activité physique adaptée / année civile****	-	180 €	180 €
Consultations de psychologues non remboursées par l'Assurance Maladie (dans la limite de 4 consultations par année civile)	-	60€/Consultation	60€/Consultation
SERVICES			
Assistance			
Assistance à domicile	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste		
Aide à domicile			
Assistance vie professionnelle			
Protection Juridique			
Protection Juridique Recours Médical	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste		
Protection juridique Recours Pénale et Professionnelle			
Informations statutaires			
Téléconsultation			
Parcours Sport Santé et Santé Mentale			
Accès aux réseaux de soins			
* Conditions générales de prise en charge			

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
déduction de la participation forfaitaire
déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

** Optimalin : dans le cas de la souscription de cette option, les médicaments remboursés à 15% par l'Assurance Maladie, ne sont pas remboursés par la Mutuelle, et les médicaments remboursés à 30% par l'Assurance Maladie, sont remboursés à 50% par la Mutuelle, soit 80% au total (Assurance Maladie + Mutuelle).

*** Tels que définit réglementairement. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens dentistes

**** Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre des articles L.1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique.

***** Pour les adhérents des départements et régions d'Outre-Mer, il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire. Cette indemnité est également versée dans les mêmes conditions à l'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans.

(1) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 25€ / jour.

Formule Intégrale

	Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Intégrale* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux pour les médecins :			
ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	70%	130%	200%
n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	70%	110%	180%
Consultations de psychologues remboursées par l'Assurance Maladie	60%	40%	100%
Actes médicaux, d'imagerie et d'échographie pour les médecins			
ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	70%	130%	200%
n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	70%	110%	180%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes...)	60%	90%	150%
Honoraires et actes médicaux hors parcours de soins	30%	30%	60%
Analyses et examens de laboratoire	60%	90%	150%
Médicaments			
remboursés à 65% par le régime obligatoire	65%	35%	100%
remboursés à 30% par le régime obligatoire	30%	70%	100%
remboursés à 15% par le régime obligatoire	15%	85%	100%
Matériel médical (appareillage, orthopédie, prothèses capillaires, fauteuils roulants, etc.)	60%	150%	210%
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	80%	20%	100%
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	80%	120%	200%
n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	80%	100%	180%
Forfait journalier hospitalier	-	Intégralité	Intégralité
Chambre particulière (article 7.7)	-	90 €/jour	90 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (1)	-	20 €/jour	20 €/jour
Frais de transport, ambulance	55%	45%	100%
Prise en charge de la franchise médicale pour les actes supérieurs à 120€	-	Intégralité	Intégralité
Prise en charge du Forfait Patient Urgences	-	Intégralité	Intégralité
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département ****	-	15 €/jour	15 €/jour
MATERNITÉ			
Honoraires chirurgicaux pour les médecins			
ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	100%	100%	200%
n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)	100%	80%	180%
Chambre particulière	-	90 €/jour	90 €/jour
Allocation naissance	-	100 €	100 €
DENTAIRE			
Soins dentaires	60%	40%	100%
Inlays - onlays	60 €	110 €	170 €
Soins et prothèses 100 % santé**			
Couronne définitive	60%	Intégralité	Intégralité
Couronne transitoire	60%	Intégralité	Intégralité
Inlay - Core	60%	Intégralité	Intégralité
Bridges	60%	Intégralité	Intégralité
Prothèses amovibles	60%	Intégralité	Intégralité
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	Intégralité	Intégralité
Soins et prothèses à reste à charge modéré ou à prix libres			
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents visibles (incisives, canines, 1ère pré-molaires)	72 €	450 €	522 € / prothèse
Couronne définitive et pilier de bridge sur dents non visibles (2ème pré-molaires, molaires), pilier de bridge métallique	72 €	300 €	372 € / prothèse
Couronne transitoire	6 €	50 €	56 € / prothèse
Inlay - Core	54 €	110 €	164 € / prothèse
Bridges	167,70 €	1 200 €	1 367,70 € / prothèse
Bridges collés	62,16 €	1 200 €	1 262,16 € / prothèse
Prothèses amovibles	60%	250%	310% / prothèse
Autres soins dont réparations et suppléments	60%	250%	310%
Orthodontie et Parodontologie			
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire (jusqu'à l'âge de 16 ans)			
Semestre de traitement	100%	200%	300%
Autres actes (Examen, diagnostic, contention, ...)	60% ou 100%	200% ou 160%	260%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire (plus de 16 ans) / année civile	-	800 €	800 €
Parodontologie / année civile	-	300 €	300 €
Implantologie (forfait par implant dans la limite de 3 par année civile)	-	500 €	500 €

Régime Obligatoire* (à titre indicatif)	Mutuelle*	Votre couverture Intégrale* Y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
--	-----------	--

OPTIQUE

	Régime Obligatoire*	Mutuelle*	Votre couverture Intégrale*
Équipements 100% santé**	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture + verres	60%	Intégralité	Intégralité
Adaptation	6 €	Intégralité	Intégralité
Appairage	60%	Intégralité	Intégralité
Autres lunettes	Prise en charge limitée à 1 équipement, composé d'une monture et de 2 verres, par période de 2 ans pour les adultes, 1 équipement par an pour les enfants de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.		
Monture	0,03 €	99,97 €	100,00 €
Verre simple	0,03 €	100 €	100,03 € / Verre
Verre complexe	0,03 €	150 €	150,03 € / Verre
Verre très complexe	0,03 €	200 €	200,03 € / Verre
Lentilles correctrices	60%	40% + 300 €	100 % + 300 € / année civile
Chirurgie réfractive par œil / année civile	-	550 €	550 €

AIDES AUDITIVES

	Régime Obligatoire*	Mutuelle*	Votre couverture Intégrale*
Équipements 100 % Santé**	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans. L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adultes	240 €	Intégralité	Intégralité
Enfants (jusqu'à 20 ans)	840 €	Intégralité	Intégralité
Autres prothèses auditives - Equipements à prix libres	Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans, limitée à 1.700 € (remboursement Sécurité sociale et Mutuelle inclus). L'adaptation, le réglage et l'entretien de l'aide auditive par l'audioprothésiste sont inclus dans la prestation de base et peuvent être réalisés au moins une fois tous les 6 mois.		
Adulte	240 €	800 €	1 040 € / oreille
Enfant	840 €	560 €	1 400 € / oreille
Piles et accessoires	60%	40%	100%

PRÉVENTION ET BIEN ETRE

	Régime Obligatoire*	Mutuelle*	Votre couverture Intégrale*
Cures thermales : Traitement	65%	35%	100%
Cures thermales : Frais d'hébergement et transport	65%	35%	100%
Cures thermales : Forfait / année civile	-	60 €	60 €
Médecine douce (ostéopathie - chiropractie - acupuncture - consultation d'homéopathie - étiopathie - pédicurie / podologie hors appareillage) - forfait par année civile	-	160 €	160 €
Activité physique adaptée / année civile***	-	240 €	240 €
Consultations de psychologues non remboursées par l'Assurance Maladie (dans la limite de 4 consultations par année civile)	-	60€/Consultation	60€/Consultation

SERVICES

Assistance

Assistance à domicile	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste
Aide à domicile	
Assistance vie professionnelle	

Protection Juridique

Protection Juridique Recours Médical	Voir détails des prestations dans la notice annexée au règlement mutualiste
Protection juridique Recours Pénale et Professionnelle	
Informations statutaires	

Téléconsultation

Parcours Sport Santé et Santé Mentale	Sur rendez-vous ou en accès illimité 24h/24h 7j/7j sur l'espace adhérent Accès à un accompagnement individualisé. Inscription et modalités d'accès sur l'espace adhérent
---------------------------------------	---

Accès aux réseaux de soins

	Retrouvez les professionnels de santé conventionnés sur l'espace adhérent
--	---

* Conditions générales de prise en charge

Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).

Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.

Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :

déduction de la participation forfaitaire
déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).

La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.

Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.

Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

** Tels que définit réglementairement. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des équipements d'optique et des aides auditives à hauteur des prix limites de vente en vigueur à la date des soins. Prise en charge intégrale, après remboursement de la Sécurité Sociale, des soins et prothèses dentaires à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens dentistes.

*** Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, d'une maladie chronique ou présentant des facteurs de risques et des personnes en perte d'autonomie, dans le cadre des articles L.1172-1 et D.1172-2 du code de la santé publique.

**** Pour les adhérents des départements et régions d'Outre-Mer, il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire. Cette indemnité est également versée dans les mêmes conditions à l'accompagnant d'un enfant de moins de 18 ans.

(1) Si l'adhérent est hospitalisé dans un établissement ayant adhéré au conventionnement hospitalier de la Mutualité Fonction Publique (Règlement Fédéral Hospitalier), le montant de la prise en charge s'élève à 25€/ jour.

PIÈCES À FOURNIR POUR LE PAIEMENT DES PRESTATIONS

EN CAS DE :	Si vous bénéficiez de l'échange de données informatisées *	Si vous ne bénéficiez pas de l'échange de données informatisées
Conformément à l'article 13.1 : La Mutuelle peut exiger de ses adhérents la production de toutes pièces justificatives à l'appui d'une demande d'attribution des prestations		
La mutuelle assure le versement des prestations en nature complémentaire engagées lors d'un <u>séjour temporaire à l'étranger</u>, à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire les prenne en charge en se référant aux nomenclatures et aux bases de remboursements françaises.		
Si vous bénéficiez d'un autre organisme complémentaire intervenant en premier : nous transmettre le relevé de prestation de la première mutuelle.		
Si vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur) et/ou un dépassement d'honoraires : joindre la facture comportant le numéro adéli du professionnel de santé, son identification ainsi que le montant que vous avez réglé.		
Soins médicaux et chirurgicaux	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Soins dentaires et prothèses	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Implants dentaires remboursables par l'Assurance Maladie	Vous n'avez rien à envoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte de l'Assurance Maladie • Facture précisant le numéro des dents
Pose d'implant non remboursable par l'Assurance Maladie		Facture précisant le numéro des dents
Orthodontie < 16ans	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie et facture indiquant la date de réalisation des soins
Orthodontie > 16 ans non remboursable par l'assurance maladie		Facture précisant le numéro adéli du professionnel de santé , la cotation, le libellé et la date de début et de fin du traitement/ semestre
Équipements optique / lentilles remboursables par l'Assurance Maladie	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Renouvellement anticipé équipements optiques		<ul style="list-style-type: none"> • Prescription mentionnant la correction visuelle, Si la correction a été adaptée par l'opticien, fournir la prescription initiale avec la mention de la nouvelle correction par l'opticien. • La facture
Lentilles refusées par l'Assurance Maladie		<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale avec le nom et le prénom du bénéficiaire • La facture précisant la mention hors LPP
Appareillage	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Fauteuils roulants	Vous n'avez rien à envoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte de l'Assurance Maladie • Facture précisant le numéro ADELI du professionnel de santé
Hospitalisation	Frais de séjour/ honoraires :	
	<ul style="list-style-type: none"> • Original du bordereau d'hospitalisation accompagné de la facture, • Facture si le paiement a été effectué directement au secrétariat du praticien. 	
Indemnisation forfaitaire Hospitalisation pour les membres participants des DROM (article 24 - c)	<p>Envoi du courrier rédigé par le médecin traitant précisant la nature de l'affection nécessitant le séjour hors du département et sa durée. L'envoi doit être adressé sous pli confidentiel au médecin conseil de la MNT.</p> <p>En cas d'avis favorable du médecin conseil de la MN, l'adhérent adresse le bulletin de situation délivré par l'établissement pour le paiement des prestations.</p>	
Cure thermale prise en charge par l'Assurance Maladie	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Vaccin antigrippe	-	Facture
Contraceptif	-	Facture
Ostéodensitométrie pris en charge par l'Assurance Maladie	Vous n'avez rien à envoyer	Décompte de l'Assurance Maladie
Ostéodensitométrie NON pris en charge par l'Assurance Maladie	-	Facture précisant la notion de non prise en charge
Chirurgie réfractive	-	Facture précisant l'œil opéré
Trouble de l'érection	-	<ul style="list-style-type: none"> • Envoi au médecin conseil de la MNT sous plis confidentiel précisant la nature de l'affection nécessitant ce traitement • Facture

EN CAS DE :	Si vous bénéficiez de l'échange de données informatisées *	Si vous ne bénéficiez pas de l'échange de données informatisées
Conformément à l'article 13.1 : La Mutuelle peut exiger de ses adhérents la production de toutes pièces justificatives à l'appui d'une demande d'attribution des prestations		
La mutuelle assure le versement des prestations en nature complémentaire engagées lors d'un <u>séjour temporaire à l'étranger</u>, à condition que le régime d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire les prenne en charge en se référant aux nomenclatures et aux bases de remboursements françaises.		
Si vous bénéficiez d'un autre organisme complémentaire intervenant en premier : nous transmettre le relevé de prestation de la première mutuelle.		
Si vous avez réglé uniquement la part mutuelle (ticket modérateur) et/ou un dépassement d'honoraires : joindre la facture comportant le numéro adéli du professionnel de santé, son identification ainsi que le montant que vous avez réglé.		
Actes d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie	-	Facture des professionnels affiliés à un système d'identification national des professionnels de santé (ADELI, RPPS, FINESS) ou autre registre national de la spécialité
Consultation diététicien	-	Facture précisant le numéro ADELI du professionnel de santé
Consultation pratique du sport	-	Facture précisant le numéro ADELI du professionnel de santé et l'acte facturé
Prime inscription naissance	-	Acte de naissance ou photocopie du livret de famille
Allocation orphelin	-	Photocopie du livret de famille
Secours exceptionnel	-	Dossier spécifique
Participation cotisation rente de survie	-	Dossier spécifique
Caution immobilière	-	Dossier spécifique
Télé assistance	-	<ul style="list-style-type: none"> • Facture • Notification de GIR
Matériel maintien à domicile	-	<ul style="list-style-type: none"> • Facture • Notification de GIR
Consultations psychologues	-	Facture précisant le numéro ADELI du professionnels de santé

* La notion d'échange de données informatisées doit être vérifiée par le membre participant sur chaque décompte de sécurité Sociale.



**CONTACTEZ
VOTRE CONSEILLER MNT AU**
09 72 72 02 02*
(prix d'un appel local)



* du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 18 h 30, de 7 h à 15 h pour les Antilles, de 8 h à 16 h pour la Guyane, et de 7 h 30 à 19 h 30 pour La Réunion. © - MNT- DGACAI Dpt production / Septembre 2024



Être utile est un beau métier

GRUPE **vyv**