



Membre Union
viamut

FICHE D'INFORMATION 2018

A compter du 1^{er} janvier 2018

Extrait du règlement mutualiste 2018-Conforme aux dispositions de l'article
L221-4 du code de la Mutualité

Elle comporte 2 fascicules

Fascicule 1 : LE CORPS DU REGLEMENT MUTUALISTE

Fascicule 2 : ANNEXE 1 : DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Sommaire

CONDITIONS D'ADMISSION

- Article RM 1 - Membre
- Article RM 2 - Adhérent
- Article RM 3 - Ayant droit
- Article RM 4 - L'acte d'adhésion – Date d'effet - Durée
- Article RM 5 - Carte mutualiste
- Article RM 6 - Modification de la situation des adhérents et des ayants droit

RESILIATION DU CONTRAT

- Article RM 7 - Démission-Résiliation
- Article RM 8 - Radiation
- Article RM 9 - Exclusion

CLASSIFICATION DES MEMBRES

- Article RM 10 - Les groupes tarifaires

DROIT D'ADMISSION

- Article RM 11 - Droit d'admission

COTISATIONS

- Article RM 12 - Cotisation de la couverture santé
- Article RM 13 - Mode d'établissement des cotisations
- Article RM 14 - Enfant, étudiant, apprenti
- Article RM 15 - Cotisations des adhérents à faibles ressources
- Article RM 16 - Abattement forfaitaire de cotisation
- Article RM 16 Bis - Contrat surcomplémentaire santé
- Article RM 17 - Membre honoraire
- Article RM 18 - Changement au cours de la vie du contrat
- Article RM 19 - Décès de l'adhérent ou d'un ayant droit
- Article RM 20 - Modalité de règlement des cotisations

PRESTATIONS

- Article RM 21 - Ouverture du droit aux prestations
- Article RM 22 - Sans Objet
- Article RM 23 - Souscription de garantie
- Article RM 24 - Modification de garantie
- Article RM 25 - Complémentaire santé
- Article RM 26 - Conditions de remboursement

- Article RM 27 - Principe indemnitaire
- Article RM 28 - Modalités de paiement
- Article RM 29 - Délais de paiement des prestations
- Article RM 30 - Décomptes de prestations
- Article RM 31 - Réclamation
- Article RM 32 - Contrôle
- Article RM 33 - Prestations indues
- Article RM 34 - Modification des statuts et règlements
- Article RM 35 - Application de la loi CHATEL
- Article RM 36 - Subrogation
- Article RM 37 - Prescription
- Article RM 38 - Autorité de contrôle
- Article RM 39 - Etendue territoriale des prestations
- Article RM 40 - Loi informatique et liberté
- Article RM 41 - Médiation

PRÉAMBULE

Objet du règlement mutualiste

Conformément aux dispositions de l'article 5 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants (ci-après dénommés adhérents) et les membres honoraires, d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Le règlement mutualiste définit en particulier les dispositions générales applicables aux cotisations et aux prestations.

Tous les membres sont tenus de s'y conformer. Le règlement mutualiste est établi conformément aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Entrée en vigueur

Il a été approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle des **20, 21 juin et 25 octobre 2017**.

Il s'applique à compter de sa date d'entrée en vigueur à l'ensemble des contrats en cours, à tous les membres d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Il s'applique également à l'ensemble des contrats souscrits à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Modifications – Révisions

1°. Le présent règlement mutualiste peut faire l'objet de révisions, sous réserve d'approbation de ces révisions par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

2°. Le Conseil d'Administration, s'il a reçu délégation de l'Assemblée Générale, comme prévu à l'article 27 des Statuts et conformément à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité, peut apporter au règlement mutualiste des modifications : celles-ci sont présentées pour ratification à l'Assemblée Générale suivante.

Les modifications sont portées à la connaissance des adhérents ; elles s'imposent dans la relation mutuelle/adhérent dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents (article L 221-5 du code de la mutualité).

CONDITIONS D'ADMISSION

Article RM 1 - Membre

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires comme défini à l'article 6 des statuts.

Article RM 2 - Adhérent

Acquièrent la qualité d'adhérent, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 et suivants des statuts de la Mutuelle.

Article RM 3 - Ayant droit

Les conditions définies pour les adhérents à l'article RM2 s'imposent également aux ayants droit ; Ont la qualité d'ayants droit ceux définis à l'article 6 des statuts.

Article RM 4 - L'acte d'adhésion - Date d'effet - Durée

a) L'acte d'adhésion

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts et du présent règlement mutualiste. Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné des pièces justificatives fixées par la mutuelle.

b) Date d'effet :

1. Toute adhésion prend effet au premier jour du mois civil où l'adhérent fait acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.
2. Pour les adhésions effectuées en cours de mois :
 - Avant le 15 du mois : Adhésion au premier jour du mois en cours.
La date donnant droit aux prestations est le jour effectif de l'adhésion.
 - Après le 15 du mois : Adhésion au premier jour du mois suivant. Sur demande expresse de l'adhérent, l'adhésion peut prendre effet au 1^{er} jour du mois en cours.
La date donnant droit aux prestations est le jour effectif de l'adhésion.

c) Durée - Renouvellement :

Le contrat d'adhésion est conclu jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année civile, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions prévues aux articles 9, 10, 11 des statuts.

d) Délai de renonciation en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

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, conformément à l'article L 121-28 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

Pour cela, il lui suffit d'adresser au siège de la mutuelle sise Le Massilia -5 boulevard Camille Flammarion 13001 Marseille, une lettre recommandée avec avis de réception indiquant :

« Je soussigné(e) Mr/Mme (Nom, Prénom, adresse, N° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion à (Indiquer la garantie concernée) et demande le remboursement des cotisations versées. Le..... (Date et signature). »

En cas de renonciation,

- Si des cotisations ont été perçues, la mutuelle les remboursera dans un délai de 30 jours à compter de la demande de renonciation.
- Si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours et à retourner ses cartes de tiers payant.

Article RM 5 – Carte mutualiste

Une carte de tiers-payant est délivrée à l'adhérent par la Mutuelle dès l'ouverture des droits et mise à jour des cotisations. Elle donne droit au système de tiers-payant pendant la durée indiquée sur la carte.

Article RM 6 - Modification de la situation des adhérents et des ayants droit

L'adhérent doit aviser par écrit la Mutuelle de tout changement relatif à son adhésion : famille, domicile, compte bancaire, changement de régime d'assurance maladie obligatoire ; pour les cheminots : départ normal ou anticipé à la retraite, cessation volontaire, congé de fin de carrière, etc.

Une nouvelle carte mutualiste est établie et envoyée à l'adhérent après enregistrement des modifications au fichier de la Mutuelle.

RESILIATION DU CONTRAT

Article RM 7 – Démission-Résiliation

La démission est donnée dans les conditions fixées à l'article 9 des statuts.

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

La démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient réunies. A défaut, la Mutuelle pourra en exiger le remboursement par tout moyen.

Par exception (article L221-17 du code de la mutualité), est possible la résiliation du contrat en cas de changement de domicile, de profession, de situation ou de régime matrimonial, retraite ou cessation définitive d'activité ou lorsque les conditions liées au champ de recrutement ne sont plus remplies : cette résiliation n'est possible que si l'adhésion a pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle remboursera à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

La restitution des cartes mutualistes en cours de validité est impérative ; à défaut, l'application des alinéas précédents sera retardée jusqu'à cette restitution.

Article RM 8 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires en vertu des articles 10 et 11 des statuts.

Sont également radiés les adhérents qui n'auront pas réglé leurs cotisations dans les conditions prévues aux articles L 221-7 et L 221-8 du code de la mutualité.

Article L 221-7 du code de la mutualité stipule: à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 (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 30 (trente) jours après la mise en demeure de l'adhérent.

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

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 (dix) jours après l'expiration du délai de 30 (trente) jours prévus précédemment.

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 poursuite et de recouvrement.

Peuvent aussi être radiées (article L221-7 du code de la mutualité) les garanties ayant pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, telles que définies dans la section précédente (« résiliation »).

Article RM 9 - Exclusion

Les membres qui causent volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, qui utilisent frauduleusement le système de tiers-payant, feront l'objet de la procédure d'exclusion prévue à l'article 11 des statuts.

CLASSIFICATION DES MEMBRES

Article RM 10 - Les groupes tarifaires

Formule 1 ; 2 ; 3 :

Les membres sont classés en fonction :

- de leur âge à l'adhésion : adhésion avant 60 ans ou adhésion après le 60ème anniversaire.
- du niveau de souscription des garanties (F1 – F2 – F3).
- du régime d'assurance obligatoire (AMO).
- sous certaines conditions selon leurs ressources.
- par tranche d'âges :

- a) Adhérents affiliés CPRP SNCF en activité de service : 16 à 24 ans ; 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans ; 40 à 44 ans ; 45 à 49 ans ; 50 à 54 ans ; 55 à 59 ans ; 60 à 64 ans ; ≥65 ans
- b) Adhérents retraités et ayants droit CPRP SNCF, adhérents et ayants droit assurés sociaux de la Sécurité sociale régime général (RG) ou régime Alsace Moselle (RL) : 16 à 24 ans ; 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans ; 40 à 44 ans ; 45 à 49 ans ; 50 à 54 ans ; 55 à 59 ans ; 60 à 64 ans ; 65 à 69 ans ; ≥70 ans

Les enfants sont classés uniquement en fonction du niveau de souscription des garanties (F1 – F2 – F3) et de leur affiliation au régime d'assurance obligatoire(AMO).

Viamut 1 et 2 :

Les membres sont classés en fonction de leur âge à l'adhésion, du niveau de souscription des garanties (Viamut 1 et 2) ; du régime d'assurance obligatoire d'affiliation (AMO) ; par tranche d'âges (âge des bénéficiaires selon leurs dates d'anniversaire).

Les enfants sont classés uniquement en fonction du niveau de souscription des garanties (Viamut 1 et 2) et de leur affiliation au régime d'assurance obligatoire (AMO).

Viamut 1 et 2 ne concerne exclusivement que les cheminots en activité de service au statut au sens de la réglementation actuelle, ainsi que leurs ayants droits tels que définis par le présent règlement mutualiste.

DROIT D'ADMISSION

Article RM11 - Droit d'admission

Aucun droit d'admission n'est exigé lors de l'adhésion.

COTISATIONS

Article RM 12 - Cotisation de la couverture santé

Les adhérents s'engagent à verser une cotisation annuelle. La cotisation correspondant à une adhésion en cours d'année civile est calculée au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre.

Elle peut être fractionnée par semestre, trimestre ou mensuellement.

Elle est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

Elle comprend :

- la couverture des prestations statutaires complémentaire santé.
- les moyens d'information et de communication de la Mutuelle.
- le fonctionnement de la Mutuelle.
- les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes. Elle comprend également la Taxe de Solidarité Additionnelle (TSA).
- la cotisation annuelle forfaitaire de 0,84 € par membre participant appelée par MUTUELLE ENTRAIN, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte de la mutuelle mentionnée à l'article 8 BIS des statuts et afférente à son activité.

Article RM 13 - Mode d'établissement des cotisations

Formule 1, 2, 3 :

1°. Les cotisations sont déterminées en fonction de l'âge à l'adhésion :

- Adhésion avant 60 ans,
- Adhésion après le 60^{ème} anniversaire.

2°. Les montants des cotisations sont fixés en fonction du niveau de couverture souscrit par l'adhérent.

3°. Les cotisations sont modulées en fonction de l'âge, de l'adhérent, des ayants droit et de leur affiliation régime obligatoire.

- 4°. Les cotisations des enfants sont déterminées en fonction du régime obligatoire (AMO) et de la formule des garanties. Les cotisations sont gratuites à compter du 3^{ème} enfant.
- 5°. Les cheminots en activité de service affiliés à la CPRP SNCF ont le choix facultatif entre :
 - a) des cotisations ouvrant droit aux prestations liées au « libre choix » résultant de la désignation d'un médecin traitant non SNCF ;
 - b) des cotisations ouvrant droit aux prestations complémentaires, aux prestations réservées par la CPRP SNCF aux agents ayant désigné un médecin traitant dans le cadre de la médecine SNCF et/ou un médecin de secteur ou médecin hors zone (HZ).
- 6°. Le glissement à la tranche d'âge supérieure intervient tous les 5 ans au 1^{er} janvier qui suit la date anniversaire.
- 7°. Pour le cheminot en activité de service affilié à la CPRP SNCF, lors du passage de la vie active à la retraite, le changement de cotisation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement.
- 8°. Sous certaines conditions énoncées aux articles RM 15 et RM 16, des cotisations minorées peuvent être accordées. Ne peuvent pas en bénéficier les adhésions intervenues après le 60^{ème} anniversaire.
- 9°. Si l'adhésion intervient après le 60^{ème} anniversaire, l'adhérent ayant possédé antérieurement une complémentaire santé relevant du code de la mutualité et sous réserve que l'adhésion intervienne au plus tard dans les 2 mois après la radiation du précédent organisme, l'adhérent peut prétendre aux dispositions réservées aux adhésions avant 60 ans.
- 10°. Les cotisations par tranche d'âge des adhérents et de leurs ayants droit figurent à l'annexe 2 du présent règlement mutualiste.

Viamut 1 et 2 :

Les cotisations sont déterminées en fonction de l'âge à l'adhésion :

Adhésion de moins de 26 ans puis d'année en année jusqu'à l'âge de 65 ans.

Les montants des cotisations sont fixés en fonction du niveau de couverture souscrit par l'adhérent.

Les cotisations sont modulées en fonction de l'âge de l'adhérent, des ayants droit et de leur affiliation au régime d'assurance obligatoire.

Les cotisations des enfants sont déterminées en fonction du régime obligatoire et de la formule des garanties. Les cotisations sont gratuites à compter du 3^{ème} enfant.

Le glissement à la tranche d'âges supérieure intervient tous les ans et au 1^{er} jour du mois qui suit les dates anniversaires du membre participant et de ses ayants droits (hors enfants).

Pour le cheminot en activité de service affilié à la CPRP SNCF, âgé de moins de 30 ans (date anniversaire) et dont la date d'embauche figurant sur son contrat de travail est inférieure ou égale à un an (date à date), une réduction de cotisation est applicable pour une période de deux années à compter de la date effective d'adhésion à la Mutuelle. Cette réduction de cotisation est aussi applicable à ses ayants droits dans les mêmes conditions (hors enfant).

Les cotisations par tranche d'âge des adhérents et de leurs ayants droit figurent à l'annexe 2 du présent règlement mutualiste.

Article RM 14 - Enfant, étudiant, apprenti

Par enfant à charge, il faut entendre :

1°. L'enfant célibataire âgé au 1^{er} janvier de l'année considérée de moins de 21 ans.

2°. L'enfant célibataire âgé au 1^{er} janvier de l'année considérée de moins de 28 ans s'il poursuit ses études ou s'il est en contrat de professionnalisation.

L'adhérent doit produire un certificat de scolarité au début de l'année universitaire ainsi que la photocopie de l'attestation de l'assurance maladie obligatoire qui accorde les prestations à l'enfant.

Pour les apprentis, il doit être fourni le contrat d'apprentissage ou le contrat de formation en alternance.

Ces justificatifs doivent parvenir à la Mutuelle dans un délai de deux mois à compter du début de l'année universitaire.

Article RM 15 - Cotisations des adhérents à faibles ressources

Il est accordé sous certaines conditions des cotisations minorées (exclusivement en formule 1 et 2) à l'adhérent :

- L'adhérent ne doit pas être titulaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou remplir les conditions qui ouvrent droit à être titulaire de l'une ou l'autre des prédites dispositions.
- Avoir adhéré à la mutuelle avant le 60^{ème} anniversaire.
- Le montant du « Revenu fiscal de référence », qui figure sur l'Avis d'Imposition sur le revenu ne doit pas excéder le plafond ACS majoré de 5%.

Pour bénéficier des cotisations minorées, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle :

- L'attestation de non éligibilité à l'ACS fournis par l'AMO.
- Une demande écrite accompagnée de la photocopie du plus récent Avis d'impôt sur le revenu.
- En cas de déclarations multiples ou séparées, tous les Avis d'impôt sur le revenu de l'année de référence devront être fournis ; le montant des revenus retenu est le revenu fiscal de référence ou le cumul des revenus fiscaux de référence en cas de déclarations multiples ou séparées.
- L'attribution des cotisations minorées est consentie pour l'année civile.
- Toute demande est renouvelable annuellement, l'Avis d'impôt sur le revenu doit parvenir à la Mutuelle avant le 15 octobre précédant la prise d'effet.

La date d'effet de la minoration est fixée au premier jour du mois qui suit la réception du courrier justifiant l'abattement.

Article RM 16 - Abattement forfaitaire de cotisation

Un abattement forfaitaire peut être accordé aux seuls bénéficiaires suivants (exclusivement au Formule 1, 2 et 3):

- Aux titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente accident du travail basée sur un taux d'I.P.P. au moins égal à 66 2/3.
- Aux titulaires d'une pension au titre de l'article 115 du Code des pensions militaires et victimes de guerre.
- Aux titulaires d'une allocation adultes handicapés (AAH).
- Aux titulaires de deux affections de longue durée (ALD) sous réserve de produire un certificat du médecin traitant mentionnant le nombre d'ALD.

Le bénéficiaire d'un abattement de cotisation ne peut cumuler l'abattement avec le bénéfice de la minoration prévue à l'article RM15.

Les montants des cotisations avec abattements forfaitaires figurent à l'annexe 2 du présent règlement.

La date d'effet de la minoration est fixée au premier jour du mois qui suit la réception du courrier justifiant l'abattement.

Article RM 16 bis – Contrat surcomplémentaire santé

Cette garantie (basée exclusivement sur les formules 1, 2 et 3) se souscrit dans le cadre d'un contrat dit « surcomplémentaire ». Elle s'inscrit pleinement dans le respect des critères de responsabilité prévus par l'article L871-1 du code de la sécurité sociale (contrat responsable) ; à ce titre, son intervention vient sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le contrat d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Tout remboursement au titre de cette garantie s'entend donc y compris les remboursements déjà opérés par l'assurance maladie obligatoire ainsi que par les garanties complémentaires souscrites qui interviennent avant cette garantie ; et plus globalement dans la limite des frais facturés et des plafonds de prise en charge de cette garantie et de ceux prévus à l'article R 871-2 du code de la sécurité sociale.

Article RM 17 - Membre honoraire

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle minimale de 12 euros (article 114.1 Code de la mutualité).

Article RM 18 - Changement au cours de la vie du contrat

Les changements de régime obligatoire, le passage à la retraite, le décès, doivent être signalés à la Mutuelle par écrit. L'effet du changement est fixé au premier jour du mois suivant l'événement.

La radiation d'un ayant droit quelle qu'en soit la cause hors décès (divorce, enfant qui n'est plus à charge...) ainsi que l'adhésion à un contrat collectif obligatoire doivent être signalés par écrit. L'effet du changement est fixé au 1er jour du mois suivant le signalement.

Article RM 19 - Décès de l'adhérent ou d'un ayant droit

Si la cotisation du bénéficiaire décédé a été payée d'avance, les ayants droit ou les héritiers peuvent prétendre au remboursement des cotisations.

Article RM 20 – Modalité de règlement des cotisations

La cotisation prévue dans l'article RM 12 fait l'objet d'un prélèvement automatique avec l'assentiment des intéressés, elle est fractionnée de la façon suivante :

- Pour les cheminots actifs, la cotisation est précomptée mensuellement sur le salaire ; elle échoit avec le paiement du salaire du mois.
- Pour les cheminots retraités la cotisation est précomptée sur la pension de retraite.
- La cotisation peut être prélevée mensuellement sur le compte bancaire.
- La cotisation est exigible d'avance. Le règlement doit intervenir dans la première quinzaine du mois.

L'adhérent est redevable des cotisations pour l'ensemble de ses ayants droit dont il a demandé l'inscription. Leurs cotisations s'ajoutent à celle de l'adhérent.

La non réception d'un appel de cotisation par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de régler ses cotisations pour lui-même et ses ayants droit.

PRESTATIONS

Article RM 21 - Ouverture du droit aux prestations

L'ouverture du droit aux prestations de la Mutuelle au titre du ticket modérateur, des allocations, forfaits, dépassements, secours ou fonds social se fera sans période d'attente aussi appelée stage.

Article RM 22 - Sans Objet

Article RM 23 - Souscription de garantie

Lors de la souscription du contrat, le choix du niveau de couverture par l'adhérent s'impose à l'ensemble des bénéficiaires.

La souscription sur une garantie santé est de 1 an au minimum.

Article RM 24 - Modification de garantie

Le membre participant a la faculté de changer de garantie santé : lors du passage sur une garantie supérieure ou inférieure, la mise en place de la nouvelle garantie sera effective le 1er jour du trimestre civil suivant la demande de changement.

Il est précisé que ce changement concernera obligatoirement l'ensemble des bénéficiaires du membre participant.

La souscription sur la nouvelle garantie santé est de 1 an au minimum.

Article RM 25 - Complémentaire santé

Les actes médicaux pris en charge par les régimes d'assurance obligatoire (AMO) donnent lieu à remboursement dans les conditions stipulées aux annexes 1 et 3 du règlement.

La définition des actes pour le remboursement de la part complémentaire est identique à celle du régime d'assurance obligatoire (AMO) auquel est affilié le bénéficiaire.

Les actes de la nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) sont remboursés selon les taux de prise en charge attribués aux actes correspondant de la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et du CDAM (Catalogue des Actes Médicaux).

La prise en charge est calculée sur la base de remboursement transmise par les régimes obligatoires de la Sécurité sociale (BRSS). Les actes ou partie d'actes médicaux non pris en charge par les Régimes obligatoires ne donnent pas lieu à remboursement sauf indications contraires mentionnées aux articles de l'annexe 1 du règlement.

Les prédites garanties sont mises en œuvre conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application (Contrat dit responsable et solidaire).

Les garanties ne couvrent pas :

- 1°. **La participation forfaitaire** mentionnée au 2 de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale (fixée à 1 euro en 2004).
- 2°. **La majoration du ticket modérateur** à la charge des assurés sociaux et de leurs ayants droit visée à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant.
- 3°. **La franchise médicale** annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :
 - les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
 - les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exception des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
 - les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- 4°. **Tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires** dont la prise en charge est exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.
- 5°. **Les dépassements d'honoraires** sur les tarifs des actes et consultations hors parcours de soins.

Article RM 26 - Conditions de remboursement

Les prestations sont décomptées de la façon suivante :

- Les remboursements sont compris dans le cadre de la législation de la Sécurité Sociale ou de la CPRP SNCF et après extinction totale des droits découlant des régimes obligatoires ou des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.
- La date des soins ou de l'événement sert toujours de point de départ des prestations.
- Les pourcentages de remboursement s'appliquent sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou de la CPRP SNCF.
- Les prestations accordées varient selon la garantie souscrite.

Article RM 27 - Principe indemnitaire

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après extinction totale des droits découlant des régimes obligatoires ou des contrats souscrits auprès d'Organismes complémentaires.

Article RM 28 - Modalités de paiement

Les prestations sont virées sur le compte bancaire indiqué par l'adhérent, selon les modalités précisées en Annexe 3.

Article RM 29 - Délais de paiement des prestations

Le délai habituel de virement des prestations sur le compte bancaire indiqué par l'adhérent, est de 3 jours ouvrés après réception de l'image décompte fournie par les régimes obligatoires dans le cadre de la procédure NOEMIE 1 ; il est en principe de 5 jours ouvrés après réception du dossier complet de la demande de remboursement pour le traitement manuel des prestations.

Article RM 30 - Décomptes de prestations

Il est adressé un décompte des prestations à chaque adhérent. Le décompte précise la nature et les dates des soins remboursés, la date et le montant des virements, les prestations payées à des tiers. Le rapprochement avec les décomptes du régime obligatoire offre à l'adhérent la possibilité de suivre les remboursements de la Mutuelle.

Article RM 31 - Réclamation

Toute réclamation concernant nos paiements doit être formulée dans un délai de trois mois à compter de l'envoi du décompte des prestations mentionné à l'article 30 pour bénéficier d'un traitement dans les meilleurs délais.

Article RM 32 - Contrôle

L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter les originaux des décomptes du régime obligatoire ou des factures correspondant aux remboursements perçus au cours des six derniers mois.

Article RM 33 - Prestations indues

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. L'adhérent doit effectuer lui-même le remboursement dans les meilleurs délais.

A sa demande expresse, formulée par écrit et en accord avec la Mutuelle, une retenue peut être opérée à concurrence des sommes dues sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle.

L'adhérent s'oblige à ne pas faire supporter à la Mutuelle des dépenses qui incombent aux régimes obligatoires ou à tout autre organisme (service médical SNCF, autres organismes complémentaires, etc.).

Article RM 34 - Modification des statuts et règlements

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste, sont portés à la connaissance de chaque adhérent. Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci au membre participant ou honoraire.

Article RM 35 - Application de la loi CHATEL

Conformément à l'article L.221-10-1 du code de la mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation du contrat mutualiste est rappelée par l'intermédiaire de VIVA ou par tout autre moyen adapté.

Article RM 36 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire (remboursement de frais de soins, assistance), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou des ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article RM 37 - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1°. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.
- 2°. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.
- 3°. Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la Mutuelle 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.

Article RM 38 - Autorité de contrôle

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est « L'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution » (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 9.

Article RM 39 - Etendue territoriale des prestations

Les champs d'intervention de la Mutuelle sont le même que ceux des organismes obligatoires dont elle assure la complémentarité.

Article RM 40 - Loi informatique et liberté (loi janvier 1978)

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

L'adhérent ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

Article RM 41 - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des Statuts et du Règlement Mutualiste, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur désigné par le Conseil d'Administration. Le dossier, constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à adresser par courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

Soit via l'adresse mail suivante : mediation@mutualite.fr

Annexe 1

Description des prestations de la Mutuelle

A - DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Les prestations de la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des règles en vigueur régissant les contrats responsables. Les prestations sont limitées aux frais réels après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et/ou d'un éventuel organisme complémentaire. La dispense d'avance de frais (tiers payant) est pratiquée à hauteur du tarif de responsabilité pour le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'AMO et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, ainsi que sur le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur forfaitaire de 18 euros. Pour tous les autres actes et prestations, la dispense d'avance de frais est pratiquée selon les indications portées sur la carte de tiers payant. Les remboursements sont effectués conformément aux règles définies au présent règlement mutualiste.

Chapitre A – Nature des prestations

RMA.1 TICKET MODERATEUR

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur - TM - varie :

- selon la nature des actes ou traitements et selon l'AMO ;
- selon que les prescriptions sont dispensées ou prescrites dans le cadre de la médecine de soins SNCF ou en dehors de la médecine de soins SNCF (Libre choix) pour les cheminots CPRP SNCF en activité de service.

1.1. Adhérent cheminot en activité de service affilié CPRP SNCF

- a) L'adhérent avec médecin traitant *Libre choix* (art.RM13.5a) : la mutuelle prend en charge les TM aux taux du régime général de la Sécurité sociale pour les frais en médecine de ville correspondants aux soins dispensés ;
- b) L'adhérent avec médecin traitant désigné dans le cadre de la médecine SNCF (art.RM13.5b) : les frais en médecine de ville dispensés ou prescrits sont pris en charge à 100% par la CPRP SNCF.

La mutuelle ne prend en charge aucun TM d'actes de soins en *Libre choix* qui serait pris en charge à 100% par la CPRP SNCF, par contre l'adhérent bénéficie de toutes les autres prestations à hauteur de la garantie choisie.

1.2. Adhérents cheminots retraités et ayants droit CPRP SNCF ; Assurés sociaux Sécurité sociale et cheminots en Libre choix : Régime général (RG) ; Assurés sociaux Régime local Alsace Moselle (RL)

A l'exception des médicaments remboursés par l'AMO à 15%, la mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) en fonction du taux du régime général de la sécurité sociale, de la CPRP SNCF ou bien du régime local Alsace Moselle qui est applicable à l'adhérent/assuré social ou son ayant droit.

RMA.2 DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Les prestations de la mutuelle interviennent en complément des remboursements de l'AMO. Elles sont fonction du niveau de garanties souscrit par l'adhérent (articles RM23 et 24), elles sont résumées par formule de garanties au « *Tableau des prestations* » figurant au Chapitre B de la présente ANNEXE 1.

2.1. MEDECINE DE VILLE*/SOINS COURANTS

- 1°. Consultation, visite : médecin généraliste et spécialiste (toutes disciplines) : TM et dépassement d'honoraire par acte dont le montant est défini selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO).

- 2°. Actes techniques médicaux effectués par des médecins : ophtalmologue, cardiologue, gastro-entérologue, chirurgie ambulatoire, dentiste, etc.:
- a) TM et dépassement d'honoraire, ces derniers (hors radiologie) sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO).
 - b) prise en charge à 100% de la participation forfaitaire de 18€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
- 3°. Echographie (hors radiologie, scanner et IRM)
- TM et dépassement d'honoraire, ces derniers sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO).
- 4°. Pharmacie
- TM des médicaments et produits pharmaceutiques remboursés par l'AMO (médicaments remboursés par l'AMO à 15% non pris en charge sauf en Formule 3).

** Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.*

2.2. DENTAIRE

Formule 1 ; 2 ; 3

- 1°. Soins dentaires : TM (pas de prise en charge de dépassements d'honoraires).
- 2°. Prothèses fixes (couronne, bridge sauf inlay, onlay) ou amovibles (partielle ou totale) acceptées par l'AMO: TM et dépassement d'honoraire, ces derniers sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS dans la limite du montant défini selon la garantie choisie.
- 3°. Prothèses dentaires (hors implant) non remboursées par l'AMO (prothèses provisoires) : forfait annuel selon la garantie choisie.
- 4°. Orthodontie acceptée par l'AMO : TM et remboursement des frais d'orthodontie ou de traitements d'orthodontie commencés avant le 16^{ème} anniversaire sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS dans la limite du montant semestriel défini selon la garantie choisie.
- 5°. Parodontologie : forfait annuel selon la garantie choisie.
- 6°. Implantologie : forfait annuel selon la garantie choisie.

viamut 1 et 2

- 1°. Soins dentaires : TM (pas de prise en charge de dépassements)
- 2°. Prothèses fixes (couronnes fixes, inter de bridge, couronne sur implant - dents non visibles (molaires)- dents visibles (incisives, canines, prémolaires)- inlay core (pivot ou faux moignon))- prothèses amovibles y compris plaques métalliques- autres prothèses acceptées et remboursées par l'AMO : TM et éventuellement dépassement d'honoraire, ces derniers sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en euros dans la limite du montant de la garantie choisie.
- 3°. Prothèses dentaires (hors implant) non remboursées par l'AMO (prothèses provisoires) : forfait annuel selon la garantie choisie
- 4°. Orthodontie acceptée par l'AMO : TM (pas de prise en charge de dépassements).

2.3. OPTIQUE

Formule 1 ; 2 ; 3

Concernant la prise en charge des verres et monture, le remboursement est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription médicale, auquel cas la prise en charge de la Mutuelle est possible après une période d'un an. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique ou du premier élément de ce dernier.

Le remboursement des verres varie selon la distinction suivante : verres simples, complexes, très complexes (codage LPP de l'assurance maladie).

Verres simples : Verres simples avec sphère comprise entre -6,00 et +6,00 et cylindre \leq +4,00.

Verres complexes : Verres simples avec sphère hors zone -6,00 à +6,00 ou cylindre $>$ +4,00 ou Verres sphériques avec sphère comprise entre -4,00 et +4,00 ou verres sphéro-cylindriques avec sphère comprise entre -8,00 à +8,00.

Verres très complexes : Verres sphériques avec sphère hors zone -4,00 à +4,00 ou verres sphéro-cylindriques avec sphère hors zone -8,00 à +8,00.

- 1°. Enfant <18 ans : ticket modérateur et forfait annuel monture et forfait annuel verre (deux) selon la garantie choisie.
- 2°. Adulte ≥ 18 ans : ticket modérateur et forfait monture et forfait verre (deux) selon la garantie choisie.
- 3°. Lentilles acceptées ou refusées par l'AMO : TM + forfait annuel selon la garantie choisie.
Chirurgie réfractive non prise en charge par l'AMO (myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme) : forfait annuel par œil dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- 4°. Chirurgie réfractive non prise en charge par l'AMO (myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme) : forfait annuel par œil dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- 5°. Implants multifocaux dans le cadre de l'opération de la cataracte et non pris en charge par le régime obligatoire : forfait annuel par implant dont le montant est défini selon la garantie choisie.

viamut 1 et 2

Le remboursement est limité à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue, auquel cas la prise en charge est annuelle. Pour les mineurs, la prise en charge est limitée à un équipement par an. Le remboursement des verres varie selon la distinction suivante : verres simples, complexes, très complexes (codage LPP de l'assurance maladie).

- 1°. Enfant <18 ans : Ticket modérateur sur monture et verre (deux) selon la garantie choisie.
- 2°. Adulte ≥ 18 ans : ticket modérateur et forfait monture et forfait verre (deux) selon la garantie choisie et selon la typologie du verre.
- 3°. Lentilles acceptées ou refusées par l'AMO et produits de nettoyage : forfait annuel selon la garantie choisie.

2.4. FOURNITURES MEDICALES/APPAREILLAGE ET PROTHESES

Formule 1 ; 2 ; 3

- 1°. Petit appareillage, Orthèses : TM et dépassement dans le cadre d'un forfait annuel dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- 2°. Grand appareillage : TM et dépassement dans le cadre d'un forfait annuel dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- 3°. Prothèse/implant mammaire, capillaire et oculaire : TM et forfait annuel dont le montant est défini selon la garantie choisie
- 4°. Appareil correcteur de surdité (audioprothèse)
 - a) Acquisition : TM et dépassement dans le cadre d'un forfait annuel par appareil dont le montant est défini selon la garantie choisie
 - b) Entretien (piles, réparations, kit nettoyage) : TM et forfait selon la garantie choisie
- 5°. Couches pour incontinence : la participation de la mutuelle est définie selon la garantie choisie.

viamut 1 et 2

- 1°. Petit appareillage et grand appareillage : TM (pas de prise en charge de dépassements).
- 2°. Prothèse mammaire et capillaire: TM (pas de prise en charge de dépassements).
- 3°. Appareil correcteur de surdité (audioprothèse) :
 - a) Acquisition : TM (pas de prise en charge de dépassements).
 - b) Entretien (piles, réparations) : TM (pas de prise en charge de dépassements).

2.5. PREVENTION

Formule 1 ; 2 ; 3

- 1°. Ost densitom trie (mesure de la densité minérale osseuse):
 - a) Acte remboursé par l'AMO : TM et dépassement jusqu'à hauteur défini selon la garantie choisie.
 - b) Acte non remboursé par l'AMO : forfait annuel selon la garantie choisie.
- 2°. Sevrage tabagique : forfait annuel selon la formule de garantie choisie sur prescription médicale.
- 3°. Les vaccins non remboursés ou le vaccin antigrippal refusé par l'AMO : forfait annuel selon la garantie choisie sur prescription médicale.
- 4°. Contrat responsable et solidaires. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) de tous les actes de prévention remboursables :

Dépistage de l'hépatite B prescrit, Scellement des sillons sur les 1^{ères} et 2^{ mes} molaires avant 14 ans, Détartrage une fois par an, Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans, Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans tous les cinq ans, Vaccinations suivantes : diphtérie, tétanos, poliomyélite ; coqueluche, hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; rubéole (pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirent un enfant) ; Haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant de moins de 5 ans) ; vaccination contre les infections à pneumocoques (enfants avant l'âge de 18 mois).
- 5°. Contraception non remboursée par l'AMO (sur prescription médicale hors préservatif) : pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implant, patch : forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.

2.6. PACK BIEN ETRE

Formule 1 ; 2 ; 3

- 1°. Médecine douce : soins dispensés par des professionnels de santé :
 - a) Titulaires du diplôme d'Etat de la spécialité :
 - ostéopathe (inscrit sur une liste préfectorale, conformément aux dispositions du Décret n  2007-437 du 27 mars 2007).
 - acupuncteur, hom opathe, pédicure-podologie, diététicien.
 - b) Le chiropracteur doit être membre de l'AFC (association Française de Chiropractie) dans le cadre d'un forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie
 - c) L' tiopathe doit être inscrit sur l'annuaire des professionnels certifiés par le Registre national des  tiopathes publié par l'Institut français d' tiopathie, dans le cadre d'un forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie
- 2°. Homéopathie ou phytothérapie non remboursée par l'AMO (sur prescription médicale) : forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.

2.7. PREVENTION ET MEDECINE ALTERNATIVE

viamut 1 et 2

Contrat responsable et solidaire. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) de tous les actes de prévention remboursables : Dépistage de l'hépatite B prescrit, Scellement des sillons sur les 1^{ères} et 2^{èmes} molaires avant 14 ans, Détartrage une fois par an, Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans, Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans tous les cinq ans, Vaccinations suivantes : diphtérie, tétanos, poliomyélite ; coqueluche, hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; rubéole (pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant) ; Haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant de moins de 5 ans) ; vaccination contre les infections à pneumocoques (enfants avant l'âge de 18 mois).

Contraception non remboursée par l'AMO (sur prescription médicale hors préservatif) : pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implant, patch : forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.

Vaccin antigrippal (sur prescription médicale) : remboursement des frais réellement engagés.

Autres vaccins : paludisme, fièvre jaune, méningite, encéphalite japonaise, fièvre typhoïde, rage : forfait annuel dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.

Ostéodensitométrie : TM exclusivement (pas de prise en charge de dépassements).

Sevrage tabagique (sur prescription médicale) : forfait annuel selon la formule de garantie choisie.

2.8. CURE THERMALE ACCEPTEE (sauf thalassothérapie)

Formule 1 ; 2 ; 3

La participation de la Mutuelle est :

- a) La prise en charge des tickets modérateurs.
- b) Le versement d'un forfait annuel cure thermale dont le montant est défini selon la garantie choisie.

viamut 1 et 2 :

TM : Forfait thermal, Forfait surveillance médicale, hébergement.

2.9. HOSPITALISATION

Formule 1 ; 2 ; 3

1°. Hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique (sauf maison d'accueil spécialisée MAS)

- a) TM le cas échéant ;
- b) Forfait journalier : pris en charge sans limitation de durée ;
- c) Dépassement d'honoraire (hors radiologie) pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO).
- d) Prise en charge à 100% de la participation forfaitaire de 18€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
- e) Chambre particulière (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) : prise en charge dans les conditions de la garantie choisie. Toutefois, la participation de la mutuelle est plafonnée au « Tarif mutualiste » pour les séjours dans les établissements couverts par une convention existant entre ces établissements et la FNMF ;

- f) Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) : En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné avec la mutuelle, l'adhérent n'a pas d'avance de frais à faire, la mutuelle règle le prix du séjour directement à l'établissement (tiers payant) aux tarifs négociés. Si l'établissement n'est pas conventionné, l'adhérent sera remboursé des frais acquittés à hauteur du forfait de la garantie souscrite ;
 - g) Frais d'accompagnant (repas et couchages): la participation de la Mutuelle est définie selon la garantie choisie, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre de la Mutuelle ;
 - h) Allocation hospitalière. A compter du 1^{er} jour d'hospitalisation, en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale et obstétrique exclusivement, il est alloué une allocation journalière dont le montant et la durée sont définis selon la garantie choisie.
Elle couvre les frais annexes de l'hospitalisation (hors ambulatoire) tels que téléphone, télévision, internet, supplément sur dépassement d'honoraires.
- 2°. Hospitalisation en psychiatrie
- a) TM le cas échéant
 - b) Forfait journalier : pris en charge sans limitation de durée.

viamut 1 et 2

- 1°. Hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique, convalescence et rééducation.
- a) TM le cas échéant ;
 - b) Forfait journalier : pris en charge sans limitation de durée ;Dépassement d'honoraire pris éventuellement en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO): elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS-OPTAM/OPTAM CO).
 - c) Prise en charge à 100% de la participation forfaitaire de 18€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 ;
 - d) Chambre particulière (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Convalescence, Rééducation): prise en charge dans les conditions de la garantie choisie. Toutefois, la participation de la mutuelle est plafonnée au « Tarif mutualiste » pour les séjours dans les établissements couverts par une convention existant entre ces établissements et la FNMF ;
 - e) Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) : En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné avec la mutuelle, l'adhérent n'a pas d'avance de frais à faire, la mutuelle règle le prix du séjour directement à l'établissement (tiers payant) aux tarifs négociés. Si l'établissement n'est pas conventionné, l'adhérent sera remboursé des frais acquittés à hauteur du forfait de la garantie souscrite ;
 - f) Frais annexe de l'hospitalisation : frais de télévision : remboursement sur facture pendant 30 jours au maximum par année civile sur une base des frais réellement engagés.
 - g) Hospitalisation en psychiatrie
 - TM le cas échéant
 - Forfait journalier : pris en charge sans limitation de durée.

2.10. TRANSPORT MEDICAL

Formule 1 ; 2 ; 3 et VIAMUT 1 et 2

Transport médicalement prescrit (ambulance, véhicule sanitaire léger, taxi,...) et pris en charge par l'AMO, le remboursement de la Mutuelle par kilomètre tarifé est au plus égal au TM.

2.11. MAISON DE REPOS, DE CONVALESCENCE, DE READAPTATION FONCTIONNELLE OU DIETETIQUE

Formule 1 ; 2 ; 3

- a) Forfait journalier : pris en charge sans limitation de durée.
- b) Chambre particulière : prise en charge dans la limite du montant journalier et durée déterminés selon la garantie choisie.

RMA.3 FONDS SOCIAL D'ACTION SANITAIRE

Conformément aux dispositions prévues à l'article L.111-1.III du code de la mutualité, chaque année, l'assemblée générale affecte un crédit au fonds social et d'action sanitaire destiné :

- a) à accorder une aide particulière aux bénéficiaires pour des aides à l'occasion d'évènements familiaux - exceptionnels (sur dossier) ;
- b) à soutenir des actions concourant à la réalisation des objets de la Mutuelle (actions de prévention, de solidarité et d'entraide).

Les modalités de fonctionnement sont décrites dans le règlement intérieur dans la limite du Fonds social voté par l'assemblée générale. Ce Fonds ne peut en aucun cas être supérieur à 3 % des cotisations brutes perçues dans l'année.

RMA.4 AUTRES PRESTATIONS ET SERVICES

4.1. Réserve

4.2. VIVA

Tous les adhérents, hormis ceux ayant souscrit à viamut 1 et 2, sont abonnés au magazine mutualiste VIVA.

4.3. Frais obsèques

Les membres participants des Formules 1 ; 2 ; 3, qui ont adhéré avant leur 60ème anniversaire, et leurs ayants droit, bénéficient de la garantie du contrat collectif assurance décès temporaire annuel souscrit auprès de la Mutuelle d'Ivry la Fraternelle: 23, rue Yves Toudic, 75481 PARIS CEDEX 10; régie par le code de la mutualité, soumise aux dispositions de son livre II ; immatriculée au SIREN sous le n° 310 259 221.

Le montant des « frais obsèques » est de 550 euros.

4.4. Assistance « vie quotidienne »

Formule 1 ; 2 ; 3 et viamut 1 et 2

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient du contrat collectif d'assistance souscrit auprès de Mondial assistance France SAS - 54 rue de Londres, 75394 PARIS cedex 08. 490 381 753 RCS Paris. SIRET : 490 381 753 00014.

4.5. Possibilité de souscrire des contrats de prévoyance par l'intermédiaire de la Mutuelle.

4.6. Priorité Santé Mutualiste

Formule 1 ; 2 ; 3 et viamut 1 et 2

Services téléphoniques confidentiels d'information santé, d'aide à l'orientation et d'accompagnement personnalisés mis à disposition par la FNMF, 75719 Paris, régie par le code de la mutualité SIREN 304 426 240. Pour accéder aux services : composer le 3935 (prix appel local) et communiquer le code de la Mutuelle 6188.

4.7. Allocation maternité

Formule 1 ; 2 ; 3 et viamut 1 et 2

Les membres participants bénéficient d'une allocation lors de la naissance ou l'adoption d'un enfant sous la condition que ce dernier soit inscrit impérativement dans les 30 jours qui suivent sa naissance ou son adoption sous le contrat de l'adhérent auquel il est rattaché.

4.8. Santéclair

Formule 1 ; 2 ; 3 et viamut 1 et 2

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient des services de Santéclair pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse mais aussi à mieux s'orienter dans le système de soins.

Ces services permettent d'avoir accès à des réseaux de soins, à une analyse et du conseil sur des devis émanant de professionnels de santé non partenaires des réseaux, et à des applications internet disponibles sur l'espace adhérent Mutuelle Entrain.

Les réseaux de soins sont : opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, implantologues dentaires, diététiciens, ostéopathes et chiropracteurs présents sur le territoire métropolitain et pour certains dans des départements d'Outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés. Les bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant (excepté pour les diététiciens, les ostéopathes et chiropracteurs), ainsi qu'à des tarifs préférentiels et négociés.

Ces services sont proposés et gérés par Santéclair. Ils fonctionnent dans le cadre d'une convention conclue avec Mutuelle Entrain et sont mis en place au 01.01.2016 et reconductible annuellement.

Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros ayant son siège au 78 Boulevard de la République - 92514 BOULOGNE-BILLANCOURT cedex- Immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 428 704 977.

RMA.5 COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

La Mutuelle couvre les bénéficiaires de la CMU instituée par la loi du 27 juillet 1999, ils bénéficient du panier de soins prévu dans le cadre de la loi auquel s'y rajoute le magazine d'information mutualiste VIVA, à l'exclusion de tout autre service et avantage.