



RÈGLEMENT MUTUALISTE

Complémentaire Santé Mfct

NOVEMBRE 2022



GLOSSAIRE	2
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I : GARANTIES PROPOSÉES.....	7
ARTICLE 1 - OBJET DES GARANTIES - CONTRAT.....	7
ARTICLE 2 - PRINCIPES TARIFAIRES.....	7
ARTICLE 3 - CHANGEMENT DE SITUATION	8
CHAPITRE II : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE	9
ARTICLE 4 - ADMISSION - ADHÉSION.....	9
ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION.....	9
ARTICLE 6 - DURÉE, RENONCIATION ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	9
ARTICLE 7 - COTISATIONS	10
ARTICLE 8 - EXCLUSION.....	11
CHAPITRE III : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES BÉNÉFICIAIRES.....	11
ARTICLE 9 - INFORMATION DES ADHÉRENTS	11
ARTICLE 10 – PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE / GENERALITES / CONTRAT RESPONSABLE	11
ARTICLE 11 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES DES CONTRATS RESPONSABLES A CERTAINES PRESTATIONS / 100 % SANTE	12
ARTICLE 12 – GARANTIES ASSISTANCE	12
ARTICLE 13 – PIECES JUSTIFICATIVES.....	12
ARTICLE 14 - DEPASSEMENTS D'HONORAIRES	12
ARTICLE 15 - VALEURS LIMITES DES REMBOURSEMENTS	13
ARTICLE 16 - RESEAUX DE SOINS	13
ARTICLE 17 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE LES TIERS	13
ARTICLE 18 - PRISE D'EFFET - DÉLAIS	13
ARTICLE 19 - PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	14
ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS	14
ARTICLE 21 - TIERS PAYANT	14
ARTICLE 22 - DISPOSITIONS RELATIVES À CERTAINES PRESTATIONS	14
ARTICLE 23 - SOINS A L'ÉTRANGER.....	14
ARTICLE 24 - PRESTATIONS INDUES.....	14
ARTICLE 25 - DÉLAI DE PRESCRIPTION	14
ARTICLE 26 - SECOURS EXCEPTIONNELS.....	14
ARTICLE 27 - CLAUSES REGLEMENTAIRES.....	15
ARTICLE 28 - RÉGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)	15
ARTICLE 29 - MÉDIATION - LITIGES.....	16
ARTICLE 30 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	16
ARTICLE 31 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE	17
Annexe 1 : Tableau des prestations versées au titre des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite.....	18
Annexe 2 : Tableaux des cotisations mensuelles des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite.....	25
Annexe 3 : Traitement des données personnelles des bénéficiaires	35

100% SANTE : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

ALD (Affectation Longue Durée) : Il s'agit d'une maladie grave et/ou chronique reconnue par l'assurance maladie obligatoire comme nécessitant un suivi et des soins coûteux et prolongés. Elles figurent sur une liste établie par décret sur avis de la Haute autorité de Santé (HAS) ou sont reconnues par le service du contrôle médical de l'Assurance Maladie obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements recommandés pour la prise en charge dans le cadre de l'ALD. Les dépenses liées aux soins et au traitement de cette maladie ouvrent droit, dans certaines conditions, à une prise en charge à 100% de la base de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD (exonération du ticket modérateur).

En revanche, les taux de remboursement habituels sont appliqués aux soins sans rapport avec l'ALD (exemple : 70% de la base de remboursement pour les honoraires médicaux) justifiés par des actes destinés à traiter d'autres affections que celle qui fait l'objet du protocole).

La Haute Autorité de Santé (HAS) éditte des recommandations destinées à la communauté médicale et des guides expliquant aux patients en ALD les principaux éléments du traitement et du suivi de leur maladie. Par ailleurs, le protocole de soins établi par le médecin traitant comporte les indications sur les soins et les traitements pris en charge dans le cadre de l'ALD (Détails sur ameli.fr).

AMO (Assurance Maladie Obligatoire) : Elle est l'une des quatre branches de la sécurité sociale. Elle est constituée de trois principaux régimes :

- Le régime général, géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France ;
- Le régime agricole, géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), couvre les exploitants et les salariés agricoles ;
- Le régime social des indépendants (RSI) couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales.

BR (Base de Remboursement) : Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) : La CPAM gère la maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles pour le régime général. D'autres organismes assurent la protection sociale pour les autres régimes (régime agricole, régime social des indépendants, régimes spéciaux dont CPRP).

Contrat "responsable et solidaire" : Un contrat de mutuelle santé peut être "responsable" et "solidaire" lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale à l'adhésion et que le tarif des cotisations ne change pas en fonction de l'état de santé de la personne. Ainsi, chacun peut être assuré, et ce quel que soit son état de santé.

Le contrat responsable est un qualificatif attribué aux contrats de mutuelle respectant un certain niveau de prise en charge de ses adhérents. L'étendue et les limites que ces garanties doivent respecter pour obtenir la qualification de contrat responsable sont fixées par la réglementation.

Conventionné / non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire : Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire varient selon que le prestataire des soins (professionnels ou établissements de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire et se conforme aux conditions et tarifs de facturation prévus par celle-ci.

1.1 PROFESSIONNELS DE SANTE

Les professionnels de santé sont dits « conventionnés » lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession. Ces conventions nationales fixent notamment les tarifs applicables par ces professionnels. On parle alors de tarif conventionnel. Le tarif conventionnel est opposable, c'est-à-dire que le professionnel de santé s'engage à le respecter.

A compter de 2019 et progressivement, le tarif de certaines prothèses dentaires sera plafonné. Les chirurgiens-dentistes s'engagent également à respecter ces tarifs plafond. Il en sera de même pour certains équipements d'optique et certaines aides auditives relevant du panier à prise en charge renforcée.

Les honoraires des professionnels de santé conventionnés sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire sur la base du tarif de convention, dans les conditions de réalisation des actes et de leur facturation prévue par celle-ci. Ainsi, les médecins conventionnés autorisés à pratiquer des honoraires différents, souvent appelés de "secteur 2" peuvent facturer avec « tact et mesure » des dépassements d'honoraires sur les tarifs de convention. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et l'orthodontie. Dans tous les cas, les professionnels de santé ne doivent pas facturer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Les professionnels de santé « non conventionnés » (qui n'ont pas adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de leur profession ou qui en ont été exclus) fixent eux-mêmes leurs tarifs. Les actes qu'ils effectuent sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité », très inférieur au tarif de convention.

2.1 ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une hospitalisation varient selon que l'établissement a passé ou non un contrat avec l'Agence régionale de santé compétente. Voir également : secteur 1 / secteur 2.

Conventionné avec un organisme complémentaire d'assurance maladie : Voir réseau de soins ou tiers-payant ci-après et aux articles 16 et 21.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. C'est une aide pour payer les dépenses de santé pour les assurés dont les ressources sont modestes. Selon ce niveau de ressources, elle ne coûte rien ou coûte moins d'un euro par jour et par personne. Le droit à la Complémentaire santé solidaire dépend de la situation et des ressources de l'assuré.

CPRP (Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SNCF) : La CPRP assure les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Elle gère également les risques accidents du travail et maladies professionnelles pour le compte de la SNCF.

DDA : La Directive sur la Distribution d'Assurances est une nouvelle directive européenne, qui uniformise les pratiques et la distribution d'assurances. Elle régit la distribution, la transparence et le développement d'assurances. Elle a été prévue pour préserver les intérêts de la clientèle.

Demande de prise en charge par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : La demande formulée auprès de l'organisme complémentaire d'assurance maladie, avant d'engager certaines dépenses (hospitalisation, prothèses dentaires...) permet de vérifier que les soins envisagés sont bien couverts par la garantie, et le cas échéant, de demander à bénéficier d'une dispense d'avance des frais. En pratique, c'est souvent le professionnel de santé ou l'établissement qui effectue cette démarche pour le compte de l'assuré ou adhérent, sur la base d'un devis.

Dépassement d'honoraires : C'est la part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient.

La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérent à l'OPTAM (contrats "responsables").

Synonymes : dépassements

Voir également : secteur 1 / secteur 2 / Options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM / OPTAM-Co) / contrats responsables

Dépenses réelles : Il s'agit du montant total des dépenses engagées par une personne pour ses prestations de santé.

Devis : Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements "à prise en charge renforcée", les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements "à prise en charge renforcée".

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Dossier Médical Partagé (DMP) : Le dossier médical partagé peut être considéré comme un carnet de santé numérique. Il contient des données de santé (telles que les antécédents, allergies éventuelles, traitements en cours, comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examen), alimentées par l'assuré social et les médecins qu'il consulte.

Le patient reste toutefois libre d'autoriser les médecins à accéder à son DMP (sauf pour le médecin traitant, qui dispose d'un accès privilégié).

Toutes les informations liées à la santé sont stockées dans un seul espace dématérialisé hautement sécurisé.

Franchise médicale : C'est la somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Son montant est de :

- 0,50 euros par boîte de médicaments ;
- 0,50 euros par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (**CSS**) et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Les franchises ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé « responsables », sinon le contrat est requalifié en « non responsable ». Voir également : contrat « responsable et solidaire ».

Garantie (proposée par les organismes complémentaires d'assurance maladie) : C'est l'engagement de l'organisme complémentaire d'assurance maladie à assurer la prise en charge totale ou partielle de certains postes de dépenses qui composent la couverture complémentaire santé à un niveau prévu à l'avance par des documents contractuels.

Les garanties peuvent notamment concerner :

- L'hospitalisation (honoraires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière...),
- Les honoraires médicaux,
- Les médicaments,
- Les analyses et examens de laboratoire,
- Les honoraires paramédicaux,
- L'optique,
- Le dentaire,
- Les aides auditives.

Cet engagement est matérialisé par la souscription d'un contrat ou l'adhésion à des statuts, à un règlement et/ou à un contrat, selon le type d'organisme complémentaire d'assurance maladie.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicales).

Honoraires de dispensation : Cette rémunération du pharmacien d'officine est destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation :

- Un honoraire de dispensation au conditionnement ;
- Un honoraire par ordonnance dite complexe (5 lignes et plus de prescription de médicaments remboursables) ;
- Un honoraire de dispensation perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables* ;
- Un honoraire de dispensation pour toute exécution d'ordonnance pour des jeunes enfants et des patients âgés* ;
- Un honoraire de dispensation particulière pour toute exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments dits spécifiques* ;

*Ces honoraires entrent en vigueur au 1er janvier 2019 et peuvent se cumuler.

Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70% ou 100% par l'assurance maladie obligatoire.

HLF (Honoraire Limite de Facturation) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de "tarifs plafonnés". A compter de 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation seront appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier "à prise en charge renforcée".

IPID : L'IPID est l'abréviation d'Insurance Product Information Document. Il s'agit d'un document qui doit être remis au client avant la conclusion d'un contrat. L'IPID contient un aperçu des éléments suivants :

- Une couverture d'assurance.
 - Les exclusions et limitations.
 - Les obligations incombant au preneur d'assurance.
 - Le mode de paiement des primes ainsi que la durée.
 - La durée du contrat d'assurance.
 - Comment résilier le contrat d'assurance
- L'IPID est l'abréviation d'Insurance Product Information Document, il s'agit d'un document qui doit être remis au client avant la conclusion d'un contrat. L'IPID est l'abréviation d'Insurance Product Information Document, il s'agit d'un document qui doit être remis au client avant la conclusion d'un contrat. L'IPID est l'abréviation d'Insurance Product Information Document, il s'agit d'un document qui doit être remis au client avant la conclusion d'un contrat.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Elles définissent également les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- Pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites.) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- Pour les actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie, ...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- Pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;

- Pour les biens médicaux (appareillage, ...) hors médicaments, il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ;
- Pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

Les actes non-inscrits à la nomenclature (dit « hors nomenclature » ou HN) peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

NOEMIE : NOEMIE est le nom donné à la norme d'échange entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, dont l'objectif est d'améliorer la rapidité des remboursements. C'est par ce moyen que l'assurance maladie obligatoire transmet aux organismes complémentaires les informations nécessaires au remboursement d'un assuré ou adhérent.

OPTAM / OPTAM-Co : Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

Parcours de soins coordonné : C'est le circuit que les patients doivent suivre pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée en optimisant l'offre de soins proposée en France. Organisé autour du médecin traitant, il concerne désormais tous les assurés de l'assurance maladie obligatoire et leurs ayants-droits de moins de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- A déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- Consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué.

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Voir également : contrat responsable et solidaire.

Participation du patient (lors d'une hospitalisation) : En cas d'hospitalisation, l'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge la totalité du prix des actes. Selon le montant de la base de remboursement, le patient a à sa charge le ticket modérateur ou le forfait « 24 euros ».

Les contrats responsables remboursent la participation du patient.

Participation forfaitaire d'un euro : Cette participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- Des enfants de moins de 18 ans ;
- Des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;
- Et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Voir également : contrat responsable et solidaire.

PLV (Prix Limite de Vente) : Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Protection universelle maladie (Puma) : Depuis le 1er janvier 2016, la protection universelle maladie (Puma) garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, un droit à la prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Réseau de soins : Les réseaux de soins mettent en relation les assurés avec des professionnels de santé et jouent un rôle important dans le rapport qualité/prix des prestations, notamment pour certains équipements médicaux.

Ils interviennent essentiellement dans les domaines peu couverts par la Sécurité Sociale à savoir : optique, audioprothèses et dentaire, (trois secteurs présents actuellement dans l'offre 100 % Santé).

Ils interviennent également plus modestement dans les réseaux de médecine complémentaire (ostéopathes, diététiciens, ou encore psychologues).

Utiliser les services de son réseau de soins peut se révéler intéressant pour l'assuré qui bénéficiera :

- Du tiers-payant
- De tarifs négociés modérés permettant de réduire son reste à charge
- De critères de qualité contrôlés par les équipes du réseau de soins
- De services d'accompagnement et de prévention
- De garanties d'assurance annexes (garantie casse pour les lunettes, les appareils auditifs, ...)

SS (Sécurité Sociale) : Créée en 1945, la Sécurité Sociale a pour objectif de garantir la protection sociale aux salariés et à leur famille. Chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Dès 1967, son activité est répartie en cinq branches distinctes : Maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ; Accidents du travail et maladies professionnelles ; Famille (dont handicap et logement) ; Retraite (vieillesse et veuvage) ; Recouvrement.

Secteur 1 / Secteur 2 : Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 ou à honoraires libres dit secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable).
Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.
- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires avec "tact et mesure".

Les médecins ont l'obligation d'afficher "de manière lisible et visible dans leur salle d'attente" leur secteur d'activité, leurs honoraires et le montant d'au moins cinq prestations les plus couramment pratiquées. Les médecins de secteur 2 doivent "donner préalablement toutes les informations sur les honoraires qu'ils comptent pratiquer".

Dans tous les cas, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Sauf cas particuliers, les médecins ont l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la CSS et de l'aide médicale d'Etat.

Pour connaître le secteur d'exercice d'un médecin, il suffit d'aller sur le site annuaire.sante.ameli.fr.

Voir également : Options de pratiques tarifaires maîtrisées.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Pour les médicaments figurant dans un groupe générique (composé du médicament princeps et de ses génériques), un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) peut être fixé réglementairement. Ce TFR s'applique à l'ensemble du groupe générique.

La prise en charge, par l'assurance maladie obligatoire, et le cas échéant par l'assurance maladie complémentaire, du médicament faisant l'objet d'un TFR est effectuée sur la base de ce tarif.

Dans le cas où le prix de vente serait supérieur au TFR, le patient aurait des frais qui resteraient à sa charge que son organisme complémentaire d'assurance maladie n'a pas le droit de rembourser.

Taxe de solidarité additionnelle : La taxe de solidarité additionnelle (TSA) est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire. Le taux de taxe varie selon que le contrat est responsable ou non et le type de garanties couvertes. Il est inférieur lorsque le contrat est responsable.

Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie qui la versent annuellement à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

Le produit de cette taxe est affecté à titre principal au Fonds CMU, pour le financement de complémentaire santé solidaire (CSS).

Ticket modérateur : Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

Tiers payant : Ce système de paiement évite au patient de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits.

Pour la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire, le tiers payant s'applique de droit dans les situations où l'assuré :

- Bénéficie de complémentaire santé solidaire (CSS) ;
- Bénéficie de l'aide médicale d'Etat ;
- Est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- Bénéficie d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein) ;
- Est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'assurance maladie obligatoire ;
- Est une mineure de plus de 15 ans et consulte un professionnel de santé pour sa contraception ;
- Est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;
- Bénéficie de l'assurance maternité ;
- Bénéficie du dispositif de prise en charge des victimes d'attentats.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

RM Mfcf validé par l'Assemblée Générale du 20 mai 2022

INTRODUCTION

Conformément à l'article L.114-1 du code de la mutualité et en application de l'article 2 des statuts de la Mutuelle Familiale des Cheminots de France (Mfcf), le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la mutuelle et chaque membre participant, qui a souscrit une garantie complémentaire santé.

Ce règlement détermine les conditions d'application de ces garanties, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations et s'impose au membre participant ainsi qu'à ses éventuels ayants droit.

Le présent règlement mutualiste est adopté par l'assemblée générale de la mutuelle.

CHAPITRE I : GARANTIES PROPOSÉES

ARTICLE 1 - OBJET DES GARANTIES - CONTRAT

1.1 OBJET DES GARANTIES

La mutuelle offre à ses bénéficiaires, à leur choix, les garanties désignées ci-après :

- Garantie **Base** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent règlement.
- Garantie **Base Plus** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent règlement.
- Garantie **Complète** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent règlement.
- Garantie **Complète Plus** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent règlement.

Cette garantie est fermée aux nouvelles adhésions de membres participants (communément appelés adhérents) comme définis au chapitre II des Statuts de la Mfcf, affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale autre que celui de la Caisse de Prévoyance et de Retraite des Personnels de la SnCF (CPRP).

Toutefois, la garantie Complète Plus reste ouverte aux ayants droits affiliés à un régime de Sécurité sociale autre que celui de la CPRP, ainsi qu'aux bénéficiaires ayant choisi cette garantie avant le 31 décembre 2017 qui peuvent en rester adhérents.

- La Garantie **Réduite** : ensemble des prestations reprises à l'annexe 1 du présent règlement.

Cette garantie est fermée aux nouvelles adhésions. Les bénéficiaires l'ayant choisie antérieurement au 31 décembre 2015 peuvent en rester adhérents.

La mutuelle offre également deux garanties labellisées dans le cadre du décret n°2011 1474 du 8 novembre 2011 (voir article 1.4).

Les garanties précitées ont pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

Les frais de santé concernés par chaque garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sauf dispositions prévues à l'article 21 du présent règlement.

Par dérogation, certains frais de soins de santé inscrits à la nomenclature mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu à un remboursement par la mutuelle selon la garantie choisie.

1.2 CONTRAT RESPONSABLE

Les garanties **Base Plus**, **Complète** et **Complète Plus** sont en conformité avec les dispositions posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables », dont les dispositions sont reprises à l'article 10 du présent règlement.

Les garanties **Base** et **Réduite** ne sont pas en conformité avec ces exigences relatives aux contrats responsables.

1.3 100% SANTÉ ET LISIBILITÉ DES GARANTIES

La réforme "100 % santé" vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et de la Mfcf.

Les dispositions de cette réforme sont précisées à l'article 11.

La réforme cible les trois domaines présentant les restes à charge les plus élevés (l'optique, l'audiologie et le dentaire), pour lesquels le remboursement intégral d'un ensemble de soins et d'équipements de qualité sera assuré (le "panier 100 % santé").

La réforme "100 % santé" est associée à des dispositions relatives à l'amélioration de la lisibilité des contrats de garantie santé.

La Mfcf s'est engagée à favoriser la comparaison entre les contrats, avec notamment l'harmonisation des libellés des garanties dans tous les documents et des exemples de remboursement dans les documents précontractuels.

1.4 LABELLISATION DES GARANTIES

Les garanties de la MFCF Base Plus et Complète répondent aux dispositions du régime des aides à la protection sociale complémentaire organisé par le décret n°2011 1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et des établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

ARTICLE 2 - PRINCIPES TARIFAIRES / BÉNÉFICIAIRES

2.1 OUVERTURE DES DROITS À PRESTATIONS

Pour l'ouverture des droits aux prestations de la mutuelle, les bénéficiaires se répartissent en fonction :

- Du niveau de la garantie souscrite : Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite,
- Du régime d'assurance maladie obligatoire relevant de la législation française (CPRP ou autres régimes de Sécurité sociale), sans limitation d'âge,
- De leur âge à l'adhésion selon les tranches d'âge définies dans les annexes 2 de cotisations du présent règlement,
- De la catégorie de bénéficiaires telle que définie ci-après :

2. 2 BENEFICIAIRES / DEFINITIONS

MEMBRES PARTICIPANTS (communément désignés adhérents) comme définis au chapitre II des statuts de la Mfcf :

- Personnels en activité, retraités, pensionnés affiliés à la Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel de la SnCF (CPRP) ou à un autre régime obligatoire de Sécurité sociale notamment les particuliers, TNS (Travailleurs Non-Salariés), agents territoriaux et indépendants sans limite d'âge.
- Conjoints séparés, divorcés ou veufs.

AYANTS DROIT comme défini au chapitre II des statuts de la Mfcf :

- **Conjoints** en activité affiliés CPRP ou à un autre régime obligatoire de Sécurité sociale notamment les particuliers, TNS (Travailleurs Non-Salariés), agents territoriaux et indépendants sans limite d'âge, conjoints non-salariés d'agents en activité.
- **Conjoints** retraités, conjoints de retraités ou de pensionnés,

Par "conjoint" il convient d'entendre :

- ✓ L'époux (se) du membre participant, non séparé(e) de corps judiciairement ;
- ✓ Le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- ✓ Le (la) concubin(e) : personne vivant sous le même toit que le membre participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS entretenant une relation stable et continue avec celui-ci ;

• Enfants :

Par "enfants" il convient d'entendre les enfants de l'adhérent, ceux du conjoint, du concubin ou ceux du partenaire de PACS appartenant à l'une de ces 2 catégories :

- ✓ Enfants à charge :
 - Sont réputés comme enfants à charge :
 - ❖ les enfants de moins de 18 ans fiscalement à leur charge, considérés par la Sécurité sociale comme des ayants droit ;
 - ❖ ainsi que les enfants de 18 ans à 19 ans révolus fiscalement à charge.
 - Cette limite d'âge est prorogée jusqu'à 28 ans révolus dans les cas suivants :
 - ❖ Les enfants scolarisés ou étudiants (joindre un certificat de scolarité ou la carte étudiante ainsi que l'attestation d'affiliation au régime obligatoire).
 - ❖ Les enfants en apprentissage ou alternance sous réserve que leurs revenus soient inférieurs à 55% du Smic (joindre leur contrat et leur attestation d'affiliation au régime obligatoire).
 - ❖ Les enfants demandeurs d'emploi inscrits à Pôle Emploi (attestation d'inscription à Pôle Emploi et attestation d'affiliation au régime obligatoire).
 - Sont considérés à charge sans limite d'âge les enfants titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles et, considérés comme à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale, les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.
- ✓ Enfants de 20 à 28 ans révolus : Les enfants de 20 ans à 28 ans révolus ne pouvant apporter les pièces justificatives leur permettant de conserver la qualité « d'enfant à charge » se verront appliquer une cotisation « ayant-droit ».

2.3 MODALITES CONCERNANT LES AYANTS DROITS

A partir de 29 ans (date anniversaire), les enfants handicapés à

charge des parents restent assimilés à la catégorie des ayants droits âgés de 20 à 29 ans révolus » concernant la cotisation à régler.

Pour que les bénéficiaires âgés de 20 ans et plus puissent être considérés comme "Enfants à charge", les adhérents concernés doivent communiquer, par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr) avant le 31 octobre de chaque année, les différentes pièces justificatives précitées.

L'adhérent peut procéder à l'inscription de ses ayants droit, sous réserve de les inscrire à la même garantie que celle qu'il a choisie. Ainsi, dans une même famille, tous ses membres doivent avoir la même garantie.

Exception faite pour les familles de bénéficiaires ayant opté pour la garantie Réduite dont certains de ses membres peuvent opter pour la garantie Complète.

Les enfants rattachés par leurs parents au régime de la CPRP passent automatiquement au régime général de la sécurité sociale le jour de leurs 24 ans.

La date d'effet du changement tarifaire lié au changement d'âge est le premier jour du mois succédant à la date d'anniversaire.

CONJOINTS ET AYANTS DROIT BENEFICIAIRES DU DROIT ALSACE-MOSELLE :

Une cotisation spécifique est allouée aux conjoints et ayants droits bénéficiaires du droit Alsace-Moselle des adhérents de la Complète et la Complète Plus. En cas de décès de l'adhérent et seulement dans ce cas, la cotisation conjointe reste appliquée.

Dans les autres cas, il sera appliqué la cotisation des autres régimes de Sécurité sociale.

ARTICLE 3 - CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhérent doit informer par courrier la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses éventuels ayants droit, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations.

Il en est ainsi de la modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite et également des changements de domicile, de caisse d'assurance maladie obligatoire, de compte bancaire, ...

La mutuelle procède aux mutations utiles lorsqu'elle est informée de modifications de la situation professionnelle ou familiale de l'adhérent :

- Soit à sa demande.
- Soit d'office.

La mutation prend effet au premier jour du mois civil au cours duquel la demande a été effectuée, ou sur justificatif porté à la connaissance de la mutuelle.

Le redressement du compte "cotisations" ne peut avoir d'effet rétroactif en deçà du premier jour du mois au cours duquel la régularisation a eu lieu.

Toutefois, dans le cas de signalement tardif de changement de situation ou de régime : CPRP / autres régimes, les insuffisances de cotisation sont récupérées au moment de la régularisation de la situation.

Il est possible de changer de garantie une fois par an au 1^{er} janvier de chaque année, après un délai minimum d'un an dans la garantie précédente. La demande concerne toute la famille, exception faite des adhérents de la garantie réduite (voir article 2 ci-avant). Elle doit être formulée par écrit au plus tard au 31 octobre de l'année qui précède.

CHAPITRE II : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 4 - ADMISSION - ADHÉSION

4.1. Par "entreprises ferroviaires", telles que reprises au dit article 7 des statuts de la Mfcf, il faut entendre notamment :

- La société nationale à capitaux publics SNCF et ses filiales,
- Toute entreprise établie en France, titulaire d'une licence d'opérateur ferroviaire délivrée par le ministère des transports.

4.2. L'adhésion de l'adhérent et le cas échéant de ses ayants droit est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis une fiche d'information décrivant les conditions d'adhésion, droits et obligations réciproques de l'adhérent et de la mutuelle, ainsi que la notice d'information liée aux garanties d'Assistance. La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la mutuelle et du présent règlement.

Le bulletin d'adhésion est transmis à la mutuelle en y joignant :

- La photocopie du document délivré par un régime d'assurance maladie obligatoire (CPRP, SS, MSA, etc ...) établi pour l'adhérent et les éventuels ayants droit.
- Le cas échéant, la photocopie de l'attestation d'ouverture des droits du précédent organisme de protection complémentaire de santé de l'adhérent ou le certificat de radiation ou résiliation de celui-ci.
- Les documents nécessaires au prélèvement des cotisations et du versement des prestations.
- Pour les agents territoriaux, fournir également le certificat employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique et le justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée.
- Un mandat de résiliation du contrat précédemment souscrit, le cas échéant.

4.3. Dans le cadre d'une adhésion en ligne, le bulletin d'adhésion, le mandat SEPA et le devoir de conseil sont signés électroniquement et de façon distincte.

Les pièces justificatives sont adressées, soit de façon dématérialisée, soit le cas échéant par courrier.

Sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion en ligne, l'adhérent reçoit un e-mail de confirmation à l'adresse électronique qu'il a communiquée, attestant de son adhésion.

En tout état de cause, l'adhérent s'oblige à produire à la mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'adhésion.

4.4. L'enregistrement de l'adhésion par la mutuelle est matérialisé par l'envoi à l'adhérent, d'une ou plusieurs cartes mutualistes selon le nombre de bénéficiaires qui ont rejoint la Mfcf.

4.5. L'adhésion n'est soumise à aucun droit d'entrée ni frais de dossier.

ARTICLE 5 - DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet selon les modalités suivantes :

- A la date d'effet souhaitée par l'adhérent indiquée sur le bulletin d'adhésion ou, à défaut d'indication,
- Au 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient à la mutuelle avant le 15 du mois.
- Au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.
- Au lendemain de la résiliation effective auprès d'un assureur précédent, dans le cadre de la loi relative à la résiliation infra-annuelle du 14 juillet 2019.

Toutefois, si l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(ient) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1^{er} jour du mois en cours, sous réserve de l'encaissement par la mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

En tout état de cause, la prise d'effet des garanties est subordonnée, d'une part, à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées et d'autre part, du bon paiement de la première cotisation.

Le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion à l'exception de certaines prestations, soumises à un délai d'attente mentionné à l'article 18 du présent règlement.

ARTICLE 6 - DURÉE, RENONCIATION ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

6.1 DURÉE DE L'ADHESION

L'adhésion à la garantie choisie est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

6.2 DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du code de la mutualité, le membre participant à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

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 L222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.

La mutuelle est tenue de rembourser le membre participant dans les meilleurs délais et, au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du présent règlement, à l'exception du paiement proportionnel des prestations effectivement fournies et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Le membre participant restitue à la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toute somme et tout bien qu'il a reçu de cette dernière.

Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à la mutuelle sa volonté de se rétracter.

6.3 MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :
"Je soussigné(e) (Nom, prénom),
demeurant (Adresse complète), déclare
renoncer à mon adhésion au règlement frais de santé Mfcf pour
la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le
..... (préciser la date) et demande le
remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au
titre de ma cotisation, sous déduction des prestations
éventuellement versées par la mutuelle.
Date et Signature".

6.4 RENOUELEMENT DE L'ADHESION, DENONCIATION

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'adhérent, dans les conditions précisées ci-après.

L'adhérent peut mettre fin à l'adhésion au règlement par l'un des moyens suivants :

- soit par lettre ou tout autre support durable
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle
- soit par acte extrajudiciaire
- soit par communication à distance lorsque la mutuelle le propose pour l'adhésion au règlement
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

Cette résiliation peut intervenir :

- à l'échéance de l'adhésion au règlement, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, à tout moment ; la mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de l'adhésion au règlement en précisant à l'adhérent la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.
- en cas de refus par l'adhérent de la modification du règlement par la mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.
- à la réception de l'avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé à l'adhérent moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu ci-dessus, mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de La Poste ou de la date de notification.

L'adhérent ou l'ayant-droit au présent règlement, amené à bénéficier d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution de sa carte mutualiste en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification par l'adhérent de sa demande dûment justifiée.

La résiliation peut être prononcée par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article L221 -7 du Code de la Mutualité, et pour fraude ou fausse déclaration intentionnelle.

ARTICLE 7 - COTISATIONS

7.1 UTILISATION

Les cotisations servent à assurer les charges ci-après :

- Prestations aux bénéficiaires.
- Cotisations aux organismes mutualistes extérieurs : Fnmf, ...
- Frais de fonctionnement de la mutuelle.
- Impôts et taxes.
- Constitution et maintien de la marge de solvabilité, du fonds social et du fonds de garantie.

7.2 TABLEAU DES COTISATIONS

Les cotisations mensuelles des différentes garanties sont reprises en annexe 2 du présent règlement.

7.4 EXONERATION OU COTISATION REDUITE D'ENFANTS A CHARGE

Les enfants à charge, jusqu'à la date anniversaire des 29 ans, et reconnus par les régimes obligatoires sont exonérés de cotisation ou acquittent une cotisation réduite dans les cas suivants :

- **FAMILLES COMPORTANT TROIS ENFANTS OU PLUS** : seuls les deux enfants les plus âgés paient une cotisation, les autres en sont exonérés.
- **ENFANTS D'ADHERENTS PRENANT LEUR RETRAITE A PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2017** : lorsque le retraité chef de famille est, ainsi que ses enfants rattachés, inscrit à la Mfcf au moment du passage à la retraite, les enfants rattachés acquittent une cotisation au demi-tarif de la cotisation de leur catégorie si leurs éventuels revenus sont inférieurs à 55% du Smic. Cette mesure applicable sans rétroactivité intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date où le retraité a fourni la totalité des pièces justificatives à la Mfcf.
- **ENFANTS D'ADHERENTS AYANT PRIS LEUR RETRAITE AVANT LE 01 JANVIER 2017** : lorsque le retraité chef de famille est, ainsi que ses enfants rattachés, inscrit à la Mfcf au moment du passage à la retraite, les enfants rattachés sont exonérés de cotisation si leurs éventuels revenus sont inférieurs à 55% du Smic. Cette mesure applicable sans rétroactivité intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date où le retraité a fourni la totalité des pièces justificatives à la Mfcf.

7.4 PRIME DE FIDELITE

Les adhérents et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient d'une prime de fidélité sous forme d'une réduction de leur cotisation dès lors qu'ils ont adhéré à la Mfcf pendant un certain nombre d'années continues.

Chaque personne protégée (à l'exception des enfants rattachés) bénéficie d'une réduction de cotisation dans les conditions suivantes :

- Moins de 20 ans de présence : cotisation normale,
- De 20 à moins de 25 ans de présence : réduction de 3% de la cotisation,
- De 25 à moins de 30 ans de présence : réduction de 5% de la cotisation,
- De 30 ans et plus de présence : réduction de 7% de la cotisation.

Cette mesure intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date anniversaire de l'adhésion.

7.5 REDUCTION DE COTISATION POUR CERTAINS ADHERENTS

Pour certains adhérents à revenus modestes, bénéficiant ou non de l'aide à la mutualisation reprise au point 3 de l'article 2 des statuts de la Mfcf, la mutuelle accorde des réductions de cotisations étudiées au cas par cas par la Commission d'Action Sociale.

7.6 MODES DE PAIEMENT

Les cotisations sont payables d'avance selon le mode de règlement retenu :

- De préférence par prélèvements mensuels automatiques sur un compte bancaire,
- Par prélèvements mensuels sur pension pour les pensionnés de la CPRP,
- Par chèque bancaire annuel

Le coût des rejets de prélèvements pour non approvisionnement de compte ou changement d'intitulé du compte non signalé à la mutuelle est à la charge de l'adhérent et cumulé avec l'appel de cotisation suivant.

7.7 PARTICULARITE : AGENTS TERRITORIAUX

7.7.1 MAJORATION TARIFAIRE POUR ADHESION TARDIVE :

Lorsque l'adhésion de l'agent à un organisme labellisé est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique ou, pour les agents en fonction lors de la publication du décret de labellisation, intervient plus de deux ans après la date de publication de ce décret, la cotisation « frais de santé » acquittée par le membre participant pour sa couverture est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé des collectivités territoriales, du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé de la Fonction publique. Il tient compte de l'âge du bénéficiaire, de son ancienneté dans la Fonction publique et de sa durée de cotisation à un dispositif solidaire bénéficiant de la participation mentionnée à l'article 1^{er} du décret du 8 novembre 2011.

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la Fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence, une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la Fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés.

7.7.2 DATES A PARTIR DESQUELLES LES MAJORATIONS S'APPLIQUENT :

Agents présents à la date de parution du décret : la majoration tarifaire ne sera calculée qu'à compter du 31 Août 2013 pour les agents âgés de plus de 30 ans. Agents entrés dans la fonction publique après la date de parution du décret : la majoration de tarif de 2% pour toute année non cotisée à un organisme de référence ne sera appliquée qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée en fonction pour les agents de plus de trente ans.

7.7.3 PERTE DU LABEL :

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011). Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il 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.

7.7.4 RESPECT DE LA SOLIDARITE INTERGENERATIONNELLE :

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'assuré âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation de l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable, compte non tenu d'éventuelles pénalisations.

7.8 NON- PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations, les garanties sont suspendues puis résiliées conformément aux dispositions de l'article L221 -7 du Code de la mutualité.

Une procédure spécifique est appliquée dans ce cadre, selon les étapes suivantes :

- Une lettre de relance est adressée à l'adhérent 10 jours après la date d'échéance
- 10 jours après l'envoi de cette lettre de relance, une lettre de mise en demeure est adressée à l'adhérent l'informant de la suspension de ses garanties et du risque de résiliation de ses garanties à défaut de paiement de sa cotisation.
- 40 jours après l'envoi de cette mise en demeure, l'adhérent est informé par courrier de la résiliation de son contrat.

ARTICLE 8 - EXCLUSION

Sont exclus les adhérents et les ayants droits rattachés qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la mutuelle.

L'exclusion est prononcée par le conseil d'administration de la mutuelle.

CHAPITRE III : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES BÉNÉFICIAIRES

ARTICLE 9 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

Chaque adhérent reçoit un exemplaire du Règlement Mutualiste et un exemplaire des Statuts. Toute modification de ces documents est portée à la connaissance de l'adhérent. Elle est applicable de plein droit et n'entraîne aucune rétroactivité dans son application.

Chaque adhérent est informé, sur sa demande :

- Des réalisations sanitaires et sociales auxquelles il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du code de la mutualité.
- Des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

ARTICLE 10 – PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE / GENERALITES / CONTRAT RESPONSABLE

La liste des prestations et les différents taux de remboursement sont précisés dans l'annexe 1 du présent règlement.

La mutuelle accorde des prestations complémentaires à celles du régime obligatoire de l'assurance maladie. La mutuelle verse aussi des allocations ou aides particulières.

Au titre de l'action sociale accessoire aux contrats, la mutuelle participe notamment aux frais d'obsèques pour toutes les garanties sauf pour la garantie Base. Ce droit est acquis après l'expiration d'un délai de 6 mois de présence à la Mfcf sous réserve d'avoir adhéré avant l'âge de 65 ans.

Les garanties santé de la Mfcf sont "solidaires" compte tenu que les cotisations ne sont pas fonction de l'état de santé de l'individu couvert et la mutuelle ne recueille aucune information médicale.

Contrat responsable

Les garanties Base Plus, Complète et Complète Plus, citées à l'article 1 du présent règlement, étant responsables, répondent aux dispositions suivantes :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

ARTICLE 11 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES DES CONTRATS RESPONSABLES A CERTAINES PRESTATIONS / 100 % SANTE

La description des prestations ainsi que les modalités de fonctionnement figurent au sein des tableaux de garanties en Annexe 1.

Précisions sur certaines dispositions spécifiques pour les garanties suivantes :

Optique

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

1. de deux ans, pour les plus de 16 ans,
2. d'un an, pour les moins de 16 ans,
3. de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement

effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définies par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiées par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

1. pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
2. pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible sans délai, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers.

Aides auditives

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

ARTICLE 12 – GARANTIES ASSISTANCE

12.1 Les bénéficiaires de la mutuelle ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance familial " **MFCF ASSISTANCE** ". Cette garantie est souscrite, dans le cadre d'un contrat collectif, par la mutuelle **MFCF** sur décision de l'Assemblée Générale de la mutuelle **MFCF**, auprès de IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 - Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR située 4, Place de Budapest – CS92459 – 75436 Paris cedex 09.

12.2. - Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec allitement,
- de décès,
- d'évènement traumatisant,
- d'accident ou de maladie invalidante,
- de mutation professionnelle,

Et selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES.

ARTICLE 13 – PIECES JUSTIFICATIVES

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans les tableaux de prestations figurant en Annexe 1.

ARTICLE 14 - DEPASSEMENTS D'HONORAIRES

14.1 PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS D'HONORAIRES DES

MEDECINS NON ADHERENTS A UN DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (D.P.T.M.) :

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- Limite 1 : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;
- Limite 2 : Le montant de prise en charge des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

14.2 LES DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (D.P.T.M.)

Ce sont les contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires OPTAM (option de pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option de pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

14.3 SOINS COURANTS

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.

ARTICLE 15 - VALEURS LIMITES DES REMBOURSEMENTS

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Ainsi, pour toutes les garanties faisant l'objet du présent règlement mutualiste, les prestations ne peuvent être versées que dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 16 - RESEAUX DE SOINS

La mutuelle fait bénéficier ses membres participants et ayants droit du réseau de soins ITELIS offrant les services suivants :

- Accès à des tarifs négociés aux professionnels de santé partenaires du réseau en optique, dentaire, audioprothèse et chirurgie réfractive ainsi que pour les ostéopathes/chiropracteurs et psychologues.
- Géolocalisation des partenaires de santé des réseaux par internet.
- Aide à l'analyse et à la négociation de devis concernant les prothèses dentaires, l'implantologie, la parodontie, l'orthodontie, les lunettes, les lentilles, la chirurgie réfractive et l'audioprothèse.

ARTICLE 17 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE LES TIERS

La mutuelle est subrogée de plein droit au bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la

mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident ayant entraîné le décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

ARTICLE 18 - PRISE D'EFFET - DÉLAIS

18.1 Le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion de la personne protégée.

18.2 Cependant, le droit aux prestations ci-après ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de :

- 6 mois pour l'allocation décès sous réserve d'avoir adhéré avant l'âge de 65 ans.
- 6 mois pour l'allocation maternité ; cette allocation est liée à l'inscription à la mutuelle :
 - ✓ Du nouveau-né dans un délai de 3 mois après le jour de sa naissance.
 - ✓ Ou du nouvel adopté dans un délai de 3 mois après la date figurant sur le certificat d'adoption.
- 6 mois pour les dépenses relatives aux implants dentaires. Cette restriction ne s'applique pas aux équipements dentaires qui font partie des paniers 100% santé.
- 2 ans pour les forfaits relatifs aux appareils de correction auditive. Cette restriction ne s'applique pas aux équipements auditifs qui font partie des paniers 100% santé.

Par dérogation, ce délai est supprimé pour les enfants si l'inscription à la mutuelle :

- ✓ Du nouveau-né a été effectuée dans un délai de 3 mois après le jour de sa naissance.
- ✓ Du nouvel adopté a été effectuée dans un délai de 3 mois après la date figurant sur le certificat d'adoption.
- 5 ans pour la participation aux placements en établissements d'hébergement pour personnes âgées et établissement de cure médicalisée 3^{ème} âge.

18.3 CAS PARTICULIERS

18.3.1 EN CAS DE MUTATION D'UN AUTRE ORGANISME DE PROTECTION COMPLEMENTAIRE :

Pour les nouveaux adhérents, admis par mutation d'un autre organisme de protection complémentaire santé, le droit aux prestations est immédiat pour eux-mêmes et leurs ayants droit, sauf pour celles énumérées à l'article 18.2 du présent règlement.

La mutation prend effet à compter du premier jour du mois de la cessation de garantie par l'ancien organisme.

18.3.2 EN CAS DE CHANGEMENT DE GARANTIE :

A la date de changement de garantie (1^{er} janvier de chaque année - voir article 3 du présent règlement), les bénéficiaires sont remboursés aux taux de la nouvelle garantie, à l'exception des demandes concernant les actes entièrement exécutés avant cette date, remboursés aux taux de l'ancienne garantie.

Toutefois, un délai de présence de 6 mois sur la nouvelle garantie est requis pour les dépenses relatives aux implants dentaires.

Cette disposition concerne le passage de la garantie Base à la garantie Base Plus ou Complète ou Complète Plus, ainsi que le passage de la garantie Base Plus ou Complète ou Réduite à la

garantie Complète Plus.

18.3.3 LORS DE PROMOTIONS COMMERCIALES :

Des promotions commerciales décidées par la mutuelle peuvent prévoir des dérogations aux règles ci-dessus.

ARTICLE 19 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations complémentaires de l'assurance maladie énumérées en annexe 1 du présent règlement est effectué à réception :

- Soit des données informatiques des décomptes édités par les régimes obligatoires d'assurance maladie pour le règlement de leurs propres prestations.
- Soit des demandes de remboursement pour les dépenses d'hospitalisation et soins externes, pour certaines prestations optiques ou dentaires et pour les dépassements relatifs aux prestations sanitaires.

Les prestations sont réglées par virements. Les versements sont justifiés par un décompte.

ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et du règlement mutualiste, le membre participant ou ses éventuels ayants droit peut adresser une réclamation au Centre de gestion (coordonnées figurant sur la carte mutualiste), accompagnée d'un dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la requête.

La demande est traitée dans les 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

Le délai de réclamation concernant des prestations mutualistes versées ou refusées est recevable dans les 6 mois à compter de la date du décompte émis par la mutuelle ou du refus de la Sécurité sociale.

Dans le cas où un membre participant est redevable envers la mutuelle d'un trop perçu de prestation, celle-ci est habilitée de plein droit, après l'en avoir informé, à opérer des retenues sur les prestations mutualistes auxquelles il pourrait prétendre, jusqu'à due concurrence.

ARTICLE 21 - TIERS PAYANT

La mutuelle garantit les accords de tiers payant (ticket modérateur - part complémentaire) à condition que le professionnel de santé concerné (ou l'organisme le représentant) accepte la pratique du tiers payant intégral par l'intermédiaire d'une convention passée avec la mutuelle ou un service concentrateur.

La Mfcf a adhéré au tiers-payant santé mis en place par la société dont le nom est reporté sur la carte de tiers payant. De ce fait, avec les praticiens conventionnés par cette société, l'avance de frais est évitée pour l'adhérent et un remboursement rapide est assuré aux professionnels de santé.

L'obtention du tiers payant nécessite la présentation de la carte mutualiste en cours de validité, comportant les droits ouverts pour le bénéficiaire à la date des soins.

Elle permet aux adhérents de bénéficier du tiers payant uniquement pour les risques mentionnés sur celle-ci et suivant les accords passés avec les professionnels de santé, le remboursement étant limité, le cas échéant, au montant du ticket modérateur en médecine de ville ou hospitalisation ainsi qu'au forfait journalier.

Cette carte nominative est **strictement personnelle**. Elle ne peut en aucun cas être utilisée par quelqu'un ne figurant pas

nominativement sur la carte.

Sa validité est annuelle quel que soit le mode de règlement de la cotisation.

ARTICLE 22 - DISPOSITIONS RELATIVES À CERTAINES PRESTATIONS

Le bénéfice de prestations, concernant des actes professionnels ne donnant pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, est soumis à la décision de la Commission d'Action Sociale de la mutuelle, après avis de son médecin-conseil, à l'exception de celles dûment répertoriées et tarifées dans le tableau des prestations de la mutuelle.

ARTICLE 23 - SOINS A L'ÉTRANGER

Lorsqu'un adhérent, ou l'un de ses ayants droit, séjourne à l'étranger à titre temporaire ou permanent, il se rapproche de la caisse du régime obligatoire auquel il est rattaché pour connaître les dispositions valables dans ce pays en matière de dépense de santé.

La mutuelle, quant à elle, rembourse éventuellement les dépassements suivant les règles applicables sur le territoire français.

ARTICLE 24 - PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à un adhérent ou à un professionnel de santé, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir de l'adhérent.

Elle pourra en outre recourir à tous moyens de droit mis à sa disposition en cas d'utilisation frauduleuse de la carte mutualiste.

ARTICLE 25 - DÉLAI DE PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- Qu'à compter du jour où la mutuelle en a eu connaissance en cas de réticence, omission ou fausse déclaration ;
- Que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Lorsque l'action de l'adhérent, du participant 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, le participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Demande en justice, même en référé ;
- Acte d'exécution forcée ;
- Désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée soit à l'entreprise par la mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à la mutuelle par le participant, le bénéficiaire ou les ayants droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 26 - SECOURS EXCEPTIONNELS

Des secours exceptionnels pris sur une enveloppe dédiée fixée par

l'Assemblée Générale, peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale aux membres participants et ou à leurs ayants droit pour des besoins sociaux, urgents et ponctuels qui ne peuvent être couverts au titre des garanties formalisées par le règlement mutualiste.

La Commission d'Action Sociale pourra, dans le cadre de cette enveloppe prendre en charge tout ou partie des prestations et/ou une partie de la cotisation de certaines des personnes qui en font la demande. Les conditions de cette prise en charge partielle seront déterminées par la Commission d'Action Sociale en tenant compte notamment des revenus du foyer.

L'enveloppe des secours exceptionnels n'est pas reportable d'une année sur l'autre.

ARTICLE 27 - CLAUSES REGLEMENTAIRES

27.1 APPLICATION DE L'ARTICLE L.211- 5 DU CODE DE LA MUTUALITE

La Mutuelle Familiale des Cheminots de France dénommée Mfcf est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n°784 394 413, dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS (ci-après désignée « la mutuelle »), la mutuelle Mfcf est une mutuelle substituée par la mutuelle Klésia Mut', mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro Siren n°529 168 007 dont le siège social est situé 4 rue Georges Picquart - 75017 PARIS.

Dans le cadre d'une convention de substitution, la mutuelle Klésia Mut' se substitue intégralement à la mutuelle Mfcf, en application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la substituée et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1 et 2 tels qu'ils sont définis dans le règlement mutualiste "Complémentaire Santé Mfcf".

La mutuelle Klésia Mut' donne à la mutuelle Mfcf sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité. Si l'agrément accordé à la mutuelle Klésia Mut' lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

27.2 MODIFICATIONS REGLEMENTAIRES OU TARIFAIRES

En cas de modification fixée par le régime obligatoire d'assurance maladie de la réglementation ou des tarifications, la mutuelle peut être contrainte d'ajuster la définition des garanties et le niveau des cotisations sans que cela ne constitue une remise en cause du contrat.

Ces modifications sont applicables de plein droit dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents de la mutuelle.

ARTICLE 28 - RÉGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

28.1 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie le membre participant à la Mutuelle, des données personnelles vous concernant sont collectées par La Mfcf, entité du Groupe KLESIA,

située 4, rue Georges Picquart, 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au présent règlement mutualiste ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, La Mfcf sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

28.2 LES FINALITES DE LA COLLECTE DE VOS DONNEES PERSONNELLES :

Dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste, les données personnelles que nous collectons vont permettre :

- L'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- La tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- La gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des règlements mutualistes ;
- L'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- L'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- La gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, La Mfcf met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- La mise en place d'actions de prévention ;
- La gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
- La lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
- La prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

28.3 LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES DE SANTE :

Le traitement des données de santé vous concernant par La Mfcf est soumis à votre consentement. Néanmoins, votre adhésion au présent règlement mutualiste vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de La Mfcf et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

28.4 LES DECISIONS AUTOMATISEES ET LE PROFILAGE :

Dans certains cas, La Mfcf pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, La Mfcf vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

28.5 LES DESTINATAIRES DE VOS DONNEES PERSONNELLES :

Dans le cadre des traitements de La Mfcf, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

28.6 LE TRANSFERT DE VOS DONNEES PERSONNELLES HORS DE L'UNION EUROPEENNE :

La Mfcf traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

28.7 LES DUREES DE CONSERVATION DE VOS DONNEES PERSONNELLES :

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

28.8 VOS DROITS

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- Pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- Lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

Par ailleurs, vous avez la possibilité :

- De définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès ;
- De retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de la Mfcf.

28.9 L'EXERCICE DE VOS DROITS AUPRES DE LA MFCF

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par la Mfcf, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- Par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- Par courrier à l'adresse KLESIA- SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

28.10 RECLAMATION AUPRES DE LA CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

ARTICLE 29 - MÉDIATION - LITIGES

Si au terme du traitement de la réclamation, prévu à l'article 20 du présent règlement, la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le membre participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit peut, conformément à l'article 3 du Règlement de médiation de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) dont la mutuelle est adhérente, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la mutuelle, s'adresser par courrier au Médiateur de la FNMF à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15**

Ou directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'Adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle. La demande auprès du Médiateur est introduite par le Membre participant ainsi que le bénéficiaire ou l'ayant droit dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la mutuelle.

ARTICLE 30 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que :

- La justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- La provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- Celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de manière régulière qui au

sein de ses adhérents est susceptible d'être qualifiée comme une Personne Politiquement Exposée.

La notion de "Personne Politiquement Exposée" est définie à l'article R.561-18 du Code Monétaire et Financier comme :

I. Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- 1er. Chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2e. Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3e. Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4e. Membre d'une cour des comptes ;
- 5e. 5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6e. Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière.
- 7e. Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8e. Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9e. Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

- 1er. Le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2e. Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3e. Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4e. Les ascendants au premier degré.

III. Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

- 1er. Les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2e. Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3e. Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

ARTICLE 31 - DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans le cadre de son activité, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé de son choix, tout adhérent ayant formulé une demande ou bénéficié de prestations au titre du présent règlement.

La mutuelle peut également demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des

déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle :

- Ne prendra pas en charge les prestations,
- Pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment versées, sans préjudices des sanctions prévues par les statuts de la mutuelle.

En cas de récupération de la part de l'assurance maladie obligatoire, à la suite d'un contrôle d'un professionnel de santé effectué après un remboursement, la mutuelle se réserve le droit de récupérer les prestations indûment versées.

Annexe 1 : Tableau des prestations versées au titre des garanties Base, Base Plus, Complète, Complète Plus et Réduite



Complémentaire Santé Mfcf
Conditions applicables du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023

Tableau des prestations complémentaires versées par la Mfcf limitées aux dépenses réelles et incluant le remboursement de votre caisse d'assurance maladie obligatoire (AMO).
Les actes non remboursés par la SS ou la CPRP ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues dans le tableau ci-dessous.

Désignation des prestations		Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr)
SOINS COURANTS							
HONORAIRES MÉDICAUX							
Consultations et visites de généralistes	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	165 % de la BR	190 % de la BR	165 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	140 % de la BR	160 % de la BR	140 % de la BR	
Consultations et visites de spécialistes Actes de chirurgie en cabinet Actes techniques médicaux (endoscopie, audiométrie, ophtalmologie, dermatologie ...)	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	155 % de la BR	175 % de la BR	155 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	135 % de la BR	150 % de la BR	135 % de la BR	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX (exclusivement sur prescription médicale)							
Actes des infirmiers Actes des Masseurs Kinésithérapeutes Actes des orthophonistes et des orthoptistes Actes des pédicures Actes de sage-femme, Soins infirmiers sage-femme		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie...)							
Echographie, imagerie diagnostique	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	130 % de la BR	140 % de la BR	130 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	110 % de la BR	120 % de la BR	110 % de la BR	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE (exclusivement sur prescription médicale)							
Actes de biologie et Prélèvements		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
MÉDICAMENTS (exclusivement sur prescription médicale)							
Médicaments remboursés à 65% par l'AMO Médicaments remboursés à 30% par l'AMO		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	Voir Pack Autres Médications	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Médicaments remboursés à 15% par l'AMO (1)		100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS (voir Pack Autres Médications)	100 % de la BR sauf pour les bénéficiaires de la SS (voir Pack Autres Médications)		
Pack Autres médicaments (exclusivement sur prescription médicale et hors parapharmacie) 100% de la BR des médicaments remboursés à 15% par l'AMO, médicaments non remboursés par l'AMO et inscrits au VIDAL				Forfait global annuel de 40€	Forfait global annuel de 60€	Forfait global annuel de 40€	* Facture détaillée et acquittée * Décompte CPAM ou CPRP(4) * Prescription médicale si absence de prise en charge par le régime obligatoire
MATÉRIEL MÉDICAL (exclusivement sur prescription médicale)							
Petits appareillages y compris appareil de lecture de glycémie, Prothèses oculaires et faciales Gros appareillages (dont véhicule pour handicapé)		100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Fournitures pour soins à domicile		100 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR	130 % de la BR		* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Radio et chirurgie : Fournitures à usage unique			100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR		* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée

Désignation des prestations		Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant * par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr)
Orthèse plantaire, semelle orthopédique et chaussure thérapeutique de série (3)		100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 60€	100 % de la BR + forfait annuel de 100€	100 % de la BR + forfait annuel de 100€	100 % de la BR + forfait annuel de 60 €	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Prothèse mammaire (exclusivement en ALD) (3) Prothèse capillaire (exclusivement en ALD) (3)		100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 150€	100 % de la BR + forfait annuel de 300€	100 % de la BR + forfait annuel de 300€	100 % de la BR + forfait annuel de 150 €	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
HOSPITALISATION							
HONORAIRES y compris Ambulatoire							
Imagerie diagnostique (radiographies, IRM, actes de radiologie vasculaire, scanner ...)	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	130 % de la BR	140 % de la BR	130 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	110 % de la BR	120 % de la BR	110 % de la BR	
Actes de chirurgie ou d'obstétrique Actes techniques médicaux Anesthésie	• <i>Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	160 % de la BR	190 % de la BR	160 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
	• <i>Non-Optam</i>	100 % de la BR	100 % de la BR	140 % de la BR	155 % de la BR	140 % de la BR	* Note d'honoraires acquittés pour les dépassements * Facture acquittée
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER							
Forfait journalier (toutes structures)		Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	Montant du forfait journalier (durée illimitée)	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement
Forfait journalier (pour les plus de 18 ans) en institutions médico-éducatives			Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	Montant du forfait journalier pendant 90 jours par an	* Facture acquittée
FRAIS DE SÉJOUR							
Frais de séjour pris en charge par la SS ou la CPRP Frais de séjour en institutions de repos, de convalescence et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique Frais de séjour et de soins en établissement psychiatrique Frais de séjour en institutions médico-éducatives		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement * Facture acquittée
AUTRES PRESTATIONS							
Chambre particulière en hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique			Par séjour, 35 € par jour pendant 30 jours	Par séjour, 50 € par jour pendant 30 jours	Par séjour, 65 € par jour pendant 30 jours	Par séjour, 50 € par jour pendant 30 jours	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement * Facture acquittée
Chambre particulière en ambulatoire			25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	25 € par jour	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement * Facture acquittée
Chambre particulière en institutions de repos, de convalescences et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique			Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	Par an, 20 € par jour pendant 45 jours	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement * Facture acquittée
TV dans la chambre Prise en charge à partir du 5 ^{ème} jour d'hospitalisation et jusqu'au 10 ^{ème} jour, par séjour				2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour	* Facture détaillée et acquittée
Soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées		100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée

Désignation des prestations	Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant * par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr)
Forfait hébergement en établissement d’hébergement pour personnes âgées	80 % de la BR pour le régime de la CPRP	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 5,4 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 5,4 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 6 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	80 % de la BR pour le régime de la CPRP + 5,4 € par jour limité à 6 mois (droit acquis après l'expiration d'un délai de 5 ans de présence à la Mfcf)	* Entente préalable de la CPRP * Facture détaillée et acquittée
DENTAIRE (7)						
PLAFONDS Les dépenses dentaires (hors ticket modérateur des actes dentaires, hors prophylaxie bucco-dentaire et hors orthodontie concernant les enfants de -16ans) et hors soins et prothèses 100 % Santé) sont plafonnées, en année civile, aux montants ci-contre :	1 500 €	3 000 €	3 500 €	4 000 €	3 500 €	
SOINS						
Soins et actes dentaires Prophylaxie bucco-dentaire	180 % de la BR	220 % de la BR	300 % de la BR	350 % de la BR	300 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le code CCAM le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués
SOINS ET PROTHÈSES « 100% SANTÉ »						
Soins et prothèses « 100% SANTÉ »	180 % de la BR par dent dans la limite des HLF	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	Prise en charge intégrale à hauteur des HLF (100% Santé)	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le code CCAM le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués
PROTHÈSES « TARIFS MAÎTRISÉS »						
Prothèses remboursées par la SS ou la CPRP à honoraires maîtrisés	180 % de la BR par dent dans la limite des HLF	220 % de la BR par dent dans la limite des HLF	300 % de la BR par dent dans la limite des HLF	350 % de la BR par dent dans la limite des HLF	300 % de la BR par dent dans la limite des HLF	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le code CCAM le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués
Dents provisoires limitées aux dents du sourire (N° 11 à 15 - 21 à 25 31 à 35 et 41 à 45)			40€ par dent provisoire	40€ par dent provisoire	40€ par dent provisoire	
PROTHÈSES « TARIFS LIBRES »						
Prothèses remboursées par la SS ou la CPRP à honoraires libres.	180 % de la BR par dent	220 % de la BR par dent	300 % de la BR par dent	350 % de la BR par dent	300 % de la BR par dent	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le code CCAM le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS OU LA CPRP						
Implants non pris en charge par la SS ou la CPRP		230 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	260 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	300 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	260 € par implant (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois sur la garantie)	* Facture détaillée et acquittée

Désignation des prestations		Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant * par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle- cheminots.fr)
Parodontologie et odontologie non prise en charge par la SS ou la CPRP				100 € par an	200 € par an	100 € par an	* Facture détaillée et acquittée
Rebasage des prothèses non prises en charge par la SS ou la CPRP			230 € par maxillaire	230 € par maxillaire	270 € par maxillaire	230 € par maxillaire	* Facture détaillée et acquittée
ORTHODONTIE							
Orthodontie dento-faciale prise en charge par la SS ou la CPRP		160 % de la BR par semestre	220 % de la BR par semestre	300 % de la BR par semestre	350 % de la BR par semestre	300 % de la BR par semestre	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués, le numéro des dents concernées, le code CCAM le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.
Orthodontie dento-faciale pour les plus de 16 ans (droit acquis après l'expiration d'un délai de 2 ans de présence à la Mfcf)			forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	forfait de 500€ par semestre limité à 4 semestres	* Facture détaillée et acquittée du dentiste précisant la nature des travaux effectués et le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.
OPTIQUE – limitation à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions des Contrats Responsables (6)							
ÉQUIPEMENTS "100% SANTÉ" (Classe A)							
Monture + 2 verres de tous types		100 % de la BR	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	* Prescription médicale * Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
ÉQUIPEMENTS "TARIFS LIBRES" (Classe B) – Forfait applicable à la date d'acquisition de l'équipement							
A - Monture + 2 verres simples		100 % de la BR	95 €	275 €	330 €	275 €	* Prescription médicale * Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
B - Monture + 1 verre simple et 1 verre complexe		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €	325 €	
C - Monture + 2 verres complexes		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €	325 €	
D - Monture + 1 verre simple et 1 verre très complexe		100 % de la BR	200 €	325 €	430 €	325 €	
E - Monture + 1 verre complexe et 1 verre très complexe		100 % de la BR	200 €	375 €	530 €	375 €	
F – Monture + 2 verres très complexes		100 % de la BR	200 €	375 €	530 €	375 €	
Dont Monture plafonnée à :		100 % de la BR	50 €	100 €	100 €	100 €	
ÉQUIPEMENTS MIXTES "100% SANTÉ" (Classe A) ET "TARIFS LIBRES" (Classe B)							
Monture de classe A + verres de classe B	Prise en charge de la monture :	100 % de la BR	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	* Prescription médicale * Décompte CPAM ou CPRP(4)
	Prise en charge des verres :		Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	Forfait équipement tarif libre, déduction faite du PLV de la monture (forfait 2 verres)	
Monture de classe B + verres de classe A	Prise en charge de la monture :	100 % de la BR	50 €	100 €	100 €	100 €	* Facture détaillée et acquittée
	Prise en charge des verres :		Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	

Désignation des prestations	Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr)
PRESTATIONS D'ADAPTATION						
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	100 % de la BR	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de la vue	100 % de la BR	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	Prix Limite de Vente	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
LENTILLES						
Lentilles correctrices prises en charge par la SS ou la CPRP	100 % de la BR + 80€ par an	100 % de la BR + 100€ par an	100 % de la BR + 200€ par an	100 % de la BR + 250€ par an	100 % de la BR + 200€ par an	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Lentilles correctrices jetables non prises en charge par la SS ou la CPRP (3)						* Prescription médicale * Facture détaillée et acquittée
CHIRURGIE RÉFRACTIVE						
Traitement chirurgical par laser de la myopie		Forfait annuel de 500€ pour le traitement complet	Forfait annuel de 600€ pour le traitement complet	Forfait annuel de 700€ pour le traitement complet	Forfait annuel de 600€ pour le traitement complet	* Décompte caisse de prévoyance * Facture détaillée et acquittée
AIDES AUDITIVES (exclusivement sur prescription médicale) – limitation à une Prise en charge d'un équipement par oreille par période de 4 ans						
EQUIPEMENTS 100 % SANTE (Classe I)						
Aide auditive remboursée par la SS ou la CPRP de Classe I	100 % de la BR dans la limite des PLV	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	Prix Limite de Vente du 100% Santé	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
AIDE AUDITIVE – PRIX LIBRES (Classe II)						
Acoustique (appareils homologués) (forfait acquis après l'expiration d'un délai de 2 ans de présence à la Mfcf, excepté pour les enfants)	100 % de la BR	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 300 € par appareil	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 610 € par appareil	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 750 € par appareil	100 % de la BR + forfait, à la date d'acquisition, de 610 € par appareil	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Accessoires remboursés par la SS ou la CPRP		100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	100% de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Piles auditives prises en charge par la SS ou la CPRP		100% de la BR + forfait annuel de 20€	100% de la BR + forfait annuel de 20€	100% de la BR + forfait annuel de 20€	100% de la BR + forfait annuel de 20€	* Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES						
Tous les actes du contrat responsable Art. R871-2 du code de la Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Décompte CPAM ou CPRP(4)
Sevrage tabagique (exclusivement pris en charge par la SS ou la CPRP)	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	* Facture détaillée et acquittée * Décompte de la Caisse
Vaccins contre la grippe (2)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR		* Prescription médicale * Facture détaillée et acquittée
Ostéodensitométrie prise en charge par la SS ou la CPRP	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	100 % de la BR + forfait annuel de 25 €	* Facture détaillée et acquittée * Décompte CPAM ou CPRP(4)
Ostéodensitométrie non prise en charge par la SS ou la CPRP (exclusivement sur prescription médicale)		Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	Forfait annuel de 65€ à partir de 45 ans	* Prescription médicale * Facture détaillée et acquittée
Moyens contraceptifs non pris en charge par la SS ou la CPRP (exclusivement sur prescription médicale)	Forfait annuel de 60 €	Forfait annuel de 75 €	Forfait annuel de 90 €	Forfait annuel de 100 €	Forfait annuel de 90 €	* Prescription médicale * Facture détaillée et acquittée

Désignation des prestations	Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant * par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle-cheminots.fr)
Pack santé (5) Consultations, non prises en charge par la SS ou la CPRP, d'ostéopathe de chiropracteur, de diététicien, de nutritionniste, d'homéopathe acupuncteur, d'étéiopathe, de sophrologue ou de pédicure-podologue	Forfait global annuel de 30 €	Forfait global annuel de 60 €	Forfait global annuel de 100€	Forfait global annuel de 150€	Forfait global annuel de 100€	* Facture détaillée et acquittée
ACTES DE PRÉVENTION RÉSERVÉS AUX ENFANTS DE MOINS DE 14 ANS						
• Scelllements prophylactiques des puits, sillons et fissures, sous réserve que l'acte soit effectué sur les premières et deuxième molaires permanentes, qu'il intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux. • Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum.	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	100 % de la BR + complément pour prise en charge totale de l'acte	* Facture détaillée et acquittée * Décompte CPAM ou CPRP(4)
Actes des Orthophonistes (exclusivement sur prescription médicale) dont bilan et rééducation du langage oral et / ou du langage écrit.	100 % de la BR	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 €	* Facture détaillée et acquittée * Décompte CPAM ou CPRP(4)
Actes des ergothérapeutes, des psychologues, des psychothérapeutes, des psychomotriciens libéraux non remboursés par la SS ou la CPRP.		Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	Participation dans la limite d'un forfait annuel de 200 € pour permettre, après dépistage, d'aider à la rééducation et au suivi global de l'enfant	* Facture détaillée et acquittée
DIVERS						
TRANSPORTS SANITAIRES						
Acceptés par les organismes de Sécurité sociale	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	* Facture détaillée et acquittée
CURES THERMALES						
Avec hospitalisation	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	100 % de la BR + Montant du forfait journalier (durée illimitée)	* Avis des sommes à payer * Attestation de paiement * Décompte CPAM ou CPRP(4) * Facture détaillée et acquittée
Honoraires médicaux	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR	
Autres prestations (Frais d'hébergement et de transport)	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR + forfait annuel de 155 €	100 % de la BR + forfait annuel de 200 €	100 % de la BR + forfait annuel de 155 €	* Facture détaillée et acquittée * Décompte CPAM ou CPRP(4)
ALLOCATIONS COMPLÉMENTAIRES AU TITRE DE L'ACTION SOCIALE						
Frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé de moins de 16 ans		Forfait de 20 € par jour pendant 30 jours	Forfait de 20 € par jour pendant 30 jours	Forfait de 25 € par jour pendant 30 jours	Forfait de 20 € par jour pendant 30 jours	* Facture détaillée et acquittée d'hospitalisation * Bulletin de situation
Allocation de perte de salaire pendant l'hospitalisation y compris la maternité pour les adhérents et conjoints en activité.		Forfait de 10€ par jour	Forfait de 10€ par jour	Forfait de 10€ par jour	Forfait de 10€ par jour	* Bulletin de situation * Attestation de perte de salaire * Régime général : décompte indemnité journalière
Allocation de maternité au bénéfice de la famille (droit acquis après l'expiration d'un délai de présence de 6 mois à la Mfcf). Cette allocation est liée à l'inscription du nouveau-né à la Mfcf, dans un délai de 3 mois (sans rétroactivité).	Forfait de 150€ par enfant	Forfait de 200€ par enfant	Forfait de 300€ par enfant	Forfait de 350€ par enfant	Forfait de 300€ par enfant	* Inscription de l'enfant sur le dossier adhérent * Attestation de la carte vitale mentionnant l'enfant
Aide-ménagère en cas de maternité ou séjour en hôpital/clinique Versée pour l'affilié ou son conjoint (et en une seule fois si hospitalisation simultanée de l'affilié et de son conjoint) Cette prestation intervient après la participation d'IMA		Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 10€.	Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 10€.	Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 12 €.	Allocation d'un crédit annuel de 30 heures, à un taux horaire limité à 10€.	* Facture détaillée et acquittée d'hospitalisation * Bulletin de situation
						*

Désignation des prestations	Base (Non responsable)	Base Plus Garantie Labellisée	Complète Garantie Labellisée	Complète Plus (Fermée aux nouveaux adhérents, autre que CPRP)	Réduite (Non responsable et fermée à la vente)	Documents à fournir à la Mfcf en absence de tiers payant par courrier ou par mail (mfcf@mutuelle- cheminots.fr)
Garantie Assistance IMA (conseil social, informations juridiques, soutien psychologique, aide à domicile, garde d'enfants, accompagnement en cas de mutation,...)	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	Voir Notice d'information	* Voir Notice d'information
Participation aux frais d'obsèques La participation aux frais d'obsèques est remboursée à la personne physique ou morale qui en a fait l'avance (droit acquis après l'expiration d'un délai de 6 mois de présence à la Mfcf). Seuls les bénéficiaires ayant adhéré à la Mfcf avant l'âge de 65 ans peuvent prétendre à cette participation.		Maximum 1 000 €	Maximum 1 000 €	Maximum 1 000 €	Maximum 1 000 €	* Acte de décès * Facture détaillée et acquittée

IMPORTANT

Sont exclues du remboursement pour l'ensemble des garanties :

- La prise en charge de la participation forfaitaire "dite de 1 €".
- La majoration du ticket modérateur et la participation aux dépassements d'honoraires pour les consultations effectuées hors parcours de soins coordonnés.
- Les franchises médicales :
 - ✓ 0,50 € par boîte de médicaments et par acte paramédical
 - ✓ 2 € pour chaque recours au transport sanitaire

La mutuelle prend en charge au titre des **prestations hospitalisation** :

- La participation forfaitaire (actes lourds)
- Le Forfait Patient Urgences

1. Dans le cas où l'agent Sncf opte pour le libre choix du professionnel de santé, les taux de remboursement sont les mêmes que ceux pratiqués par la SS.
2. Pour les bénéficiaires de moins de 65 ans non pris en charge par la SS, la Mfcf rembourse le vaccin sur présentation de la prescription médicale et de la facture.
3. La Mfcf participe au remboursement sur présentation de la prescription médicale et de la facture.
4. Le décompte doit être transmis uniquement s'il n'y a pas eu de télétransmission. A noter, en cas de tiers payant partiel sur la part Sécurité sociale, il faut adresser le justificatif de paiement.
5. Sur facture acquittée mentionnant obligatoirement le n° de Siret et/ou Adeli du praticien certifié, l'agrément DASS ou le diplôme d'état.
6. Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale :
Extrait « Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent (VIII.1), le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans au moins l'une des situations ... »
7. Selon les dispositions de l'arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie