



RÈGLEMENT MUTUALISTE De l'EX-MFFOM

DISPOSITIONS APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2018

RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I ADHESION

Article 1er L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion régulièrement complété et signé accompagné de l'ensemble des pièces justificatives mentionnées sur le bulletin d'adhésion ainsi que du règlement effectif du droit d'adhésion.

Aucune rétroactivité d'inscription n'est accordée.

Article 1 bis Le membre participant peut demander l'extension de sa couverture à ses ayants droit, qui sont :

- son conjoint, son concubin ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité s'il ne dispose d'aucun revenu et demeure soit dans le pays de résidence du membre participant, soit en métropole ou dans un département d'outre-mer ;
- ses enfants à charge âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et demeurent soit dans le pays de résidence du membre participant, soit en métropole ou dans un département d'outre-mer ;
- ses enfants âgés de plus de 21 ans restant ou redevenant entièrement à sa charge par suite d'incapacité permanente et totale du travail ;
- ses ascendants et ceux de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un pacte civil de solidarité qui sont entièrement à la charge du membre participant ;
- toute personne vivant avec un membre participant, assuré social ou non, étant à sa charge effective, totale et permanente depuis au moins 12 mois consécutifs, ne relevant d'aucun régime obligatoire d'assurance maladie et qui est reconnue ou serait reconnue comme telle par la Sécurité sociale en application de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993.

La reconnaissance de la qualité d'ayant droit est subordonnée à la production de deux documents suivants :

- une attestation sur l'honneur établie et signée par le membre participant certifiant que l'éventuel ayant droit vit sous son toit ;
- un avis de non-imposition de cet ayant droit.

L'inscription d'un ayant droit entraîne le paiement d'un complément de cotisation pour chacune des catégories A et B visées à l'article 1 ter ci-après et dont le montant est précisé au Titre V du présent règlement mutualiste.

Article 1 ter Les membres participants du groupe 1 et leurs ayants droit se répartissent en deux catégories :

- la catégorie A pour les assurés sociaux ;
- la catégorie B pour les non assurés sociaux.

1 ter.1 La catégorie A comporte les sous-catégories suivantes :

→ **A** pour les assurés sociaux actifs se subdivisant en :

- **A5** pour la métropole et les DOM ;
- **A7** pour l'étranger et la Polynésie ;
- **A17** pour les résidents en Nouvelle-Calédonie ;
- **A13** pour les adhérents désirant préserver leurs droits futurs, car bénéficiaires de la CMU Complémentaire sur présentation de justificatif ou bénéficiaires d'un contrat maladie de groupe imposé par l'employeur ;
- **A14** pour les adhérents « en cotisation de maintien » bénéficiant des garanties de prévoyance.

→ **AR** pour les assurés sociaux retraités, se subdivisant en :

- **AR6** pour la métropole et les DOM ;
- **AR16** pour l'étranger et la Polynésie ;
- **AR18** pour les résidents en Nouvelle-Calédonie ;

→ **A0** pour les orphelins de père et de mère dont l'un des parents était membre participant assuré social.

1 ter 2 La catégorie **B** comprend les sous catégories suivantes :

→ **B** pour les non assurés sociaux actifs se subdivisant en :

- **B 1** pour la métropole et les D.O.M.,

- **B 9** pour l'outre-mer et l'étranger.
- **BR** pour les non assurés sociaux retraités se subdivisant en :
 - **BR 3** pour la métropole et les D.O.M.,
 - **BR 8** pour l'outre-mer et l'étranger, si l'adhérent a conservé des droits à la sécurité sociale durant ses séjours en métropole ou dans les D.O.M.,
 - **BR 10** pour l'outre-mer et l'étranger, si l'adhérent n'a conservé aucun droit à la sécurité sociale.
- **B 0** pour les orphelins de père et de mère dont l'un des parents était membre participant non assuré social.
- **B+A** pour les non assurés sociaux actifs désirant compléter, en métropole, leurs prestations par celles de la catégorie A.
- **BR+A** pour les non assurés sociaux retraités désirant compléter, en métropole, leurs prestations par celles de la catégorie A.

1 ter 3 Pour les catégories B 1, BR 3, B + A et BR + A, la durée de séjour en métropole ne peut être à ce titre supérieure à 6 mois consécutifs.

TITRE II COTISATIONS

Article 2

Les membres participants sont tenus d'acquitter une cotisation annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur un compte bancaire, postal, etc. ouvert, obligatoirement en France, dans les collectivités d'outre-mer ou dans les territoires d'outre-mer ou assimilés ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle

Elle peut également faire l'objet, de la part de l'employeur, d'un précompte mensuel sur la rémunération des adhérents.

Article 3 La cotisation varie en fonction de la catégorie, telle que définie à l'article 1 ter du présent règlement à laquelle appartient l'adhérent et le cas échéant, conformément aux dispositions de l'article L. 112-1 du code de la mutualité, de la durée d'adhésion à la mutuelle. Elle est fixée, ainsi qu'il est précisé au Titre IV du présent règlement mutualiste :

- soit en pourcentage du salaire, de la pension ou de tout autre revenu,
- soit par référence à la valeur du barème des traitements de la fonction publique française,
- soit encore forfaitairement.

La cotisation dont est redevable le membre participant qui fait acte d'adhésion à l'une des sous-catégories AR ou BR, telles qu'elles sont définies par l'article 1ter du présent règlement, sans pouvoir justifier d'avoir été couvert par la mutuelle, en qualité de membre participant, par l'une des sous-catégories « A » ou « B » pendant une durée minimale de 24 mois continus avant sa demande, est égale à la cotisation plafond de la sous-catégorie dont il relève, telle que mentionnée au Titre IV ci-après.

Article 4 Il peut, le cas échéant, s'ajouter à cette contribution des cotisations spécifiques destinées à des organismes d'assurance ayant reçu l'agrément pour les branches 1, 15, 18 et 20 dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

Article 5 Les membres honoraires paient éventuellement une cotisation forfaitaire annuelle dont le montant est fixé par le conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 25 des statuts.

Article 6 Les membres participants doivent informer les services de la mutuelle, dans un délai maximum de trois mois, de toute modification survenue dans leur situation professionnelle ou familiale. Ce délai épuisé, la mutuelle ne

pourra, de son côté, rembourser les cotisations indûment versées et, à l'inverse, l'adhérent ne pourra prétendre au règlement des prestations qui ne lui auraient pas été servies.

Article 7 Les membres participants sont tenus de fournir, sur toute demande des services de la mutuelle, la photocopie de leur dernier bulletin de salaire ou du titre ou du bulletin de pension et éventuellement de la dernière feuille d'imposition afin de permettre à ceux-ci de déterminer le montant de la cotisation.

A défaut de présentation de ces pièces justificatives, la cotisation sera temporairement calculée sur la base du plafond applicable à la catégorie à laquelle appartient l'adhérent.

Article 8 Les orphelins appartenant aux catégories **A 0** et **B 0** conservent le bénéfice des prestations définies au Titre V du présent règlement mutualiste, sans acquitter aucune cotisation, jusqu'à ce qu'ils perçoivent une rémunération et, au plus tard, jusqu'à l'âge de 21 ans.

Article 9 Les membres participants ou leurs ayants droit, pris en charge à 100 % par la sécurité sociale pour une affection de longue durée, bénéficient, pendant la durée de l'exonération du ticket modérateur, d'une réduction de leur cotisation dans les conditions suivantes :

- 30 % pour les célibataires et les veufs ;
- 30 % de leur cotisation pour les couples sans charges de famille dont les deux conjoints sont pris en charge à 100 % ;
- 20 % de leur propre cotisation pour les membres participants qui ont des ayants droit inscrits à la mutuelle.
- Pour les membres participants ayant à leur charge un ou plusieurs ayants droit pris en charge à 100 % par la sécurité sociale, il est procédé à une réduction de 50 % de la majoration familiale de chacun des intéressés.

Article 10 Les membres participants retraités appartenant aux catégories **AR16 - AR18 - BR8 et BR10** exerçant, par ailleurs, une activité rétribuée acquittent une cotisation calculée sur leur rémunération la plus élevée.

Article 11 Pour l'application du Titre IV du présent règlement mutualiste, le critère de résidence en "métropole et dans les DOM" ou "outre-mer et à l'étranger" retenu pour la détermination de la cotisation est celui correspondant au lieu effectif de résidence pendant au minimum un mois civil.

Les adhérents appartenant aux catégories **B+A** et **BR+A** doivent acquitter leur cotisation afférente à la participation complémentaire (**A**) avant qu'ils ne soient effectivement présents en métropole ou dans un D.O.M.

Article 12 Les adhérents doivent être à jour de leur cotisation pour percevoir leurs prestations.

TITRE III PRESTATIONS

CHAPITRE I- DISPOSITIONS GENERALES

Article 13 Les prestations servies par la mutuelle sont celles précisées au Titre V du présent règlement mutualiste. Elles sont calculées en pourcentage :

- du tarif de responsabilité de la sécurité sociale et dans la limite du prix payé pour les catégories **A** et **B** en métropole et dans les DOM ;
- de la dépense réellement engagée, déduction faite du remboursement effectué par la sécurité sociale, pour la catégorie **A** outre-mer et à l'étranger ;
- de la dépense réellement engagée pour la catégorie **B** outre-mer et à l'étranger.

Article 14 *RÉSERVE*

Article 15 Le montant des prestations "maladie" versées par la mutuelle ne peut, en aucun cas, être supérieur à celui des frais restant à la charge de l'adhérent.

Article 16 *RÉSERVÉ*

Article 17 Les prestations sont obligatoirement réglées, sur un compte ouvert en France, dans les collectivités territoriales d'outre-mer ou dans les territoires d'outre-mer ou assimilés, soit au membre participant, soit à toute autre personne désignée par lui ou directement aux ayants droit à la condition qu'ils soient âgés de 16 ans et plus.

Article 18 Les adhérents et leurs ayants droit choisissent librement les professionnels de santé auxquels ils peuvent avoir recours.

Article 19 RESERVE

Article 20 La couverture du risque hospitalisation en chirurgie, en médecine, en maternité et en psychiatrie est assurée :

- soit dans les conditions fixées par le Règlement Fédéral Hospitalisation de la Mutualité Fonction Publique annexé au présent règlement mutualiste ⁽¹⁾ ;
- soit dans les conditions fixées par le Titre V du présent règlement mutualiste pour les hospitalisations intervenues dans tout autre établissement ne relevant pas du Règlement Fédéral Hospitalisation. Dans ce cas, elles font l'objet d'une prise en charge préalable.

Article 21 RÉSERVÉ

Article 22 RÉSERVÉ

CHAPITRE II – PRESTATIONS DES ASSURES SOCIAUX (catégorie A)

Article 23 Des mesures d'entraide, prises sur un fonds spécial que détermine annuellement l'assemblée générale, peuvent être accordées aux membres participants après examen, par le conseil d'administration, de la demande écrite faite par l'adhérent.

Article 24 La mutuelle fait bénéficier ses adhérents :

1. de garanties contre les risques décès, incapacité de travail, invalidité et dépendance auprès de MFPrévoyance, selon les modalités prévues par ses statuts.
L'adhésion au contrat de prévoyance « PREMUO » souscrit par la mutuelle auprès de MFPrévoyance est obligatoire pour tout nouvel adhérent âgé de moins de 45 ans. Cette garantie est indissociable de la couverture maladie.
2. du service de la caution solidaire pour les prêts au logement garantie auprès de MFPrécaution, selon les modalités prévues par ses statuts.

Article 25 D'une manière générale, la mutuelle facilite l'adhésion individuelle ou le maintien de ses membres, selon les modalités prévues par leurs statuts, aux garanties couvrant les risques décès, incapacité de travail, invalidité, dépendance, rente survie, protection des enfants handicapés et rapatriement sanitaire soit auprès de MFPServices soit auprès de tout autre organisme mutualiste ou non ayant reçu l'agrément pour ces opérations de prévoyance.

ARTICLE 26 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé

26-1 Les formules de la Garantie frais de santé sont solidaires : la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des membres participants et ne recueille aucune information médicale les concernant.

26-2 Les formules de la Garantie frais de santé sont responsables.
Les critères des garanties santé responsables sont fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

SECTION 1 : DISPOSITIONS COMMUNES

Article 27 Les adhérents assurés sociaux relevant du régime spécial des fonctionnaires perçoivent en même temps leurs prestations Sécurité sociale et mutuelle.

Les adhérents ne relevant pas du régime spécial des fonctionnaires doivent fournir à la mutuelle l'original du volet de décompte de la Sécurité sociale et pour les prothèses dentaires et acoustiques et les frais d'optique, ils devront joindre une facture acquittée au justificatif de la Sécurité sociale.

¹⁾ Compte tenu de l'importance des documents relatifs au Règlement Fédéral Hospitalisation, ceux-ci ne sont pas joints en annexe mais sont à disposition des adhérents qui souhaiteraient les consulter au siège de la Mutuelle. Ils pourront, sur demande, faire l'objet d'une expédition par voie postale.

SECTION 2 : PRESTATIONS SERVIES EN METROPOLE ET DANS LES DOM

Article 28 D'une part, la mutuelle complète les prestations servies par la sécurité sociale dans les conditions fixées au Titre V du présent règlement mutualiste. Toutefois, elle ne prend pas en charge la participation forfaitaire visée à l'article L. 322-2-II du code de la Sécurité sociale¹.

D'autre part, elle verse certaines prestations qui lui sont propres dans les conditions également déterminées au Titre V du règlement mutualiste.

SECTION 3 : PRESTATIONS SERVIES OUTRE-MER ET A L'ETRANGER

Article 29 Le remboursement des actes exécutés outre-mer et à l'étranger est effectué sur la base de 90 % des frais réellement exposés, déduction faite du montant de la participation de la sécurité sociale.

Toutefois, pour les prothèses dentaires et acoustiques, les traitements orthodontiques, les montures de lunettes et les lentilles de contact, le remboursement intervient dans les conditions précisées au Titre V du présent règlement mutualiste.

CHAPITRE III – PRESTATIONS DES NON ASSURES SOCIAUX (catégorie B)

SECTION 1 : DISPOSITIONS COMMUNES

Article 30 Par dérogation aux dispositions du Titre V du présent règlement mutualiste, en cas de surcotation manifeste attestée par le praticien-conseil de la mutuelle, pour les actes qui sont soumis à cotation en métropole, en particulier les soins et prothèses dentaires, les analyses médicales et les examens radiologiques, le remboursement sera limité à la cotation définie par le praticien-conseil de la mutuelle.

Article 31 Les membres participants et leurs ayants droit doivent se soumettre aux éventuels contrôles médicaux décidés par le praticien-conseil de la mutuelle sous peine de déchéance du droit aux prestations.

SECTION 2 : PRESTATIONS SERVIES EN METROPOLE ET DANS LES DOM

Article 32 Les bénéficiaires de la catégorie **B** ont droit aux prestations des risques maladie (risque chirurgical inclus) et maternité prévues par le code de la sécurité sociale, à l'exclusion des autres risques.

En cas de résidence prolongée en métropole ou dans les DOM supérieure à 6 mois consécutifs, l'adhérent ou ses ayants droit est tenu de faire valoir ses droits à la sécurité sociale, que ce soit au titre d'un revenu soumis à cotisation ou dans le cadre de la CMU ou de tout autre dispositif analogue.

La participation de la mutuelle est portée à 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale pendant 36 mois au maximum lorsque le membre participant ou ses ayants droit ont été reconnus par le médecin-conseil de la mutuelle atteints d'une des affections inscrites sur la liste retenue par la sécurité sociale comportant un traitement prolongé.

À partir du 37^{ème} mois, le membre participant et ses ayants droit peuvent demander à adhérer à la catégorie **B+A** afin de bénéficier, à ce titre, des prestations de la mutuelle afférentes à cette catégorie, tant que sera reconnu l'état de longue maladie par le médecin-conseil de la mutuelle.

Article 33 Les prescriptions sont laissées à l'initiative des praticiens.

Les prestations sont servies sur présentation des pièces justificatives ci-après :

- les feuilles de soins de la sécurité sociale dûment remplies et visées par le praticien, complétées et signées par l'adhérent ;
- les ordonnances ;
- les vignettes des médicaments;
- les éventuelles factures des pharmaciens, des opticiens, des orthopédistes, etc.

Les médicaments renouvelés ne donnent lieu à remboursement que si le praticien a prescrit ce renouvellement sur l'ordonnance.

¹ Participation fixée à 1 € le 1^{er} janvier 2005, susceptible de variation.

Article 34 Les actes effectués par des auxiliaires médicaux spéciaux, les cures thermales, les prothèses dentaires, acoustiques et orthopédiques doivent obligatoirement faire l'objet d'un accord préalable du praticien-conseil de la mutuelle.

Article 35 Pour les cures thermales prescrites médicalement, le remboursement des honoraires médicaux et du forfait thermal a lieu sur les bases du tarif de la sécurité sociale.

Le remboursement des frais de transport et d'hébergement engagés à l'occasion d'une cure thermique prescrite médicalement est subordonné aux mêmes conditions de ressources que celles fixées par le code de la sécurité sociale.

Il n'est accordé qu'une cure thermique par an.

Article 36 Les hospitalisations et les séjours en maison de repos sont soumis à une demande d'entente préalable en adressant un certificat médical au médecin-conseil de la mutuelle.

Les séjours en hôpital, en clinique et en maison de repos doivent avoir lieu dans un établissement agréé par la sécurité sociale.

La participation de la mutuelle est strictement limitée à 6 mois de séjour.

Article 37 En cas de maternité, l'adhérent doit adresser à la mutuelle, dans les 3 mois, un certificat de constatation de grossesse.

Dès réception dudit document, la mutuelle délivre à l'adhérent des feuilles de maladie spécifiques qui devront obligatoirement être utilisées pour les examens suivants :

1 – Examens prénatals :

- avant la fin du 4^{ème} mois pour le 1^{er} examen ;
- avant la fin du 5^{ème} mois pour le 2^{ème} examen ;
- avant la fin du 6^{ème} mois pour le 3^{ème} examen ;
- la 1^{ère} quinzaine du 8^{ème} mois pour le 4^{ème} examen ;
- la 1^{ère} quinzaine du 9^{ème} mois pour le 5^{ème} examen.

2 – Examens postnatals :

- pour la surveillance médicale de l'enfant au cours de sa première année (une visite par mois pendant un an).

Le remboursement de ces examens est effectué sur la base de 100 % du tarif de responsabilité de la sécurité sociale.

Le remboursement est effectué sur les mêmes bases pour tous les autres actes médicaux dispensés entre le 6^{ème} mois de grossesse et l'accouchement.

SECTION 3 : PRESTATIONS SERVIES OUTRE-MER ET A L'ETRANGER

Article 38 D'une manière générale, le remboursement des actes exécutés outre-mer et à l'étranger est effectué sur la base de 90 % des frais réellement exposés, sur justifications et notamment sur présentation des ordonnances tarifées et revêtues du cachet du pharmacien.

Toutefois :

- pour les prothèses dentaires, les traitements orthodontiques, les montures de lunettes et les lentilles de contact, le remboursement intervient dans les conditions précisées au Titre V du présent règlement mutualiste,
- pour les interventions lourdes (hospitalisations, appareillages, etc.) et sauf en cas d'urgence, l'accord préalable du praticien-conseil de la mutuelle est requis.

Le remboursement des soins reçus hors de France ou du pays de résidence du chef de famille est limité au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale en France métropolitaine sans pouvoir dépasser le montant de la dépense engagée.

Article 39 Lorsque tout ou partie des ayants droit réside en métropole et DOM et bénéficie, à ce titre, des droits à la sécurité sociale, la mutuelle leur verse les prestations complémentaires prévues pour les catégories **A 5** et **AR 6**.

Article 40 Les prescriptions sont laissées à l'initiative des praticiens.

Les prestations sont servies sur présentation des pièces justificatives ci-après :

- les feuilles de soins de la mutuelle dûment remplies et visées par le praticien qui doit indiquer le montant des honoraires perçus et complétées et signées par l'adhérent ;
- les pièces justificatives des dépenses engagées, traduites en français dans l'éventualité où elles seraient rédigées dans une autre langue ;
- les ordonnances tarifées par le pharmacien ;

- les prescriptions d'analyses et les notes acquittées de l'auxiliaire médical ;
- les factures d'appareils.

Les médicaments renouvelés ne donnent lieu à remboursement que si le praticien a prescrit ce renouvellement sur l'ordonnance.

Article 41 Les formalités prévues à l'article 38 ci-dessus se rapportant à la maternité sont également applicables aux adhérents résidant outre-mer ou à l'étranger.

Le remboursement sera effectué sur la base de 90 % de la dépense engagée, si les examens ont lieu outre-mer ou à l'étranger.

Article 42 Le remboursement des médicaments étrangers n'est autorisé qu'après avis du praticien-conseil.

Article 43 Les actes médicaux et dentaires ne donnent lieu à un remboursement que s'ils ont été portés sur une feuille de soins et de prothèses dentaires délivrée par la mutuelle.

CHAPITRE IV – SUBROGATION

Article 44 La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

CHAPITRE V –DISPOSITIONS DIVERSES

Article 45 Prescription - Interruption de la prescription

Toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,

- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au Médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 46 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 le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droit éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 47 Réclamations - Médiation

La Mutuelle accorde une grande importance aux remarques de ses membres participants et veille à leur apporter la meilleure qualité de service.

Si toutefois il existait une insatisfaction ou une difficulté avec la Mutuelle, le membre participant peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations »,
- dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».

47-1 - Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire peut être soumis au service « Réclamations ».

Cette réclamation peut être adressée à la Mutuelle :

- soit par voie postale, à l'adresse suivante :
Service relations adhérents LAMIE
CS 50005
59040 Lille cedex ;
- soit par internet en utilisant le formulaire contact dans la rubrique NOUS CONTACTER PAR MAIL sur le site www.lamie-mutuelle.fr.

Le service « Réclamations » apportera une réponse au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

Si à l'expiration de ce délai de 45 jours le réclamant n'a pas reçu de réponse du service « Réclamations », il peut saisir directement le Directeur Général de la Mutuelle à l'adresse suivante : 18 rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS.

Celui-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

47-2 - Médiation

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 48 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie

48-1 Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française.

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

48-2 La langue française est la langue applicable au Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

48-3 Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

Article 49 Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle auprès de ses membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier au siège de la mutuelle à l'attention du vice-président conformément ou un courriel à cnil@lamie-mutuelle.fr, accompagné d'un justificatif d'identité.

Les données personnelles recueillies à cette occasion seront conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires ou pour une durée de trois ans en cas de renonciation à l'adhésion ».

Article 50 Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 est chargée du contrôle de la Mutuelle.

TITRE IV - TABLEAUX DES MONTANTS ET TAUX DES COTISATIONS

ASSURÉS SOCIAUX (A.S.)

ACTIFS (CATÉGORIES A)

MÉTROPOLE ET DOM A5	ÉTRANGER ET POLYNÉSIE A7
5,64 % du traitement indiciaire brut de la Fonction Publique avec une assiette minimum de 1.220 € par mois (*). Plafond fixé à la valeur de l'indice maximum de la grille des traitements en échelle chiffres.	4,61 % du traitement indiciaire brut de la Fonction Publique avec une assiette minimum de 1.220 € par mois (*). Plafond fixé à 6.700 € par mois (*)

NOUVELLE CALÉDONIE A17
4,61 % du traitement net perçu avec une assiette minimum de 1.220 € par mois (*). Plafond fixé à 6.700 € par mois (*).

DÉTERMINATION DE LA COTISATION DE MAINTIEN	
CATÉGORIE A 13	Cotisation forfaitaire de 5,00 € par trimestre
CATÉGORIE A 14	Cotisation forfaitaire de 5,00 € par trimestre à laquelle s'ajoute la prime relative aux contrats de garanties collectives

RETRAITÉS (CATÉGORIES AR)

MÉTROPOLE ET DOM AR6	ÉTRANGER - POLYNÉSIE AR16
5,72 % du montant brut principal de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, avec une assiette minimum égale au montant mensuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (*). Plafond fixé à la valeur de l'indice maximum de la grille des traitements en échelle chiffres.	5,88 % du montant net de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, avec une assiette minimum fixée à 1.220 € par mois (*). Plafond fixé à 3.392 € par mois (*)

NOUVELLE CALÉDONIE AR18
5,88 % du montant net de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, majoré de 25 %, avec une assiette minimum fixée à 1.220 € par mois (*). Plafond fixé à 3.392 € par mois (*).

NON ASSURÉS SOCIAUX (N.A.S.)

ACTIFS (CATÉGORIES B)

MÉTROPOLE ET DOM B1	OUTRE-MER ET ÉTRANGER B9
9,98 % du traitement réellement perçu avec une assiette minimum de 2.375 € par mois (*). Plafond fixé à 4.634 € par mois (*)	9,98 % du traitement réellement perçu avec une assiette minimum de 2.375 € par mois (*). Plafond fixé à 4.634 € par mois (*)

CATÉGORIE B+A ²
15,03 % du traitement réellement perçu avec une assiette minimum de 2.375 € par mois (*). Plafond fixé à 4.634 € par mois (*)

RETRAITÉS (CATÉGORIES B.R)

MÉTROPOLE ET DOM BR3	OUTRE-MER ET ÉTRANGER BR8 - BR10
10,40 % du montant net de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, avec une assiette minimum égale au montant mensuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (*). Plafond fixé à 3.392 € par mois (*)	10,40 % du montant net de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, majoré de 25 % avec une assiette minimum égale au montant mensuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (*). Plafond fixé à 3.392 € par mois (*)

CATÉGORIE BR+A ²
15,68 % du montant net de la pension ou des pensions constituées à titre obligatoire, avec une assiette minimum égale au montant mensuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) (*). Plafond fixé à 3.392 € par mois (*)

CHARGES DE FAMILLE (TOUTES CATÉGORIES CONFONDUES)		ADHÉRENTS ET AYANTS DROIT PRIS EN CHARGE À 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR AFFECTIION DE LONGUE DURÉE
ACTIFS	RETRAITÉS	
cotisation majorée de : 30 % pour le conjoint, le concubin ou le cosignataire d'un pacte civil de solidarité ; 30 % pour chaque ascendant ; 30 % par toute autre personne à charge telle que prévue à l'article 9-5 des statuts 10 % pour le premier enfant ; 5 % pour le deuxième enfant. pas de majoration au-delà du 2e enfant	cotisation majorée comme ci-contre et au maximum de : 30 % pour la famille (conjoint, concubin ou cosignataire d'un pacte civil de solidarité et éventuellement les enfants) ; 30 % pour chaque ascendant ; 30 % par toute autre personne à charge telle que prévue à l'article 9-5 des statuts.	Cotisation minorée. Se reporter à l'article 9 du règlement mutualiste

² La cotisation doit être demandée avant tout séjour en métropole et DOM. Elle est due pour tout mois commencé.

(*) minimum et plafond fixés, pour chaque exercice, par le conseil d'administration dans les conditions prévues à l'article 25 des statuts.

TITRE V - TABLEAU DES MONTANTS ET DES TAUX DES PRESTATIONS

NATURE DES PRESTATIONS	CATEGORIE "A" ASSURES SOCIAUX		CATEGORIE "B" NON ASSURES SOCIAUX		CATEGORIES "B+A" NON ASSURES SOCIAUX
	soins en métropole et dans les DOM A5 - AR6 (1)	soins outre-mer et à l'étranger A7 - A17 AR16 - AR18 (2) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B1 - BR3 (11)	soins outre-mer et à l'étranger B9 - BR8 - BR10 (3) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B+A - BR+A (11)
FRAIS MEDICAUX					
honoraires et actes des médecins, spécialistes, radiologues, dentistes, etc	30%	90%	70%	90%	100%
PHARMACIE					
accessoires, pansements et petit appareillage	35%	90%	65%	90%	100%
autres accessoires, pansements et petit appareillage, orthopédie	40%	90%	60%	90%	100%
pharmacie - service médical majeur ou important	35%	90%	65%	90%	100%
pharmacie - service médical majeur ou important (Tarif forfaitaire de responsabilité)	35% du TFR	90%	65% du TFR	90%	100% du TFR
pharmacie - service médical modéré	70%	90%	30%	90%	100%
pharmacie - service médical modéré (Tarif forfaitaire de responsabilité)	70% du TFR	90%	30% du TFR	90%	100% du TFR
traitement antipaludéen non pris en charge par la Sécurité sociale	100% (3)	90%	65% (3)	90%	100% (3)
vaccins (fièvre jaune, choléra, hépatites A et B, rage, méningite et typhoïde) non pris en charge par la Sécurité sociale	100% (3)	90%	65% (3)	90%	100% (3)
PREVENTION					
Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% du ticket modérateur	90%	65% (3)	90%	100% (3)
ACTES PARAMEDICAUX					
soins d'auxiliaires médicaux	40%	90%	60%	90%	100%
soins infirmiers	40%	90%	60%	90%	100%
ACTES DE LABORATOIRE					

examens de laboratoire	40%	90%	60%	90%	100%
TRANSPORT DU MALADE					
transport terrestre	35%	90%	65%	90% (4)	100%
ACOUSTIQUE					
appareils correctifs de surdité frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Sécurité sociale	150%	90%	65%	90%	210%
DENTAIRE SELON LA NOMENCLATURE SECURITE SOCIALE					
a) prothèses dentaires, réparations accordées par la Sécurité sociale ou le dentiste-conseil de la mutuelle	200%	90% dans la limite de 200% du tarif Sécurité sociale	70%	90% dans la limite de 200% du tarif Sécurité sociale	270%
b) prothèses dentaires, réparations refusées par la Sécurité sociale ou le dentiste-conseil de la mutuelle	200%	néant	néant	néant	200%
traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale	200%	90% dans la limite de 200% du tarif Sécurité sociale	100%	90% dans la limite de 200% du tarif Sécurité sociale	300%

	CATEGORIE "A" ASSURES SOCIAUX		CATEGORIE "B" NON ASSURES SOCIAUX		CATEGORIES "B+A" NON ASSURES SOCIAUX
NATURE DES PRESTATIONS	soins en métropole et dans les DOM A5 - AR6 (1)	soins outre-mer et à l'étranger A7 - A17 AR16 - AR18 (2) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B1 - BR3 (11)	soins outre-mer et à l'étranger B9 - BR8 - BR10 (3) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B+A - BR+A (11)
OPTIQUE					
montures	60% + forfait de 61€ 1 équipement tous les 2 ans (9)	90% dans la limite de 61€	60%	90% dans la limite de 61€	120% + forfait de 61€ dans la limite du prix payé (9)
montures pour les moins de 18 ans	60% + forfait de 43€ 1 équipement tous les 2 ans (9)	90% dans la limite de 61 €	60%	90% dans la limite de 61 €	120% + forfait de 43€ dans la limite du prix payé (9)
2 verres simples classe a) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 50 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 50 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)

2 verres complexes classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 140 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 140 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)
2 verres très complexes classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 300 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 300 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)
1 verre simple classe a) et 1 verre complexe classe b) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 95 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 95 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)
1 verre simple classe a) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 175 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 175 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)
1 verre complexe classe b) et 1 verre très complexe classe c) (incluant les suppléments d'optiques)	60% + 220 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)	90%	60%	90%	120% + 220 € 1 équipement tous les 2 ans (9) (10)
lentilles de contact et lentilles de contact jetables :					
a) accordées par la Sécurité sociale ou le médecin-conseil de la mutuelle	150% (7)	90% (8)	60% (4) (7)	90% (4) (8)	210% (7)
b) refusées par la Sécurité sociale ou le médecin-conseil de la mutuelle	150% (7)	néant	Néant	néant	150% (7)
matériel pour amblyopie	40%	90%	60%	90%	100%

NATURE DES PRESTATIONS	CATEGORIE "A" ASSURES SOCIAUX		CATEGORIE "B" NON ASSURES SOCIAUX		CATEGORIES "B+A" NON ASSURES SOCIAUX
	soins en métropole et dans les DOM A5 - AR6 (1)	soins outre-mer et à l'étranger A7 - A17 AR16 - AR18 (2) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B1 - BR3 (11)	soins outre-mer et à l'étranger B9 - BR8 - BR10 (3) soins soumis à cotation en métropole (5)	soins en métropole et dans les DOM B+A - BR+A (11)
HOSPITALISATIONS					
honoraires, actes et frais de séjour	20%	90%	K < 50 = 80% K > 50 = 100%	90% (4)	K < 50 = 100% K > 50 = 100%
forfait journalier hospitalier (dont psychiatrie)	Prise en charge intégrale dans la limite des montants prévus par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale				
participation "assuré" pour les actes lourds	frais réels/acte	sans objet	sans objet	sans objet	100%

supplément pour chambre particulière dans les établissements conventionnés avec la mutualité fonction publique au titre du règlement fédéral hospitalisation	100%	sans objet	100%	sans objet	100%
supplément pour chambre particulière dans les autres établissements (hors psychiatrie)	selon tarif national opposable	sans objet	selon tarif national opposable	sans objet	selon tarif national opposable
supplément pour chambre particulière dans les établissements psychiatriques hors règlement fédéral hospitalisation	selon tarif national opposable, pendant un an maximum	sans objet	selon tarif national opposable, pendant un an maximum	sans objet	selon tarif national opposable, pendant un an maximum
soins externes et transports sanitaires	100% du ticket modérateur	sans objet	taux et tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale dans la limite du prix payé	sans objet	100%
CURES THERMALES					
surveillance médicale	30%	sans objet	70%	sans objet	100%
établissement thermal	35%	sans objet	65%	sans objet	100%
AFFECTION DE LONGUE DUREE					
affection de longue durée pendant trente-six mois	sans objet	90%	100% du tarif Sécurité sociale (4)	90%	100% du tarif Sécurité sociale (4)
hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant trente-six mois	sans objet	90%	100% du tarif Sécurité sociale (4)	90%	100% du tarif Sécurité sociale (4)
INDEMNITE FORFAITAIRE					
bilans de santé	néant	néant	120 € (6)	néant	120 € (6)

(1) du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale dans la limite du prix payé

(2) de la dépense réellement engagée déduction faite du remboursement accordé par la Sécurité sociale ou la CAFAT

(3) de la dépense engagée

(4) sous réserve d'être prescrits(es) médicalement et justifiés(es) par le médecin-conseil de la mutuelle

(5) dans la limite prévue à l'article 31 du règlement mutualiste en cas de surcotation manifeste

(6) participation attribuée dans la limite de la dépense engagée et uniquement pour le membre participant n'ayant pas bénéficié de cette prestation depuis 5 années

(7) lentilles de contact jetables non remboursées par la Sécurité sociale : remboursement limité à une fois par an (de date à date)

(8) lentilles de contact jetables : 90% dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale ou de la CAFAT, et une fois par an

(9) le remboursement de la mutuelle est limité à un équipement tous les 2 ans. Par dérogation, la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs. Prise en charge de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin. La période de 2 ans débute à la date d'achat du 1er équipement d'optique (verre ou monture) et s'achève 2 ans après.

Le remboursement de la mutuelle au titre de la monture est plafonné à 150 €. Le remboursement de la mutuelle pour un équipement optique (monture et/ou 2 verres) est soumis à des planchers et des plafonds de prise en charge selon la catégorie des verres : **détails voir annexe classification optique.**

(10) en cas de réalisation d'une monture seule, le forfait de la mutuelle est de 50 €

(11) prise en charge du tarif de responsabilité de la sécurité sociale opposable (tarif de base et majorations remboursables) après déduction de la participation forfaitaire

Chapitre II du règlement mutualiste : la mutuelle ne prend pas en charge les franchises issues de la loi du 19.12.2007 et de ses décrets d'application.

	CATEGORIE Contrat Responsable
Verre Unifocal	
Verre simple foyer, sphère de -6,00 à + 6,00	Verre simple classe a)
Verre simple foyer, sphère de -6,25 à - 10,00 et de +6,25 à +10,00	Verre complexe classe b)
Verre simple foyer, sphère hors zone de -10,00 à +10,00	Verre complexe classe b)
Verre simple foyer, cylindre \leq +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	Verre simple classe a)
Verre simple foyer, cylindre \leq +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	Verre complexe classe b)
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	Verre complexe classe b)
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	Verre complexe classe b)
Verre Multifocal ou Progressif	
Verre multifocal ou progressif, sphère de -4,00 à +4,00	Verre complexe classe b)
Verre multifocal ou progressif, sphère hors zone de -4,00 à +4,00	Verre très complexe classe c) ADULTE / Verre complexe classe b) ENFANT
Verre multifocal ou progressif, sphère de -8,00 à +8,00	Verre complexe classe b)
Verre multifocal ou progressif, sphère hors zone de -8,00 à +8,00	Verre très complexe classe c) ADULTE / Verre complexe classe b) ENFANT