

# FICHE D'INFORMATION

# 2022

**A compter du 12 septembre 2022**

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

LE CORPS DU REGLEMENT MUTUALISTE

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

GLOSSAIRE

# Sommaire

## CONDITIONS D'ADMISSION

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

## RESILIATION DU CONTRAT

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

## CLASSIFICATION DES MEMBRES

- Article RM 10 - Les groupes tarifaires

## DROIT D'ADMISSION

- Article RM 11 - Droit d'adhésion

## COTISATIONS

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

## PRESTATIONS

- Article RM 21 - Ouverture du droit aux prestations
- Article RM 22 - Caractère responsable des prestations
- Article RM 23 - Souscription de garantie
- Article RM 24 - Modification de garantie
- Article RM 25 - Tiers payant
- Article RM 26 - Conditions de remboursement



- Article RM 27 - Principe indemnitaire
- Article RM 28 - Modalités de paiement
- Article RM 29 - Délais de paiement des prestations
- Article RM 30 - Décomptes de prestations
- Article RM 31 - Réclamation
- Article RM 32 - Contrôle
- Article RM 33 - Prestations indues
- Article RM 34 - Modification des statuts et règlements
- Article RM 35 - Application de la loi CHATEL
- Article RM 36 - Subrogation
- Article RM 37 - Prescription
- Article RM 38 - Autorité de contrôle
- Article RM 39 - Etendue territoriale des prestations
- Article RM 40 - Loi informatique et liberté
- Article RM 41 - Réclamation
- Article RM 42 - Médiation



## **PRÉAMBULE**

---

### **Objet du règlement mutualiste**

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

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

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

### **Entrée en vigueur**

Il a été approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle des **21 et 22 juin 2022**.

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

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

### **Modifications – Révisions**

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

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

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

## **CONDITIONS D'ADMISSION**

---

### **Article RM 1 - Membre**

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

### **Article RM 2 - Adhérent**

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

### **Article RM 3 - Ayants droit**

Les membres participants de la Mutuelle peuvent solliciter le rattachement d'ayants droit répondant à la définition des ayants droit telle que figurant à l'article 6.2 des statuts.

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

##### **a) L'acte d'adhésion**

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

##### **b) Date d'effet**

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

##### **c) Durée - Renouvellement**

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

##### **d) Délai de renonciation en cas d'adhésion à distance**

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré par un moyen de vente à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un contrat de la mutuelle, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Pour cela, il lui suffit d'adresser au siège de la mutuelle (sis Immeuble Le Massilia -5 boulevard Camille Flammarion - 13001 Marseille) une lettre recommandée avec avis de réception indiquant ce qui suit :

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

En cas de renonciation,

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

Le membre participant peut formuler une demande expresse de renonciation à son droit de rétractation.

#### **Article RM 5 – Carte mutualiste**

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

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

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

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

## RESILIATION DU CONTRAT

---

### Article RM 7 – Démission-Résiliation

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

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique, ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L 221-10-3 du Code de la mutualité, au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

Le contrat peut aussi être résilié dans les conditions prévues à l'article L221-10-2 du code de la mutualité : Après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion, l'adhérent peut démissionner à tout moment, en notifiant lui-même ou en faisant notifier par son nouvel assureur sa décision à la Mutuelle. La démission prend effet un mois après la réception de cette notification.

En tout état de cause, la démission doit être notifiée à la Mutuelle par :

- Une lettre ou tout autre support durable,
- Une déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle,
- Un acte extrajudiciaire,
- Le même mode de communication à distance que celui utilisé pour l'adhésion.

L'adhérent devra obligatoirement restituer les cartes de tiers payant en cours de validité.

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

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

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

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

### Article RM 8 - Radiation

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

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

Article L 221-7 du code de la mutualité : à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 (dix) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 (trente) jours après la mise en demeure de l'adhérent.

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

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

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

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

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



## Article RM 9 - Exclusion

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

## CLASSIFICATION DES MEMBRES

---

### Article RM 10 - Les groupes tarifaires

#### Formule 1 ; 2 ; 3 :

les membres sont classés en fonction :

- de leur âge à l'adhésion : adhésion avant 60 ans ou adhésion après le 60ème anniversaire.
- du niveau de souscription des garanties (F1 – F2 – F3).
- du régime d'assurance obligatoire (AMO).
- sous certaines conditions selon leurs ressources.
- par tranche d'âges:
  - a) Adhérents affiliés CPRP SNCF en activité de service : 16 à 24 ans ; 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans ; 40 à 44 ans ; 45 à 49 ans ; 50 à 54 ans ; 55 à 59 ans ; 60 à 64 ans ; ≥65 ans
  - b) Adhérents retraités et ayants droit CPRP SNCF, adhérents et ayants droit assurés sociaux de la Sécurité sociale régime général (RG) ou régime Alsace Moselle (RL) : 16 à 24 ans ; 25 à 29 ans ; 30 à 34 ans ; 35 à 39 ans ; 40 à 44 ans ; 45 à 49 ans ; 50 à 54 ans ; 55 à 59 ans ; 60 à 64 ans ; 65 à 69 ans ; ≥70 ans

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

#### Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :

Les membres et les ayants droit (à l'exception des enfants) sont classés en fonction de leur âge à l'adhésion, du niveau de souscription des garanties (Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +), ainsi que leur affiliation au régime d'assurance maladie obligatoire (AMO).

Les enfants sont classés uniquement en fonction du niveau de souscription des garanties (Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +) et de leur affiliation au régime d'assurance maladie obligatoire (AMO).

#### FORMULE 4 EVO :

Pour le calcul de la cotisation, les membres et les ayants droit (à l'exception des enfants) sont classés en fonction de leur âge à l'adhésion, du niveau de souscription des garanties, ainsi que leur affiliation au régime d'assurance maladie obligatoire (AMO).

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

## DROIT D'ADHESION

---

### Article RM 11 - Droit d'adhésion

Il n'y a pas de droit d'adhésion lors de la souscription du contrat mutualiste.

## COTISATIONS

---

### Article RM 12 - Cotisation de la couverture santé

Les adhérents s'engagent à verser une cotisation annuelle. La cotisation correspondant à une adhésion en cours d'année civile est calculée au prorata du nombre de mois restant à courir jusqu'au 31 décembre. Elle peut être fractionnée par semestre, trimestre ou mensuellement.

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

- La couverture des prestations statutaires complémentaire santé.

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

## **Article RM 13 - Mode d'établissement des cotisations**

### **Formule 1, 2, 3 :**

- 1°. Les cotisations sont déterminées en fonction de l'âge à l'adhésion :
  - Adhésion avant 60 ans,
  - Adhésion après le 60<sup>ème</sup> anniversaire.
- 2°. Les montants des cotisations sont fixés en fonction du niveau de couverture souscrit par l'adhérent.
- 3°. Les cotisations sont modulées en fonction de l'âge, de l'adhérent, des ayants droit et de leur affiliation régime obligatoire.
- 4°. Les cotisations des enfants sont déterminées en fonction du régime obligatoire (AMO) et de la formule des garanties. Les cotisations sont gratuites à compter du 3<sup>ème</sup> enfant.
- 5°. Les cheminots en activité de service affiliés à la CPRP SNCF ont le choix facultatif entre :
  - a) des cotisations ouvrant droit aux prestations liées au « libre choix » résultant de la désignation d'un médecin traitant non SNCF ;
  - b) des cotisations ouvrant droit aux prestations complémentaires, aux prestations réservées par la CPRP SNCF aux agents ayant désigné un médecin traitant dans le cadre de la médecine SNCF et/ou un médecin de secteur ou médecin hors zone (HZ).
- 6°. Le glissement à la tranche d'âge supérieure intervient tous les 5 ans au 1er janvier qui suit la date anniversaire.
- 7°. Pour le cheminot en activité de service affilié à la CPRP SNCF, lors du passage de la vie active à la retraite, le changement de cotisation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'évènement.
- 8°. Sous certaines conditions énoncées aux articles RM 15 et RM 16, des cotisations minorées peuvent être accordées. Ne peuvent pas en bénéficier les adhésions intervenues après le 60<sup>ème</sup> anniversaire.
- 9°. Les cotisations par tranche d'âge des adhérents et de leurs ayants droit figurent à l'annexe 2 du présent règlement mutualiste.

### **Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :**

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au contrat. La cotisation totale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque bénéficiaire.

Le montant de la cotisation pour l'adhérent et, le cas échéant, de ses ayants droit (hors enfant), tient compte des paramètres suivants :

- De l'âge de l'adhérent et, le cas échéant, de son conjoint, concubin ou co signataire d'un PACS.
- Du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire (AMO).
- De la formule choisie.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire et de la formule choisie.

La cotisation évolue automatiquement chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'âge atteint par le membre participant et, le cas échéant, de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.

Sous certaines conditions énoncées à l'article RM 15, des cotisations minorées peuvent être accordées.

### **FORMULE 4 EVO :**

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au contrat. La cotisation totale correspond à la somme des cotisations individuelles de chaque bénéficiaire.

Le montant de la cotisation de l'adhérent et, le cas échéant, pour ses ayants droit (hors enfant), tient compte des paramètres suivants :

- De l'âge de l'adhérent et, le cas échéant, de son conjoint, concubin ou co signataire d'un PACS.



- Du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire (AMO).
- De la formule choisie.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction du régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire et de la formule choisie. La cotisation est gratuite à compter du 3<sup>ème</sup> enfant. La cotisation évolue automatiquement chaque 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'âge atteint par le membre participant et, le cas échéant, de son conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS.

#### **Article RM 14 - Enfant, étudiant, apprenti**

Par enfant à charge, il faut entendre :

- 1°. L'enfant célibataire âgé au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée de moins de 24 ans.
- 2°. L'enfant célibataire âgé au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée de moins de 28 ans s'il poursuit ses études ou s'il est en contrat de professionnalisation.

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

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

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

#### **Article RM 15 - Cotisations des adhérents à faibles ressources**

Il est accordé sous certaines conditions des cotisations minorées aux bénéficiaires de la mutuelle (toute personne qui bénéficie des prestations en tant qu'adhérent ou ayant droit):

- Ils ne doivent pas être titulaire de la Complémentaire Santé Solidaire ou remplir les conditions qui ouvrent droit à être titulaire de celle-ci.
- Le « Revenu fiscal de référence » figurant sur l'Avis d'Imposition sur le revenu ne doit pas excéder le plafond de la Complémentaire Santé Solidaire avec participation financière majoré de 5%.

Pour bénéficier des cotisations minorées, les bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle :

- L'attestation de non-éligibilité à la complémentaire santé solidaire fournie par l'AMO.
- Une demande écrite accompagnée de la photocopie du plus récent Avis d'impôt sur le revenu.
- En cas de déclarations multiples ou séparées, tous les Avis d'impôt sur le revenu de l'année de référence devront être fournis ; le montant des revenus retenu est le revenu fiscal de référence ou le cumul des revenus fiscaux de référence en cas de déclarations multiples ou séparées.

L'attribution des cotisations minorées est consentie pour l'année civile.

Toute demande est renouvelable annuellement, l'Avis d'impôt sur le revenu doit parvenir à la Mutuelle avant le 15 octobre précédant la prise d'effet.

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

#### **Article RM 16 - Abattement forfaitaire de cotisation**

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

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

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

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

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

Sur simple demande de la Mutuelle, l'adhérent devra fournir tous justificatifs utiles lui permettant de bénéficier de cet abattement forfaitaire.

### **Article RM 16 bis – Contrat surcomplémentaire santé**

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

Les prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou libres des formules 1, 2 ou 3 en surcomplémentaire santé font l'objet d'un délai d'attente de 6 mois à compter de la souscription du contrat.

### **Article RM 17 - Membre honoraire**

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle minimale de 12 euros (article L114-1 du code de la mutualité).

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

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

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

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

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

### **Article RM 20 – Modalité de règlement des cotisations**

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

- Pour les cheminots actifs, la cotisation est prélevée mensuellement sur compte bancaire.
- Pour les cheminots retraités la cotisation est précomptée mensuellement sur la pension de retraite.
- Dans les autres cas, la cotisation est prélevée mensuellement sur le compte bancaire.

Exceptionnellement et sur accord de la mutuelle, le paiement par chèque ou par virement peut être pratiqué.

La cotisation est exigible d'avance. Le règlement doit intervenir dans la première quinzaine du mois. L'adhérent est redevable des cotisations pour l'ensemble de ses ayants droit dont il a demandé l'inscription. Leurs cotisations s'ajoutent à celle de l'adhérent.

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

## **PRESTATIONS**

---

### **Article RM 21 - Ouverture du droit aux prestations**

L'ouverture du droit aux prestations de la Mutuelle au titre du ticket modérateur, des allocations, forfaits, dépassements, secours ou fonds social se fera sans période d'attente aussi appelée stage (hors RM 16 BIS).

### **Article RM 22 – Caractère responsable des prestations**

Les prestations de la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des règles en vigueur régissant les contrats solidaires et responsables au sens des articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la sécurité sociale, ainsi que leurs textes d'application.

A ce titre, les prestations s'inscrivent dans l'ensemble de ces dispositions tant en ce qui concerne leurs niveaux de garanties que leurs modalités de mise en œuvre ou leurs exclusions.

Ne sont pas pris en charge au titre du caractère « responsable » du contrat :

1. La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;
2. Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;
3. La majoration de participation visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (situation hors parcours de soins coordonnés) ;
4. Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale (situation hors parcours de soins coordonnés), à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
5. Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 CSS et par ses textes d'application.

Les prestations sont limitées aux frais réels après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et/ou d'un éventuel organisme complémentaire.

### **Article RM 23 - Souscription de garantie**

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

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

### **Article RM 24 – Modification de garantie**

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

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

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

### **Article RM 25 – Tiers payant**

La dispense d'avance de frais (tiers payant) est pratiquée à hauteur du tarif de responsabilité pour le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'AMO et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, ainsi que sur le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur forfaitaire de 24 euros. Pour tous les autres actes et prestations, la dispense d'avance de frais est pratiquée selon les indications portées sur la carte de tiers payant. Les remboursements sont effectués conformément aux règles définies au présent règlement mutualiste.

### **Article RM 26 - Conditions de remboursement**

Les prestations sont décomptées de la façon suivante :

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

### **Article RM 27 - Principe indemnitaire**

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



### **Article RM 28 - Modalités de paiement**

Les prestations sont virées sur le compte bancaire, domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA, indiqué par l'adhérent. Elles sont payées en euros.

### **Article RM 29 - Délais de paiement des prestations**

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- Dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses de régime obligatoire d'Assurance Maladie) ; délai de traitement bancaire non compris.
- Dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues au présent Règlement, en cas de traitement manuel des prestations ; délais de traitement postal ou bancaire non compris.

Ces délais sont donnés à titre purement indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la mutuelle.

### **Article RM 30 - Décomptes de prestations**

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

### **Article RM 31 - Réclamation**

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

### **Article RM 32 - Contrôle**

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

### **Article RM 33 - Prestations indues**

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

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

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

### **Article RM 34 - Modification des statuts et règlements**

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

### **Article RM 35 - Application de la loi CHATEL**

Conformément à l'article L.221-10-1 du code de la mutualité, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé 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 recommandée ou envoi recommandé électronique, mettre un terme à l'adhésion au règlement, 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 d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

### **Article RM 36 - Subrogation**

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

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

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

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

### **Article RM 37 - Prescription**

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, qu'à partir 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 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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- La reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice (même en référé) ;
- Un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé 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.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article RM 42 du présent règlement.

Ni l'adhérent, ni la mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.



### **Article RM 38 - Autorité de contrôle**

Les garanties proposées par la Mutuelle sont régies par le code de la mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est « L'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution » (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris cedex 9.

### **Article RM 39 - Etendue territoriale des prestations**

Le contrat intervient pour les soins effectués en France (départements et régions d'Outre-mer inclus). Il intervient également pour les soins effectués ou les équipements achetés à l'étranger, sous réserve qu'ils soient pris en charge par un régime d'Assurance maladie obligatoire français.

Le règlement des prestations est effectué en euros. Le compte bancaire de l'adhérent devra être domicilié en France ou dans l'un des pays faisant partie de la zone SEPA.

### **Article RM 40 - Loi informatique et liberté**

Vos données à caractère personnel font l'objet de traitements informatiques mis en œuvre par Mutuelle Entrain permettant de traiter votre adhésion, de gérer et exécuter votre contrat mutualiste.

Vos données à caractère personnel peuvent également être collectées et transférées aux prestataires de Mutuelle Entrain habilités à traiter vos données, ainsi qu'à ses partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits et services.

Nous veillons à conserver vos données à caractère personnel pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités exposées ci-dessus ou conformément à ce qui est prévu par la loi applicable. Vos données sont donc conservées pendant une durée de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact ou de la fin de votre contrat mutualiste. Au terme de ce délai de trois ans, nous sommes susceptibles de reprendre contact avec vous afin de savoir si vous souhaitez continuer à recevoir des sollicitations commerciales. En l'absence de réponse positive et explicite de votre part, les données vous concernant seront supprimées.

Les données à caractère personnel permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat, ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur.

Conformément à la réglementation française et européenne relatives à la protection des données à caractère personnel, vous pouvez exercer sans frais votre droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant et, le cas échéant, vos droits de rectification, de portabilité et de suppression de celles qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données à caractère personnel.

Vous disposez également du droit de définir des directives générales ou particulières relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès ainsi qu'à leur droit d'accès aux tiers désignés pour l'établissement d'un préjudice que vous auriez subi de votre vivant et dont vous souhaiteriez obtenir réparation postérieurement à votre décès auprès des juridictions compétentes. Seules les directives particulières relatives au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par Mutuelle Entrain seront enregistrées par celle-ci sous réserve de votre consentement. Vous pouvez exercer ces droits, par courrier adressé au Service DPD à l'adresse suivante : 5 Boulevard Camille Flammarion 13001 MARSEILLE, ou par e-mail à l'adresse [dpd@mutuelle-entrain.fr](mailto:dpd@mutuelle-entrain.fr). A défaut, vous avez le droit d'introduire une réclamation devant la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

### **Article RM 41 - Réclamation**

Pour toute réclamation (étant précisé qu'une réclamation est l'expression d'un mécontentement ou d'une insatisfaction de la part du membre participant, qu'ils soient fondés ou non), le membre participant peut s'adresser au service en charge des réclamations de la Mutuelle, en adressant un courrier à l'adresse suivante : Mutuelle Entrain- 17 ter rue Leenhardt - 34000 MONTPELLIER, ou en envoyant un email à l'adresse suivante : [pole.reclamation@mutuelle-entrain.fr](mailto:pole.reclamation@mutuelle-entrain.fr).

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception.

La Mutuelle adresse à l'adhérent une réponse à sa réclamation dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la réception de la réclamation.



### **Article RM 42 - Médiation**

En cas de désaccord ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts ou du présent règlement Mutualiste, et après épuisement de la procédure de traitement des réclamations prévue à l'article précédent, l'adhérent peut saisir le médiateur de la Mutualité Française, désigné par le Conseil d'Administration.

Le dossier, constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à adresser par courrier à l'adresse suivante :

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

Soit directement en ligne sur le site internet du médiateur : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)



---

## Description des prestations de la Mutuelle

---

## Glossaire



## DESCRIPTION DES PRESTATIONS

Les prestations de la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des règles en vigueur régissant les contrats responsables. Les prestations sont limitées aux frais réels après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et/ou d'un éventuel organisme complémentaire. La dispense d'avance de frais (tiers payant) est pratiquée à hauteur du tarif de responsabilité pour le ticket modérateur des actes et prestations remboursables par l'AMO et obligatoirement pris en charge au titre du contrat responsable, ainsi que sur le forfait journalier hospitalier et le ticket modérateur forfaitaire de 24 euros. Pour tous les autres actes et prestations, la dispense d'avance de frais est pratiquée selon les indications portées sur la carte de tiers payant. Les remboursements sont effectués conformément aux règles définies au présent règlement mutualiste.

### Chapitre A – Nature des prestations

#### RMA.1 TICKET MODERATEUR

---

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

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

##### 1.1. Adhérent cheminot en activité de service affilié CPRP SNCF

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

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

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

A l'exception des médicaments remboursés par l'AMO à 15% (hors Formule 3 et Formule YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + ; Formule 4 EVO), la mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) en fonction du taux du régime général de la sécurité sociale, de la CPRP SNCF ou bien du régime local Alsace Moselle qui est applicable à l'adhérent/assuré social ou son ayant droit.

#### RMA.2 DESCRIPTION DES PRESTATIONS

---

Les prestations de la mutuelle interviennent en complément des remboursements de l'AMO. Elles sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la sécurité sociale, sauf indications contraires. Les garanties incluent, le cas échéant, le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO). Elles sont fonction du niveau de garanties souscrit par l'adhérent (articles RM23 et 24), elles sont exprimées par formule de garanties dans les « Tableaux des prestations » figurant au Chapitre B de la présente ANNEXE 1.

##### 2.1. SOINS COURANTS

- 1°. Honoraires médicaux : médecin généraliste et spécialiste (toutes disciplines) : TM et dépassement d'honoraire par acte dont le montant est défini selon la garantie choisie ; la prise

en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).

- 2°. Actes techniques médicaux effectués par des médecins : ophtalmologue, cardiologue, gastro-entérologue, chirurgie ambulatoire, dentiste, etc. :
  - a) TM et dépassement d'honoraire, ces derniers (hors radiologie) sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).
  - b) Prise en charge à 100% de la participation forfaitaire de 24€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.
- 3°. Echographie (hors radiologie, scanner et IRM)

TM et dépassement d'honoraire, ces derniers sont pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).
- 4°. Médicaments

TM des médicaments et produits pharmaceutiques remboursés par l'AMO (médicaments remboursés par l'AMO à 15% pris en charge sauf en Formule 1 et 2 et Formule YSO), pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie.

Médicaments pharmaceutiques non pris en charge par l'AMO exclusivement pour les formules YSO Dentaire, YSO Optique et YSO + (sur prescription médicale) : forfait annuel en euros par famille dont le montant est défini selon la garantie choisie. Les produits concernés sont : les veinotoniques, les vitamines en prévention de la DMLA, les médicaments pour trouble de l'érection, les produits pour injection dans le cadre du traitement de l'arthrose ou des rhumatismes articulaires.

Automédication en pharmacie exclusivement pour les formules YSO Dentaire, YSO Optique, YSO + et FORMULE 4 EVO : l'automédication concerne le traitement de certaines maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces, dans les conditions d'utilisation indiquée. Remboursement par un forfait annuel en euros par famille dont le montant est défini selon la garantie choisie. Liste des médicaments autorisés en annexe 1.
- 5°. Matériel médical

Petit appareillage, Orthèses : TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Grand appareillage : TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Accompagnement post opératoire et traitement des effets secondaires des maladies graves et redoutées : Prothèse/implant mammaire, capillaire, oculaire et soutien-gorge médical avec poche : TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Couches pour incontinence (exclusivement pour les formules 1, 2, 3 et YSO, YSO Dentaire, YSO Optique et YSO +): TM pris en charge et garantie exprimée en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) selon la garantie choisie.

Couches pour énurésie de l'enfant (enfant de plus de 5 ans et de moins de 18 ans) exclusivement en Formule 3 : forfait annuel en euros par famille dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- 6°. Honoraires paramédicaux

TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) dont le montant est défini selon la garantie choisie.

7°. Analyse et examens de laboratoire

TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) dont le montant est défini selon la garantie choisie.

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

## 2.2. DENTAIRE

### Formule 1, 2, 3 et YSO Dentaire, YSO Optique, YSO + :

- 1. Soins et prothèses dentaires « 100 % santé » :** Pris en charge intégralement dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.
- 2. Soins dentaires :** Prise en charge du ticket modérateur des soins, auquel s'y rajoute éventuellement des dépassements d'honoraire selon la garantie choisie, et exprimés dans les tableaux des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale.
- 3. Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou libres :** Prise en charge du ticket modérateur. Les prothèses dentaires relevant des tarifs maîtrisés sont remboursées dans la double limite du niveau de garantie exprimé au sein des tableaux de garanties et des honoraires Limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie. Les prothèses dentaires relevant des tarifs libres permettent aux membres de choisir librement les techniques les plus innovantes ou de répondre à des exigences esthétiques particulières et ce, sans plafonnement de tarif.

**Pour les formules 1, 2, 3 et les formules YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +,** au-delà du ticket modérateur et dans les limites ci-dessus, sont pris en charge les actes prothétiques suivant, exprimés dans les tableaux des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf indication contraire :

**Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO** (sauf inlay core) : prise en charge selon la garantie choisie.

**Prothèses dentaires (hors implant) non prises en charge par l'AMO :** forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**Inlay core :** prise en charge selon la garantie choisie.

**Pour la formule 4 EVO,** s'ajoute à la prise en charge du ticket modérateur, dans les limites ci-dessus, un forfait en euros, par acte, pour les postes suivants :

- Inlay / Onlay ;
- Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur Incisives, Canines, 1ère Prémolaire ;
- Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur la 2<sup>nd</sup>e Prémolaire ;
- Couronne ou inter de bridge pris en charge par le RO sur les Molaires ;
- Inlay Core ;
- Bridge 3 éléments pris en charge par le RO ;
- Prothèses dentaires provisoires et transitoires remboursées ou non par l'AMO ;
- Appareil amovible pris en charge par le RO ;
- Autres prothèses dentaires prises en charge par le RO ;
- Couronne sur implant (max 2 par an).

Le montant du forfait varie en fonction du poste de garantie considéré, de la formule de garanties choisie et selon que le bénéficiaire a, ou non, recours au réseau de soins Santéclair.

### 4. Autres soins et actes :

**Pour les formules 1, 2, 3 et les formules YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +,** prise en charge du ticket modérateur des soins et actes suivants, exprimés dans le tableau des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf indication contraire :

**Orthodontie prise en charge par l'AMO** (frais ou traitements d'orthodontie commencés avant le 16ème anniversaire) : prise en charge selon la garantie choisie.

**Orthodontie non prise en charge par l'AMO** : forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**Parodontologie prise en charge/non prise en charge par l'AMO** : prise en charge du ticket modérateur auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**Implantologie prise en charge/non prise en charge par l'AMO** : prise en charge du ticket modérateur auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**Pour la Formule 4 EVO**, prise en charge du ticket modérateur des soins et actes suivants, exprimés dans le tableau des prestations en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale, sauf indication contraire :

- Orthodontie prise en charge par l'AMO : prise en charge du ticket modérateur auquel s'ajoute un forfait annuel en euros selon la garantie choisie
- Orthodontie adulte non prise en charge par l'AMO : forfait annuel en euros selon la garantie choisie.
- Parodontologie prise en charge/non prise en charge par l'AMO : prise en charge du ticket modérateur auquel s'ajoute un forfait annuel en euros selon la garantie choisie ;
- Implantologie prise en charge/non prise en charge par l'AMO : implant racine (max 2 par an) : prise en charge, le cas échéant, du ticket modérateur et forfait annuel en euros selon la garantie choisie.
- Implantologie prise en charge/non prise en charge par l'AMO : pilier (max 2 par an) : prise en charge, le cas échéant, du ticket modérateur et forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

Le montant du forfait varie, en outre, selon que le bénéficiaire a, ou non, recours au réseau de soins Santéclair.

## 2.3. OPTIQUE

### **1. Equipement optique**

#### **A. Prise en charge de l'équipement optique (une monture et deux verres) :**

L'équipement optique doit permettre de corriger des défauts de réfraction, de compenser, d'améliorer ou de traiter un autre état pathologique de l'œil. Les équipements optiques sont ainsi pris en charge seulement dans les cas d'astigmatisme, d'hypermétropie, de myopie, de presbytie et d'amblyopie, et pour certains cas particuliers définis règlementairement.

#### **B. Périodicité de renouvellement de l'équipement optique :**

Les différents délais ci-dessous s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai et dans les conditions précisées à la « Liste des produits et prestations » (LPP) prévue par l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

#### **Renouvellement de droit commun :**

Adultes et enfants de 16 ans et plus : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement.**

Enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale d'un an après la dernière prise en charge d'un équipement.**

Enfants jusqu'à 6 ans : le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible **au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement**, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant



entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

#### Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue :

Enfants de moins de 16 ans : L'évolution de la vue doit être justifiée par une nouvelle prescription médicale établie par un ophtalmologue. Le renouvellement de la prise en charge est possible sans délai exclusivement pour l'acquisition des verres.

Adultes et enfants de 16 ans et plus : Une nouvelle prescription médicale doit être présentée à l'opticien, afin de lui permettre la comparaison avec l'ancienne prescription. L'évolution de la vue peut être aussi constatée au moment où l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors du renouvellement de délivrance.

Le renouvellement de la prise en charge est dès lors possible après 1 année pour l'acquisition d'un équipement complet (2 verres + montures).

#### Renouvellement anticipé liée à des situations médicales particulières

Le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale des verres exclusivement est possible en cas de dégradation des performances oculaires dans l'une des situations listées par l'arrêté du 3 décembre 2018 telles que certaines pathologies de type glaucome, DMLA, cataracte évolutive à composante réfractive....

La constatation de l'évolution de la réfraction se fait sur la base de la présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Cette prescription doit faire mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

#### Périodicité dérogatoire/Prise en charge de deux équipements :

Elle est autorisée uniquement pour les patients ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

#### C. Les verres :

#### **Formule 1 ; 2 ; 3 et Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :**

Le remboursement des verres par la mutuelle s'effectue selon le référencement suivant : verres simples (catégorie A), complexes (catégorie C), très complexes (catégorie F).

**Verres simples (catégorie A) :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

**Verres complexes (catégorie C) :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 6,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à +8,00 dioptries.

**Verres très complexes (catégorie F) :** verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00 dioptries.

#### **Formule 4 EVO :**

Le remboursement des verres par la Mutuelle, pour cette formule, s'effectue selon le référencement suivant :

<b>Verres simples</b>	Verres unifocaux : sphère comprise entre -4 et +4 et cylindre de 0 à 2	Niveau Santéclair 101-201
	Verres unifocaux : sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	Niveau Santéclair 102-202
	Verres unifocaux : sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4	
	Verres unifocaux : sphère à +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 6	
	Verres unifocaux : sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C ≤ 6	
<b>Verres complexes</b>	Verres unifocaux : sphère de -8 à -6,25 et cylindre de 0 à 4	Niveau Santéclair 103-203
	Verres unifocaux : sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25	
	Verres unifocaux : sphère de 0 à +8 et S+C > 6	
	Verres unifocaux : sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre	Niveau Santéclair 104-204
	Verres multifocaux : sphère de -4 à +4 et cylindre de 0 à 2	Niveau Santéclair 111 - 204
	Verres multifocaux : sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2	Niveau Santéclair 112 - 204
	Verres multifocaux : sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4	
	Verres multifocaux : sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C ≤ 8	
	Verres multifocaux : de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C ≤ 8	
	<b>Verres très complexes</b>	Verres multifocaux : Sphère de -8 à 0 et cylindre ≥ 4,25
Verres multifocaux Sphère de 0 à +8 et S+C > 8		
Verres multifocaux : Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 / Tout cylindre		Niveau Santéclair 114-204

Le niveau de garantie varie en fonction du poste de garantie considéré, de la formule de garanties choisie et selon que le bénéficiaire a, ou non, recours au réseau de soins Santéclair.

#### **D. Choix de l'équipement optique :**

Les membres de la mutuelle peuvent choisir entre une gamme « 100% santé », composée d'un équipement optique (monture et verres) intégralement remboursables, ou bien de choisir un équipement à « tarif libre », dont le remboursement dépendra de la garantie choisie.

Les membres de la mutuelle ont la possibilité de panacher l'offre, c'est-à-dire de choisir des verres issus du panier « 100% santé » et une monture à « tarif libre », et inversement.

Deux classes de verres et deux classes de montures sont ainsi définies :

Classe A (pour les verres et pour les montures) dite « 100 % santé ».

Classe B (pour les verres et pour les montures) dite « verres ou montures à tarifs libres ».



Classe A/Équipement 100 % santé (tel que définis réglementairement) :

Les verres et les montures relevant de la classe A sont intégralement pris en charge dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) définies par les pouvoirs publics.

La prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, sont intégralement pris en charge dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) définie par les pouvoirs publics.

La prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, après réalisation de l'examen de réfraction, est prise en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

Les autres suppléments optique (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) sont pris en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

Classe B / verres ou montures à tarifs libres :

Les verres et les montures relevant de la classe B sont pris en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur auquel s'y rajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie et selon la distinction « Adulte » ou « enfant de moins de 16 ans ».

Tous les montants indiqués dans les tableaux des prestations incluent le remboursement du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

**La prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents n'est pas prise en charge par la mutuelle. Il en est de même pour les équipements « mixtes » (composés de verres ou montures autres que 100 % santé).** Le supplément applicable pour les verres avec filtre est pris en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur lorsqu'il existe une base de remboursement.

La prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, après réalisation de l'examen de réfraction, est prise en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur, lorsqu'il existe une base de remboursement.

Les autres suppléments optique (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques) sont pris en charge par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur.

**2. Lentilles remboursées par l'AMO** : Ticket Modérateur et un forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**3. Lentilles non remboursées par l'AMO** : Forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

**4. Chirurgie réfractive non prise en charge par l'AMO** (myopie, presbytie, hypermétropie, astigmatisme) : forfait annuel en euros par œil dont le montant est défini selon la garantie choisie.

Pour la formule 4 EVO, le montant du forfait varie selon que le bénéficiaire a, ou non, recours au réseau de soins Santéclair.

**5. Implants multifocaux (pour les formules 1 ; 2 ; 3 et Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :)** dans le cadre de l'opération de la cataracte et non pris en charge par le régime obligatoire : forfait annuel en euros par implant dont le montant est défini selon la garantie choisie.

**6. Déficience visuelle (pour les formules 1 ; 2 ; 3 et Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :)**: Forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie. Seules les personnes majeures ou mineures, ayant une acuité visuelle inférieure à 3/10ème après correction du meilleur œil ou ayant une réduction du champ visuel inférieure ou égale à 20°, peuvent bénéficier de cette garantie pour toute acquisition de matériel adapté, hors équipement optique.

## 2.4. AIDES AUDITIVES

Les aides auditives remboursables peuvent être de différents types : contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire.

Les aides auditives peuvent relever de deux classes (classe I et classe II). Cette classification dépend du nombre d'options de l'appareil. Les aides auditives devront être référencées auprès des ministères



en charge de la santé et de la sécurité sociale par leur fabricant pour faire l'objet d'une prise en charge et ainsi être remboursées par la mutuelle.

**Quelle que soit la classe d'appartenance, la prise en charge par la mutuelle est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant l'acquisition de l'appareil.** L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. **Ces dispositions s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.** L'appréciation de cette période se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'AMO.

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Les bases de remboursement des aides auditives sont différentes selon l'âge du membre : Inférieures ou égales à 20 ans et supérieures à 20 ans. Les personnes atteintes de cécité (entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20e après correction) bénéficient de la base de remboursement inférieures ou égales à 20 ans.

Les aides auditives sont ainsi répertoriées en deux classes, permettant aux membres de choisir librement les équipements de leur choix, qu'ils soient totalement ou partiellement remboursés :

#### **Aide auditive de Classe I dite « 100 % santé » :**

Les aides auditives relevant de cette classe sont intégralement prises en charge (ticket modérateur inclus) à hauteur des frais exposés par le membre en plus des tarifs de responsabilité, dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV) fixés par la LPP (Liste des Produits et Prestations) mentionnée à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale.

Les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur, auquel s'y ajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie.

Les piles ou accessoires (kit nettoyage exclusivement), non pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la mutuelle à hauteur d'un forfait en euros si la garantie choisie le prévoit.

#### **Aide auditive de Classe II dite « à tarifs libres » :**

Elle est composée des aides auditives n'appartenant pas au panier 100% Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste :

- ▶ La prise en charge par l'AMO est identique à celle du panier de l'offre 100% Santé.-
- ▶ Ces aides auditives sont prises en charge par la mutuelle en fonction des garanties choisies par les membres. Le remboursement de la mutuelle est exprimé en euros, incluant le ticket modérateur et la prise en charge de l'Assurance Maladie obligatoire.

Les consommables, piles ou accessoires pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la mutuelle à hauteur du ticket modérateur, auquel s'y ajoute éventuellement un forfait en euros selon la garantie choisie.

Les piles ou accessoires (kit nettoyage exclusivement), non pris en charge par l'AMO, sont remboursés par la mutuelle à hauteur d'un forfait en euros si la garantie choisie le prévoit.

## **2.5. PREVENTION**

1°. Ostéodensitométrie (mesure de la densité minérale osseuse):

- a) Acte remboursé par l'AMO : TM pris en charge et garantie exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros dont le montant est défini selon la garantie choisie.
- b) Acte non remboursé par l'AMO : forfait annuel en euros selon la garantie choisie.

2°. Sevrage tabagique : forfait annuel en euros selon la formule de garantie choisie sur prescription médicale.

3°. Vaccins non remboursés/vaccin antigrippal et traitement contre le paludisme non pris en charge par l'AMO : TM pris en charge et forfait annuel en euros selon la garantie choisie sur prescription médicale.

- 4°. Contrat responsable et solidaires. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) de tous les actes de prévention remboursables.

Dépistage de l'hépatite B prescrit, Scellement des sillons sur les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> molaires avant 14 ans, Détartrage une fois par an, Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans, Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans tous les cinq ans, Vaccinations suivantes : diphtérie, tétanos, poliomyélite ; coqueluche, hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; rubéole (pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant) ; Haemophilus influenzae B (principale cause de méningite chez l'enfant de moins de 5 ans) ; vaccination contre les infections à pneumocoques (enfants avant l'âge de 18 mois).

- 5°. Contraception non remboursée par l'AMO (sur prescription médicale hors préservatif) : pilule, anneau vaginal, préservatif, spermicides, implant, patch : forfait annuel en euros dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.
- 6°. Dépistage VIH (autotest rapide de dépistage d'infection au VIH) : forfait annuel en euros dont le montant est déterminé selon la garantie choisie.

## 2.6. PACK BIEN ETRE ET MEDECINES ALTERNATIVES COMPLEMENTAIRES

### Formule 1 ; 2 ; 3 :

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux des garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations suivants :

- **Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire** : psychologue, acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien.

Ces professionnels devront être titulaires d'un diplôme d'Etat de la spécialité ou d'un diplôme professionnel d'exercice de leur profession.

- **Homéopathie et phytothérapie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire.**

### Formule YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux des garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations suivants :

- **Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire** : acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien.

Ces professionnels devront être titulaires d'un diplôme d'Etat de la spécialité ou d'un diplôme professionnel d'exercice de leur profession.

### Formule 4 EVO :

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux des garanties, la mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel les actes ou prestations suivants :

- **Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire** : acupuncteur, ostéopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, homéopathe, pédicure-podologue, psychologue, ergothérapeute, psychomotricien.

Ces professionnels devront être titulaires d'un diplôme d'Etat de la spécialité ou d'un diplôme professionnel d'exercice de leur profession.

## 2.7. CURE THERMALE ACCEPTEE (sauf thalassothérapie)

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur (TM) pour les frais de surveillance médicale, pour les frais d'hébergement et pour le forfait thermal. La garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), auquel s'y rajoute un forfait annuel en euros si la garantie choisie le prévoit.

## 2.8. HOSPITALISATION

### 1°. Hospitalisation médicale, chirurgicale, obstétrique :

- a) Ticket modérateur (TM) : pris en charge en intégralité sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement.
- b) Forfait journalier hospitalier : pris en charge sans limitation de durée dans les établissements de santé et aucune prise en charge dans les établissements médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée (MAS) et établissement d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)).
- c) Dépassement d'honoraire (hors radiologie) : pris en charge sur la base d'un montant exprimé en % sur la BRSS selon la garantie choisie ; la prise en charge des dépassements d'honoraire est modulée selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO) : elle est d'un niveau de 20 points inférieur pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM CO).
- d) Participation forfaitaire de 24€ relative aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120€ ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 : prise en charge en intégralité.
- e) Forfait Patient Urgences : pris en charge en intégralité.
- f) Chambre particulière (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) : prise en charge dans les conditions de la garantie choisie. Toutefois, la participation de la mutuelle, lorsqu'elle est prévue, est plafonnée au tarif négocié pour les séjours dans les établissements couverts par une convention existant entre ces établissements et la FNMF ;
- g) Chambre particulière en ambulatoire (hospitalisation sans nuitée) : prise en charge dans les conditions de la garantie choisie. Toutefois, la participation de la mutuelle, lorsqu'elle est prévue, est plafonnée au tarif négocié pour les séjours dans les établissements couverts par une convention existant entre ces établissements et la FNMF ;
- h) Frais d'accompagnant (repas et couchages facturés par l'hôpital ou par la maison d'accueil pour les familles ou accompagnants de malades hospitalisés) : la participation de la Mutuelle est définie selon la garantie choisie, sous réserve que la personne hospitalisée soit membre de la Mutuelle ;
- i) Allocation hospitalière pour frais divers : Pour les formules 1 ; 2 ; 3 et les formules YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +, à compter du 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation, en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique exclusivement, il est alloué une allocation journalière dont le montant et la durée sont définis selon la garantie choisie. Elle couvre les frais annexes de l'hospitalisation (hors ambulatoire) tels que téléphone, télévision, internet.
- j) Transports sanitaires : Prise en charge du ticket modérateur pour les frais de transport en ambulance, en véhicule sanitaire léger (VSL) ou en taxi, sous réserve d'une prescription médicale et d'une prise en charge de l'AMO.

### 2°. Hospitalisation en psychiatrie

- a) Ticket modérateur (TM) : pris en charge en intégralité sur les frais d'hospitalisation.
- b) Forfait journalier hospitalier : pris en charge sans limitation de durée.

## 2.9. MAISON DE REPOS, DE CONVALESCENCE, DE READAPTATION FONCTIONNELLE OU DIETETIQUE

- a) Forfait journalier : pris en charge en intégralité.
- b) Chambre particulière : prise en charge limitée en montant et en nombre de jours selon la garantie choisie. Toutefois, la participation de la mutuelle est plafonnée au tarif négocié pour les séjours dans les établissements couverts par une convention existant entre ces établissements et la FNMF.



## RMA.3 FONDS SOCIAL D'ACTION SANITAIRE

---

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

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

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

## RMA.4 AUTRES PRESTATIONS ET SERVICES

---

### **4.1. Protection Juridique Santé et Médicale (Formule 1 ; 2 ; 3 et les formules YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO +)**

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient du contrat collectif de Protection Juridique Santé et Médicale souscrit auprès de COVEA Protection Juridique - Société anonyme au capital de 46 113 660 € - RCS Le Mans 442 935 227 33, rue de Sydney - 72045 Le Mans CEDEX 2. Une notice d'information sera remise à chaque membre participant selon la garantie choisie.

### **4.1bis: Protection Juridique Vie Privée (Formule 4 EVO )**

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient du contrat collectif de Protection Juridique vie privée souscrit auprès de COVEA Protection Juridique - Société anonyme au capital de 46 113 660 € - RCS Le Mans 442 935 227 33, rue de Sydney - 72045 Le Mans CEDEX 2. Une notice d'information sera remise à chaque membre participant selon la garantie choisie.

### **4.2. VIVA**

Tous les adhérents sont abonnés au magazine mutualiste VIVA.

### **4.3. Frais obsèques**

#### **Formules 1 ; 2 ; 3**

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

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

### **4.4. Assistance « vie quotidienne »**

#### **Formule 1 ; 2 ; 3 et YSO ; YSO Dentaire ; YSO Optique ; YSO + :**

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient du contrat collectif d'assistance souscrit auprès de Ressources Mutuelles Assistance - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU Cedex. Immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 444 269 682.

Une notice d'information sera remise à chaque membre participant selon la garantie choisie.

### **4.4 bis Assistance « Aide-ménagère »**

#### **Formule 4 EVO**

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient de la prise en charge, en cas d'hospitalisation médicalement constatée en MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), y compris en ambulatoire, et sur présentation d'une facture acquittée, d'une aide à domicile à concurrence d'un

maximum défini selon la garantie choisie, afin d'aider le bénéficiaire dans l'exécution de ses tâches quotidiennes.

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

#### **4.6. Allocation maternité**

##### **Formule 1 ; 2 ; 3 et Formule 4 EVO**

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

#### **4.7. Santéclair**

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

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

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

Santéclair propose aussi un service de téléconsultation médicale : Il est ouvert 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Ce service permet d'accéder en visio ou par tchat à un médecin libéral (spécialiste ou généraliste, au choix de l'utilisateur) sans délais. Il est susceptible d'aboutir à la délivrance d'une prescription de médicaments.

A l'issue de cet échange, l'utilisateur obtient un compte-rendu qu'il peut mettre à disposition de son médecin traitant. Précision importante : une téléconsultation menée via la mutuelle ne laisse au patient aucun reste-à-charge. Le service de téléconsultation proposé par Santéclair remplit tous les critères de sécurité et de confidentialité que requiert la délivrance d'un avis médical : les informations générées lors de la consultation à distance sont protégées par le secret médical de la même manière qu'elles le sont lors d'une consultation classique.

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

Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 030 euros ayant son siège 7 Mail Pablo Picasso - 44046 Nantes Cedex 1 - Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

#### **4.8. Service Vacances**

Les membres participants et leurs ayants droit bénéficient d'un service de location de maisons ou d'appartements de vacances en France à tarifs attractifs.

## **RMA.5 COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE**

---

La Mutuelle gère les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire instituée par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2019.

## Liste des médicaments en automédication (RMA.2.1 4° médicaments)

Remboursement sur présentation de factures acquittées de pharmacie par le bénéficiaire de la garantie.

Liste automédication susceptible d'évoluer en fonction des retraits du marché et du rapport efficacité-tolérance des médicaments. Consultable à tout moment sur [entrain.fr](http://entrain.fr) et sur simple demande. Les noms en **gras italique** correspondent au principe actif du médicaments (générique). Les noms suivis d'un astérisque \* sont des médicaments contenant de l'ibuprofène ou du kétoprofène - à ne pas utiliser en cas de fièvre ou d'infection.

- **Rhume** : Physiodose, Physiomer
- **Rhinite allergique** : Actifed allergie cétirizine, Alairgix allergie cétirizine, Alairgix rhinite allergique cromogliclate de sodium 2, *Cétirizine*, Cromorhinol, Dimegan, Doliallergie loratadine, Drill allergie cétirizine, Humex allergie cétirizine, Humex allergie loratadine, Humex rhume des foins à la béclométhasone, *Loratadine*, Polaramine, Zyrtecset.
- **Antalgique** : Advil\*, Advilcaps\*, Advilmed\*, Algodol, Algodolcaféine, Alka seltzer, Antarène\*, Antigrippine à l'aspirine, Aspegic, *Aspirine*, Aspro, Aspro caféine, Asproflash, Céfaline, Claradol, Claradol caféine, Dafalgan, Dolidon, Doliprane, Dolipranecaps, Dolipraneliquiz, Dolipraneorodoz, Dolipranetabs, Dolko, Efferalgan, Efferalganmed, Geluprane, Hemagene tailleur\*, Ibupradoll\*, *Ibuprofène\**, Intralgis\*, Metaspirine, Nurofen\*, Nurofencaps\*, Nurofenfem\*, Nurofenflash\*, Nurofenpro\*, Nurofentabs\*, Panadol, *Paracétamol*, Paralyoc, Spedifen\*, Spifen\*, Toprec\*, Upfen\*.
- **Anxiété, troubles sommeil, dépression légère** : Anxemil, Arkogélules aubéline, Arkogélules schscholtzia, Arkogélules houblon, Arkogélules passiflore, Arkogélules valériane, Biocarde, Biomag agrumes, Cardiacalm, Complexe Lehning gelsemium, Composé Boiron passiflora, Donormyl, *Doxylamine*, Elusanes aubépine, Elusanes eschschooltzia, Elusanes natudor, Elusanes passiflore, Elusanes valériane, Euphytose, Granions de lithium, Homéogène 46, Homéonormyl, Lehning L72, Lidene, Noctyl, Oligosol lithium, Omezelis, Passiflorine, Plenesia nervosité, Santane n9, Sédatif PC, Sédopal, Somnidoron, Spasmine, Stressdoron, Sympathyl, Tranquital, Zenalia.
- **Troubles digestifs > antidiarrhéiques** : Diaretyl, Diarfix, Diastrolib, Ercestop, Gastrowell lopéramide, Imodiumcaps, Imodiumduo, Imodiumlingual, Imodiumliquicaps, Indiaral, *Lopéramide*, *Racécadotril*, Tiorfast
- **Troubles digestifs > laxatifs** : Casenlax, Duphalac, Eductyl, Forlax, Forlaxlib, *Huile de paraffine*, mportal, *Lactulose*, Lansoyl, Laxaron, Lubentyl, *Macrogol*, Melaxib, Melaxose, Microlax macrogol, Movicol, Normacol, Parapsyllium, Psyllia, Psyllium, Restrical, Sorbitol, Spagulax, Transilane, Transipeg, Transipeglib, Transulose.
- **Troubles digestifs > ballonnements** : Acticarbine, Arkogélules charbon végétal, Bolinan, Carbactive, Carbolevure, Carbosylane, Carbosymag, Charbon de Belloc, Dolospasmyl, Formocarbine, Météospasmyl, Météoxane, Pepsane, *Phloroglucinol*, Polysilane, Rennie déflatine, Siligaz, Spasfon lyoc, Spasfon, Spasmocalm.
- **Troubles digestifs > troubles dyspeptiques (digestion difficile)** : Acticarbine, Arginine, Arkogélules artichaut, Arkogélules fumeterre, Bi citrol, Canol, Carbolevure, Carominthe, Chophytol 20 pour cent, *Citrate de bétaine*, Composé Boiron chelidonium, Composé Boiron nux vomica, Digidryl, Elusanes artichaut, Elusanes boldo, Elusanes fumeterre, Formocarbine, Gastrocynésine, Homéodigéo, Homéorégul, Lehning L114, Oddibil, Oxyboldine, Pancrelase, Solution stago diluée, Sorbitol, Vibtil.
- **Troubles digestifs > brûlure estomac** : *Alginate de sodium / bicarbonate de sodium*, Carbosymag, Gastropax, Gastropulgite, Gaviscon, Gavisconell, Gavisconpro, Gelox, Inipepsia, Ipraalox, Maalox, Marga, Mopralpro, Moxylar, Neutroses, *Oméprazole*, Pantoloc control, *Pantoprazole*, Phosphalugel, Rennie, Rennieliqou, Xolaam.
- **Panier petite enfance** : Sérum physiologique quelle que soit la marque, Mouche bébé quelle que soit la marque, Erythème fessier du nourrisson (ABCderm, babygella, éosine, Primalba, Weleda calendula).
- **Test grossesse** : Actavis test, Alvita test de grossesse, Ageti test de grossesse, Arrow test, Clearblue grossesse, Elle test, Exacto test, G test, My test grossesse, PharMEA test de grossesse, Polidis test grossesse, Predictor test, Surestest.
- **Test ovulation** : Alvita test d'ovulation, Clearblue ovulation, Easy test, Exacto ovulation, My test ovulation, PharMEA test ovulation, Polidis test ovulation.
- **Dépistage infection urinaire** : Uritest.
- **Auto tensiomètre au poignet ou bras** : Cooper, Hartmann, Magnien, Marque verte, Nais, Omron, Orgalys, PharMEA, Tensoval, Thuasme.
- **Médicaments et spécialités homéopathiques.**

## GLOSSAIRE

### Aides auditives

Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

Dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

### Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

L'assurance maladie obligatoire comprend l'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

**Synonymes** : régimes obligatoires (de protection sociale) (RO), Sécurité sociale, régimes de base

### ATM (Actes techniques médicaux)

Ils désignent un code utilisé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la transmission de données entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires.

Le code ATM regroupe les actes techniques médicaux réalisés par les médecins, hors imagerie.

### Ayant Droit

- ✓ **Ayant droit au sens de l'assurance maladie obligatoire :**  
Personne qui n'est pas assuré social à titre personnel mais qui bénéficie des prestations de l'assurance maladie obligatoire car elle est membre de la famille d'un assuré social (conjoint, concubin, enfants, ascendants à charge...) ou est hébergée à sa charge permanente et effective depuis plus d'un an.
- ✓ **Ayant droit au sens de l'assurance maladie complémentaire :**  
Personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire d'un assuré en raison de ses liens avec celui-ci. Cette définition d'ayant droit peut varier selon les organismes et est précisée dans les documents contractuels.

**Synonyme** : bénéficiaire.

### BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- ✓ Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- ✓ Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- ✓ Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**Synonymes** : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

### Chambre Particulière/chambre individuelle

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services. Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire.





## Chirurgie Ambulatoire

C'est la chirurgie réalisée à l'occasion d'une hospitalisation de moins de 24 heures dans un établissement de santé (sans nuitée) ou en cabinet médical ; le patient arrivant et repartant le jour même.

## Contrat "Responsable et Solidaire"

La très grande majorité des complémentaires santé sont "responsables et solidaires". La loi qualifie une complémentaire santé de "solidaire" lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale.

La loi qualifie une complémentaire santé de "responsable et solidaire" lorsqu'elle encourage le respect du parcours de soins coordonnés (le parcours de soins coordonnés repose sur le choix d'un médecin traitant que l'assuré social désigne auprès de sa caisse d'assurance maladie). Les complémentaires santé "responsables et solidaires" remboursent au minimum certains types de prestations (ticket modérateur).

En revanche, elles ne remboursent pas la participation forfaitaire de 1 € applicable aux consultations et certains examens médicaux ni les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

## Cotisations

Dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé, c'est le montant dû par l'adhérent ou assuré en contrepartie du bénéfice des garanties et des éventuels services associés proposés par l'organisme complémentaire d'assurance maladie : c'est le prix de la couverture complémentaire santé. On ajoute les taxes auxquelles sont assujetties les couvertures complémentaires santé (taux de 14,07% dans le cas le plus général) pour obtenir le prix à payer.

## Délai d'Attente

Il s'agit de la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la souscription, de l'adhésion à la couverture complémentaire santé ou de son renouvellement ou à l'occasion d'un changement de garantie en cours de contrat. Depuis le 1er janvier 2016, les couvertures complémentaires santé responsables ne peuvent pas prévoir de délai d'attente pour les soins et biens en lien avec le caractère responsable du contrat.

**Synonymes** : délai ou clause de stage, délai de carence

## Dentaire

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie ...

A compter de 2020, dans le cadre du dispositif de soins et d'équipements « à prise en charge renforcée », certaines prothèses dentaires seront remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires introduits et sous réserve que le chirurgien-dentiste respecte les conditions relatives au dispositif de « prise en charge renforcée ».

## Dépassement d'Honoraires

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 d'honoraires "avec tact et mesure", et en informer préalablement son patient.

La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si ses garanties le prévoient.

**Synonyme** : dépassements.

## Dispositif de pratiques tarifaires maîtrisés (OPTAM / OPTAM-CO)

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 (OptamCo), 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.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-co.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**Synonyme** : OPTAM et OPTAM-CO



## Forfait "24 euros" sur les actes dit « lourds »

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré sur certains actes, en remplacement du ticket modérateur habituel. Cette participation forfaitaire s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à un montant fixé par l'Etat (120 euros en 2018), ou dont le coefficient (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte) est égal ou supérieur à 60. C'est pourquoi on la qualifie couramment de participation forfaitaire ou forfait sur les actes lourds.

Le montant de cette participation est à ce jour de 24 €.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

## Forfait Journalier Hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé.

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Au 1er janvier 2018, son montant est de 20€ par jour pour un séjour hospitalier en médecine, chirurgie ou obstétrique. Il est de 15€ par jour pour un séjour en psychiatrie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais il est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

**Synonymes :** forfait hospitalier, forfait journalier.

## Frais d'Accompagnement

Ces frais correspondent aux facilités (exemple d'un lit) mises à disposition d'une personne qui accompagne un patient hospitalisé et reste auprès de lui le temps de l'hospitalisation (par exemple, un parent en cas d'hospitalisation de l'enfant).

Ces frais facturés par l'hôpital ou la clinique ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, mais peuvent en revanche être pris en charge par certaines couvertures complémentaires santé.

## Frais de Séjour

Ce sont les frais facturés par un établissement de santé pour couvrir les coûts du séjour, c'est-à-dire l'ensemble des services mis à la disposition du patient : plateau technique, personnel soignant, médicaments, examens de laboratoire, produits sanguins, prothèses...

En fonction du statut de l'établissement, ces frais de séjour peuvent ne pas inclure les honoraires médicaux et paramédicaux, qui seront alors facturés à part.

Les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire au taux de 80% (ou de 100% dans certains cas : actes coûteux notamment), le ticket modérateur (les 20% restant) étant systématiquement remboursé par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

## Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008. Son montant est de :

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

La franchise est plafonnée à 50€ 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€ par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4€ par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Les franchises ne sont pas remboursées par les complémentaires santé "responsables et solidaires".

**Voir également :** contrat "responsable et solidaire"

## Honoraires 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 » (100 % santé).

## Implantologie Dentaire

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles on fixe une prothèse.

L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire, mais peut en revanche être prise en charge par certaines complémentaires santé.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de l'implant et le prix des prestations associées à sa pose.

## Inlay Core

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. A compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

## Inlays et Onlays

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlay composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

## Médecin Traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il réalise les soins de premier niveau et assure une prévention personnalisée. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé. Il tient à jour le dossier médical du patient.

## Optique

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger des troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (deux verres et une monture) ou de lentilles.

Les lunettes entrant dans le panier de soins « 100% santé » (définis à partir de critères techniques) sont remboursées intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « à prise en charge renforcée » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « à prise en charge renforcée » et d'une monture d'une autre offre, ou inversement.

Les opticiens doivent établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « à prise en charge renforcée ».

Les autres équipements (n'appartenant pas au panier « 100% santé » car répondant à d'autres critères techniques) seront moins bien pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Au-delà des lunettes, la chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

## Parcours de Soins Coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement.

Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans. Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés 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", auquel elle a 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 est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

**Voir également :** contrat responsable et solidaire.

## Parodontologie

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que:

- ✓ l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse ;
- ✓ l'élimination des causes d'infection (détartrage des racines...);
- ✓ le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits ;
- ✓ le contrôle périodique du patient.

L'assurance maladie obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

## Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) 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 » (100% santé) 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.

## Soins Courants

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

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en "soins externes") sont généralement considérées comme des soins de ville.

**Synonymes** : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

## Sur complémentaire

Couverture supplémentaire destinée à compléter les garanties d'une première assurance maladie complémentaire sur certains postes de soins.

## Ticket Modérateur

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

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur est généralement pris en charge par la mutuelle.

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires non pris en charge par la mutuelle s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces frais constituant le reste à charge.