



www.mhv-sante.fr

REGLEMENT MUTUALISTE 2017

Garanties complémentaire santé

Mutuelle Pour Tous

Modifications proposées à l'Assemblée Générale extraordinaire du 15 décembre 2015



Le règlement est un produit élaboré et assuré par la mutuelle MHV, sise à Poitiers, Avenue du Professeur Jean Bernard, BP 59, 86002 Poitiers cedex, dénommé « la Mutuelle ». Il définit, selon l'article L 114-1 du code de la mutualité, le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant ou honoraires et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le règlement est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Le règlement est :

- ouvert aux membres participants définis dans les statuts de la mutuelle MHV,
- soumis au droit français,
- éligible au titre du contrat responsable.

Article I. Objet

Le règlement a pour objet, selon le contrat choisi (Moderato, Tempo, Fortissimo) par le membre participant, de compléter, dans la limite des frais exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par l'Assurance Maladie Obligatoire dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) au bulletin d'adhésion.

La validité des garanties s'exercent sur tout le territoire national. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par l'Assurance Maladie Obligatoire dont dépend l'assuré.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur de l'Assurance Maladie (Base de Remboursement) ou sous la forme de forfait. Ces forfaits sont valables par année civile d'adhésion et par assuré, et pour certaines prestations, peuvent évoluer dans le temps en fonction de leur non utilisation au cours des années antérieures.

Les remboursements sont effectués déduction faite du remboursement de l'Assurance Maladie dans la limite de l'option choisie et sont limités au montant de la dépense réelle.

Article II. Adhésion

Condition de l'adhésion. Hormis l'appartenance à un Régime Obligatoire et la qualité de membre participant, aucune condition n'est requise pour adhérer au règlement mutualiste. L'adhésion est constatée au moyen d'un bulletin d'adhésion. En cours d'adhésion, le membre participant s'engage à informer formellement et immédiatement la Mutuelle de la survenance de tous les événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

Bénéficiaires de l'adhésion. Le membre participant peut désigner comme bénéficiaire(s) son conjoint ou concubin ou partenaire lié par PACS, ainsi que les enfants. Les enfants, qu'ils soient légitimes, naturels,

reconnus ou non, adoptés ou recueillis et qui sont à la charge du membre participant (ou de son conjoint, concubin ou partenaire PACS) sont considérés comme ayants droit s'ils :

- ont moins de 16 ans,
- sont célibataires âgés de plus de 16 ans et de moins de 25 ans révolus poursuivant leurs études ou placés sous contrat d'alternance ou d'apprentissage
- atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un revenu imposable et ce, quel que soit leur âge.

La mutuelle se réserve le droit de demander tout document permettant de justifier la situation d'un ayant-droit.

Date d'effet de l'adhésion. L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion, matérialisée par le bulletin d'adhésion. Le droit aux prestations entre en vigueur à la date d'effet de l'adhésion.

Les soins facturés avant la date d'effet de l'adhésion ne sont pas pris en garantie, et ne donneront donc pas lieu à un remboursement.

Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s) les garanties mentionnées sur son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur le tableau des contrats. Le contrat choisi s'applique pour tous les membres de la famille.

Changement de contrat. Le membre participant peut faire procéder auprès de la Mutuelle, sur demande écrite, à un changement de contrat. Ce changement est possible au 1^{er} janvier de chaque année, et sous réserve d'une durée d'adhésion minimale de 3 ans pour le contrat Fortissimo, et de 2 ans pour les autres contrats.

Omission ou déclaration inexacte de bonne foi (Article L 221-15 du code de la mutualité). L'omission ou la déclaration inexacte du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin le premier jour du mois qui suit la date de la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article III. Adhésion

(a) Résiliation à l'initiative du membre participant

Le membre participant peut résilier son adhésion en respectant un préavis de deux mois avant l'échéance. Concrètement, le membre participant peut résilier son adhésion avant le 31 octobre au plus tard, la date d'échéance étant fixée au 1er janvier de l'année.

Lorsqu'il s'agit de l'adhésion au contrat collectif obligatoire du conjoint, la résiliation est effective à compter du premier jour du mois suivant la demande.

Lorsque l'échéancier de cotisation est adressé moins de quinze jours avant l'expiration du préavis de deux mois, ou lorsque cet avis 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 cet avis pour résilier son adhésion. Lorsque cette information n'a pas été communiquée par la Mutuelle, le membre participant peut mettre fin à son adhésion à tout moment, et sans pénalité, à compter de la date d'échéance (Article L 221-10-1 du code de la mutualité).

(b) Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut procéder à la résiliation de l'adhésion pour :

- **Défaut de paiement** (Article L 221-7 du code de la mutualité) par le membre participant, selon les dispositions prévues à cet effet à l'article V-d du règlement.
- **Exclusion** (selon les dispositions statutaires de la Mutuelle) du membre participant prononcé par le conseil d'administration de la Mutuelle, lorsque celui-ci a causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

- **Réticence ou fausse déclaration** (Article L 221-14 du code de la mutualité) du membre participant. Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

(c) Résiliation à l'initiative de la Mutuelle ou du membre participant (Article L221-17 du code de la mutualité)

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion, ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile ; changement de situation matrimoniale ; changement de profession ; retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant ou la Mutuelle lorsque cette adhésion avait pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa résiliation.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la date de réception de la notification.

La Mutuelle doit rembourser au membre participant 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.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle.

(d) Forme de la résiliation

La résiliation est effectuée par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège de la Mutuelle.

(e) Effet de la résiliation

Le membre participant doit retourner à la Mutuelle sa carte mutualiste. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation.

Article IV. Cotisations

(a) Détermination des cotisations

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles ou familiales dues par le membre participant, pour lui-même, et pour chacun des éventuels bénéficiaires. Les cotisations sont calculées par personne assurée.

Cotisations. Les cotisations sont payables d'avance, soit par prélèvement mensuel sur compte, soit au trimestre, au semestre ou à l'année civile.

Tout autre moyen de règlement peut être effectué, à l'exception du paiement par carte bancaire.

Cotisations des personnes adhérant à partir de 60 ans. Les personnes adhérant à partir de 60 ans, se voient appliquer une majoration de 9 euros par mois, s'ils ne peuvent justifier d'une assurance complémentaire santé antérieure.

Cotisations enfants. Les cotisations des enfants sont calculées de manière forfaitaire, jusqu'au 31 décembre de leur 25^{ème} anniversaire sous réserve des dispositions de l'article II alinéa 2.

Exonération de cotisation. Sont exonérés de cotisation les adhérents ou ayants-droits suivants :

- Gratuité à partir du 3^{ème} enfant,
- Enfants handicapés sur présentation de leur carte d'invalidité, justifiant d'un taux d'invalidité d'au moins 80%.

(b) Evolution des cotisations

Ajustement des cotisations. Au 1^{er} janvier, lorsque le membre participant et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable.

Augmentation des cotisations. Au 1^{er} janvier de chaque année ou en cours d'année, et en application des décisions adoptées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, les cotisations peuvent être augmentées selon :

- les dispositions législatives ou réglementaires prises par les pouvoirs publics,
- les dispositions prises par les Régimes Obligatoires,
- les résultats techniques fondés sur la consommation médicale des assurés, et/ou en fonction de la consommation médicale totale par habitant publiée.

L'augmentation des cotisations qui serait rendue nécessaire consécutivement au changement des conditions de remboursements des Régimes

Obligatoires ou dans le prolongement de décisions de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois intervenir en cours d'année.

(c) Recouvrement des cotisations

Le recouvrement des cotisations est assuré soit par prélèvement bancaire, soit par chèque, soit par mandat ou carte bancaire.

(d) Défaut de paiement des cotisations (article L 221-7 du code de la mutualité)

A défaut de paiement d'une cotisation due dans les dix jours de son échéance, et dès la connaissance du défaut de paiement par la Mutuelle, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure. La Mutuelle a le droit de suspendre ou résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant 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 ses effets pour l'avenir, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée.

Article V. Prestations

La Mutuelle assure en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations dont les montants, pour chacun des trois contrats, sont détaillés dans le tableau en article VII.

Les forfaits sont valables par année civile et par bénéficiaire.

Les dépenses de santé remboursées doivent correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et durant la période garantie. Le total des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire et de la Mutuelle est toujours strictement limité au montant des dépenses réellement engagées. Le cumul des prestations perçues ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

(a) Contenu des garanties

HOSPITALISATIONS

Hospitalisation. La Mutuelle intervient pour toute hospitalisation prise en charge par l'Assurance

Maladie Obligatoire. Le montant des remboursements varie selon que l'établissement hospitalier est conventionné ou non.

Frais de séjour et hospitalisation psychiatrique.

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à la charge de l'assuré après un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire.

S'il s'agit d'un établissement non conventionné, les frais de séjour seront remboursés dans la limite d'un montant exprimé en pourcentage de la base de remboursement retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Sont également pris en charge au titre de cette garantie les séjours et hospitalisations suivants, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire :

- Les séjours en établissements cliniques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures thermales avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- Les séjours relatifs à la désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants, et substances analogues,
- Toute hospitalisation pour motif psychiatrique.

La prise en charge s'effectue sur la base de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les frais de chambre particulière ainsi que le forfait journalier sont remboursés selon les contrats souscrits.

Actes en secteur hospitalier et honoraires chirurgicaux. Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation ou à une intervention chirurgicale dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations en annexe de l'article VII.

Chambre particulière. Prestation proposée par les établissements de santé permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé, s'il en formule la demande, dans une chambre particulière.

Forfait hospitalier. Le forfait est facturé par les établissements hospitaliers et sert à couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie. Dans le cadre :

- d'une hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie, la prise en charge est illimitée,
- d'un séjour en établissement spécialisé (Maisons d'enfants à caractère sanitaire, cliniques spécialisées en diététique, etc), la

prise en charge est de 30 jours par année civile et par assuré selon les contrats.

Frais d'accompagnant. En cas d'hospitalisation, le règlement mutualiste prévoit le versement d'un forfait exprimé par jour et par bénéficiaire de moins de 16 ans, prenant en charge, le cas échéant, les frais de repas et le lit de l'accompagnant, dans les limites fixées au tableau de prestations en annexe de l'article VII. Ces frais doivent être réglés sous le rang de l'enfant sur présentation de la (des) facture(s) et d'un bulletin d'hospitalisation de l'enfant de moins de 16 ans.

Aide à domicile. Sur présentation d'un document justifiant d'une hospitalisation minimum de 5 jours consécutifs, un forfait sous forme de chèques CESU (Chèques Emploi Service) indiqué au tableau de l'annexe VII, est accordé à tout membre participant par année civile. Tout cas particulier sera étudié par la Commission de secours exceptionnels, ou la Direction de la Mutuelle en cas d'urgence.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux, consultations et visites. Les garanties Honoraires Médicaux, Consultations, Visites pratiqués pour une consultation au cabinet d'un médecin, spécialistes ou professeurs ou pour une visite effectuée par ces derniers au domicile de l'assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier, donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe article VII.

Pour les autres consultations et visites réalisées « hors parcours de soins coordonnés », elles ne donnent pas lieu à la prise en charge de la hausse du ticket modérateur (c'est à dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables.

Actes de spécialités. Les actes techniques médicaux sont des actes de spécialités effectués hors hospitalisation et donnent lieu à un remboursement dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe article VII, suite à un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Majorations pour frais de déplacements, actes de nuit ou le dimanche et frais d'urgence. Les remboursements sont pris en charge dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII, suite à un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Analyses, actes de biologie et radiologie. Les frais d'analyses, d'actes de biologie et de radiologie sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire donnant ainsi lieu à un remboursement de la mutuelle dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII.

Auxiliaires médicaux. Il s'agit des honoraires des podologues, orthophonistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthoptistes qui sont pris en charge. Ces frais doivent faire l'objet d'un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire, donnant ainsi lieu à un remboursement de la mutuelle dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII.

Frais de transport. Les frais de transport ne sont remboursés que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et d'un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, et dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII.

Pharmacie. La Mutuelle prend en charge les produits et médicaments à vignettes blanches, orange et bleues, ainsi que l'homéopathie remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, déduction faite de la franchise médicale,

Prothèses et petit appareillage. Il s'agit des biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) et remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire. Sont pris en charge par la Mutuelle, le remboursement du petit appareillage et les frais liés aux accessoires restant à charge après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans les limites fixées au tableau des prestations et du prix payé. Les produits remboursés par la Mutuelle sont ceux du :

- Titre I : aliments diététiques sans gluten (GLU), matériels et appareils de contention (MAC), matériels et appareils pour traitements divers (MAD) (CAP),
- Titre II : orthèses (PA) (SO), prothèses externes non orthopédiques (PEX), prothèses oculaires et faciales (POC), podo-orthèses (COR)

Les prothèses d'orthopédie, auditives, mammaires ainsi que le grand appareillage pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire sont remboursés dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII par année civile et par assuré.

DENTAIRE

Soins. Ensemble des actes du chirurgien-dentiste qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : consultations, soins conservateurs tels que détartrage ou traitement

de caries, soins chirurgicaux essentiels. Les honoraires payés pour la consultation d'un chirurgien-dentiste ou d'un médecin stomatologiste ainsi que les frais de soins dentaires qui comprennent les soins conservateurs et les soins chirurgicaux sont remboursables dans la limite de la participation prévue au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII, à la condition qu'ils fassent l'objet d'un remboursement partiel de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Prothèses dentaires et frais d'orthodontie. Les frais liés à l'achat et/ou la pose de prothèses dentaires remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge dans la limite du montant prévu au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII, et sans plafond annuel. Les frais liés à l'achat de prothèses dentaires non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge dans la limite du forfait prévu au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII, y compris pour les gouttières de sur-occlusion, pour les contrats Tempo et Fortissimo uniquement. Pour ces mêmes contrats, les frais liés à des soins de parodontologie et à la pose d'implants sont pris en charge. Les frais d'orthodontie remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire sont pris en charge dans la limite du montant prévu au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII, pour les options Tempo et Fortissimo uniquement.

OPTIQUE

Les frais liés à l'achat des verres et de montures remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, et à l'achat des lentilles acceptées ou refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire, ainsi que les frais liés à la chirurgie corrective et réfractive pour le traitement de la myopie, de l'hypermétropie, et de la presbytie, sont pris en charge dans la limite du montant du forfait prévu au tableau de prestations de l'annexe de l'article VII.

Les remboursements des frais d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique se font dans le respect des conditions prévues par l'article R.871-2-3° du Code de la sécurité sociale.

CURES THERMALES

Les cures thermales acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire donnent lieu au remboursement de soins, honoraires, des frais de transport et de séjours dans la limite de 100% de la base de remboursement retenue par l'Assurance Maladie Obligatoire. Un forfait hébergement est versé pour les options Tempo et Fortissimo selon le tableau de prestations de l'annexe de l'article VII.

ACTES, SOINS et MEDICAMENTS NON PRIS EN CHARGE

La Mutuelle prend en charge des dépenses non remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite de forfaits indiqués dans le tableau de prestations de l'annexe de l'article VII et concernant :

- l'amniocentèse,
- les médecines douces suivantes : ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, pédicurie, podologie, acupuncture, diététique nutritionniste, psychologue,
- contraception et arrêt du tabac.

BONUS NAISSANCE

Ce bonus est attribué lors de l'adhésion des deux premiers enfants à leur date de naissance. La naissance doit être signalée dans un délai de 3 mois.

La cotisation du troisième enfant est gratuite.

Ce bonus correspond à des mois d'adhésion gratuits variables selon le contrat applicable (cf. tableaux des prestations de l'annexe de l'article VII)

Les mêmes dispositions sont applicables à l'adoption.

Les adhérents au contrat Simplissimo ne bénéficient pas du bonus naissance.

(b) L'éligibilité au « contrat responsable »

Afin de respecter les exigences de la législation sur les contrats dits responsables, tels que définis par les articles L.871.1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale, la mutuelle ne prend pas en charge notamment :

- les participations, forfaitaires ou non, et les franchises annuelles laissées obligatoirement à la charge de la personne garantie en application de l'article L.322-2 ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans lui avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités,
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation donné par le patient au professionnel de santé d'accéder à son dossier médical personnel ou de le compléter,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

(c) Le paiement des prestations

Remboursements. Pour chaque garantie, le montant des remboursements est défini aux tableaux en annexe en fonction du niveau que le membre participant a souscrit et de la nature des dépenses médicales.

Les montants de remboursement sont exprimés en pourcentage du tarif en vigueur fixé par l'Assurance Maladie Obligatoire (Base de Remboursement) ; ou sous la forme de forfaits, valables par année d'adhésion et par assuré.

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et dans la limite des garanties. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par télétransmission avec la Mutuelle, une liaison informatique achemine directement l'image des décomptes à partir desquels la Mutuelle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction du contrat choisi.

Dans les autres cas, le membre participant doit adresser à la Mutuelle :

- les originaux des décomptes délivrés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les notes ou factures acquittées, avec cachet et signature du professionnel de santé, détaillant les actes, les prestations réalisées, les montants payés, les montants de base de remboursement et les pourcentages d'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire, le nom, prénom et adresse du bénéficiaire ainsi que son numéro de Sécurité sociale,
- les notifications de non prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire pour des prestations qui pourraient être accordées dans la limite de la participation prévue au tableau de l'annexe de l'article VII,
- toutes pièces portées sur les notes d'information des garanties en inclusion ou en option qui auraient pu être souscrites, nécessaires à l'instruction et au paiement des prestations.

Prestations dues. Les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements relatifs aux affections dont la première constatation médicale a eu lieu à compter de la date d'adhésion, et si les soins sont dispensés avant la date de prise d'effet de la suspension du contrat ou de la résiliation, sous réserve que le membre participant soit à jour du paiement de ses cotisations.

Pour les soins engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base des tarifs de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français, qui figurent dans la nomenclature des actes de la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).

(d) Service de tiers-payant

Ce service permet au membre participant de ne pas régler les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et par le règlement mutualiste auprès des professionnels de santé acceptant le tiers-payant. Cette dispense de paiement est limitée au montant de la Base de Remboursement ou des forfaits prévus au tableau de prestations en annexe. Pour ce faire, la Mutuelle adresse une carte de tiers payant à l'adhésion.

L'adhésion de la Mutuelle à une union mutualiste du Livre III du code de la Mutualité, donne au membre participant accès aux services mutualistes de cette union, et bénéficie du tiers payant et de prestations médicales.

Le membre participant qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties, s'engage à restituer immédiatement à la Mutuelle sa carte mutualiste en cours de validité.

Article VI. Dispositions diverses

(a) Prescription

Toute action dérivant du présent règlement mutualiste se prescrit dans un délai de 2 ans à compter de l'évènement qui lui donne naissance, conformément aux articles L 221-11 et L 211-12 du code de la Mutualité. La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, une saisie ou un commandement de payer,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'une prestation.

(b) Réclamation et médiation

Toute réclamation peut être adressée par courrier, téléphone, courriel ou physiquement auprès de l'une

de nos agences. Une réponse sera apportée à l'adhérent dans un délai de deux semaines maximum.

En cas de litige dans l'application du règlement mutualiste, si le membre participant souhaite contester la réponse apportée à sa réclamation, il peut adresser une réclamation écrite au Directeur de la Mutuelle.

Après avoir épuisé toutes les procédures internes de règlement amiable du litige, contractuelles ou autres, propres à la Mutuelle contre laquelle est dirigée la réclamation, et si les tribunaux n'ont pas été saisi, le membre participant peut saisir le médiateur de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF). Cette médiation, organisée conformément à l'article 72 des statuts de la FNMF et au règlement de la Médiation Fédérale Mutualiste, est écrite et gratuite pour le membre participant qui doit adresser son dossier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur
Médiation Fédérale Mutualiste
255 rue Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

L'avis écrit et motivé du Médiateur s'impose à la Mutuelle.

(c) Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou partagée.

(d) Informatique et Libertés

Conformément aux dispositions de la loi du 6 Janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Mutuelle.

(e) Contrôle de la mutuelle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 9.

Annexe 1 : Garanties

| GARANTIE MODERATO | | | |
|--|------------------|---|---|
| <i>Prestations incluant le remboursement du régime obligatoire. Les pourcentages indiqués s'entendent en pourcentage de la base de remboursement fixée par acte médical par la Sécurité sociale et consultable sur ameli.fr.</i> | Sécurité sociale | Mutuelle MHV | Sécurité sociale + Mutuelle MHV |
| HOSPITALISATION | | | |
| Frais de séjour | 80% | 20% | 100% |
| Honoraires - médecins adhérant au CAS | 80% | 20% | 100% |
| Honoraires - médecins n'adhérant pas au CAS | 80% | 20% | 100% |
| Chambre particulière (limité à 30j/an) | - | 23 € par jour | 23 € par jour |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (MCOO, SSR, PSY) ** Autres établissements : limité à 30 jours par an* ✓ | - | 100% | 100% |
| Aide à domicile par chèques CESU si hospi ≥ à 5 jours ✓ | - | 180 € | 180 € |
| SOINS | | | |
| Visites et Consultations - médecins adhérant au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Visites et Consultations - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Radiologie - médecins adhérant au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Radiologie - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Analyses | 60% | 40% | 100% |
| Auxiliaires médicaux | 60% | 40% | 100% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Pharmacie - Vignettes blanches/bleues/orange | 65/30/15% | 35/70/85% | 100% |
| Petit appareillage | 60% | 40% | 100% |
| Forfait patient | - | 18 € | 18 € |
| DENTAIRE | | | |
| Soins | 70% | 30% | 100% |
| Inlays et Onlays | 70% | 30% | 100% |
| Prothèses prises en charge par la Sécurité Sociale (Pas de plafond annuel) | 70% | 80% | 150% |
| Orthodontie | 70% / 100% | 30% / - | 100% |
| OPTIQUE (1) | | | |
| Monture + 2 verres simples (a) | 60% | 40% + 100 € | 100% + 100 € |
| Monture + 2 verres complexes (b,d) | 60% | 40% + 150 € | 100% + 150 € |
| Monture + 2 verres très complexes (c,e,f) | 60% | 40% + 200 € | 100% + 200 € |
| Lentilles acceptées, refusées, jetables ✓ | 60% | 40% + 46€/an* | 100% + 46€/an* |
| CURES THERMALES | | | |
| Honoraires | 70% | 30% | 100% |
| Frais de traitement | 65% | 35% | 100% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Hébergement ✓ | 65% | 35% | 100% |
| ACTES DE PREVENTION au sens des dispositions fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 | | | |
| Vaccins ✓ | - | 100% | 100% |
| Ostéodensitométrie ✓ | - | 50 € par an* | 50 € par an* |
| Dépistage de l'hépatite B ✓ | - | 100% | 100% |
| ACTES ET SOINS non pris en charge | | | |
| Evaluation initiale McKenzie ✓ | - | 25 € par an* | 25 € par an* |
| Ostéopathie/Chiropractie/Etiopathie/Pédicure/Podologue/Nutritionniste/ Diététicien/Acupuncture/Psychologue ✓ | - | 80 € par an* | 80 € par an* |
| Pilule 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération/Autre moyen contraceptif/ Aide à l'arrêt du tabac ✓ | - | 50 € par an* | 50 € par an* |
| AUTRES PRESTATIONS | | | |
| Bonus naissance | - | 1 mois de cotisations gratuite*** | 1 mois de cotisations gratuite*** |
| Secours Exceptionnels et Fonds Social | - | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale |

GARANTIE TEMPO

Prestations incluant le remboursement du régime obligatoire. Les pourcentages indiqués s'entendent en pourcentage de la base de remboursement fixée par acte médical par la Sécurité sociale et consultable sur ameli.fr.

| | Sécurité sociale | Mutuelle MHV | Sécurité sociale + Mutuelle MHV |
|---|------------------|--|---|
| HOSPITALISATION | | | |
| Frais de séjour | 80% | 40% | 120% |
| Honoraires - médecins adhérant au CAS | 80% | 40% | 120% |
| Honoraires - médecins n'adhérant pas au CAS | 80% | 20% | 100% |
| Chambre particulière (limité à 90j/an, sauf Ets spécialisés 30j/an) | - | 47 € par jour | 47 € par jour |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (MCOO, SSR, PSY) ** | - | 100% | 100% |
| Autres établissements : limité à 30 jours par an* | - | 180 € | 180 € |
| Aide à domicile par chèques CESU si hospi ≥ à 5 jours ✓ | - | 180 € | 180 € |
| Frais d'accompagnant enfant jusqu'à 16 ans (limité à 30j/an) ✓ | - | 16 € par jour | 16 € par jour |
| SOINS | | | |
| Visites et Consultations - médecins adhérant au CAS | 70% | 50% | 120% |
| Visites et Consultations - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Radiologie - médecins adhérant au CAS | 70% | 50% | 120% |
| Radiologie - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 30% | 100% |
| Analyses | 60% | 60% | 120% |
| Auxiliaires médicaux | 60% | 60% | 120% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Pharmacie - Vignettes blanches/bleues/orange | 65/30/15% | 35/70/85% | 100% |
| Prothèses auditives - Forfait par prothèse (2 prothèses/an)* ✓ | 60% | 40% + 200 € | 100% + 200 € |
| Prothèses auditives enfants de moins de 20ans | 60% | 40% | 100% |
| Petit appareillage | 60% | 90% + 200 € par prothèse capillaire 200 € par prothèse mammaire 23 € par semelle orthopédique | 150% + 200 € par prothèse capillaire 200 € par prothèse mammaire 23 € par semelle orthopédique |
| Forfait patient | - | 18 € | 18 € |
| DENTAIRE | | | |
| Soins | 70% | 50% | 120% |
| Inlays et Onlays | 70% | 50% | 120% |
| Prothèses prises en charge par la Sécurité Sociale (Pas de plafond annuel) | 70% | 180% | 250% |
| Prothèses non prises en charge par la Sécurité Sociale ✓ | - | 125 € par an* | 125 € par an* |
| Implants non pris en charge par la Sécurité Sociale ✓ | - | 210 € par implant (2/an)* | 210 € par implant (2/an)* |
| Parodontologie ✓ | - | 100 € par an* | 100 € par an* |
| Orthodontie | 70% / 100% | 130% / 100% | 200% |
| OPTIQUE (1) | | | |
| Monture et verres adulte (dont prise en charge maximum pour les montures de 150€ - un équipement tous les 2 ans) | | | |
| Monture + 2 verres simples (a) | 60% | 40% + 250 € | 100% + 250 € |
| Monture + 2 verres complexes (b,d) | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Monture + 2 verres très complexes (c,e,f) | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Monture et verres enfant (dont prise en charge maximum pour les montures de 150€ - un équipement par an) | | | |
| Monture + 2 verres simples (a) | 60% | 40% + 200 € | 100% + 200 € |
| Monture + 2 verres complexes (b,d) | 60% | 40% + 240 € | 100% + 240 € |
| Monture + 2 verres très complexes (c,e,f) | 60% | 40% + 240 € | 100% + 240 € |
| Lentilles acceptées, refusées, jetables ✓ | 60% | 40% + 100€/an* | 100% + 100€/an* |
| Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, presbytie) ✓ | - | 190€/an* | 190€/an* |
| CURES THERMALES | | | |
| Honoraires | 70% | 30% | 100% |
| Frais de traitement | 65% | 35% | 100% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Hébergement ✓ | 65% | 35% + 46 € | 100% + 46 € |
| ACTES DE PREVENTION au sens des dispositions fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 | | | |
| Vaccins ✓ | - | 100% | 100% |
| Ostéodensitométrie ✓ | - | 50 € par an* | 50 € par an* |
| Dépistage de l'hépatite B ✓ | - | 100% | 100% |
| ACTES ET SOINS non pris en charge | | | |
| Evaluation initiale McKenzie ✓ | - | 25 € par an* | 25 € par an* |
| Ostéopathie/Chiropractie/Etiopathie/Pédicurie/Podologue/Nutritionniste/ Diététicien/Acupuncture/Psychologue ✓ | - | 120 € par an* | 120 € par an* |
| Pilule 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération/Autre moyen contraceptif/ Aide à l'arrêt du tabac ✓ | - | 60 € par an* | 60 € par an* |
| Amniocentèse ✓ | - | 100 € | 100 € |
| AUTRES PRESTATIONS | | | |
| Bonus naissance | - | 4 mois de cotisations gratuites*** | 4 mois de cotisations gratuites*** |
| Secours Exceptionnels et Fonds Social | - | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale |

| GARANTIE FORTISSIMO | | | |
|--|-------------------------|--|---|
| <i>Prestations incluant le remboursement du régime obligatoire. Les pourcentages indiqués s'entendent en pourcentage de la base de remboursement fixée par acte médical par la Sécurité sociale et consultable sur ameli.fr.</i> | Sécurité sociale | Mutuelle MHV | Sécurité sociale + Mutuelle MHV |
| HOSPITALISATION | | | |
| Frais de séjour | 80% | 40% | 120% |
| Honoraires - médecins adhérant au CAS | 80% | 40% | 120% |
| Honoraires - médecins n'adhérant pas au CAS | 80% | 20% | 100% |
| Chambre particulière (limité à 90j/an, sauf Ets spécialisés 30j/an) | - | 47 € par jour | 47 € par jour |
| Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée (MCOO, SSR, PSY) ** | - | 100% | 100% |
| Autres établissements : limité à 30 jours par an* | - | - | - |
| Aide à domicile par chèques CESU si hospi ≥ à 5 jours ✓ | - | 180 € | 180 € |
| Frais d'accompagnant enfant jusqu'à 16 ans (limité à 30j/an) ✓ | - | 20 € par jour | 20 € par jour |
| SOINS | | | |
| Visites et Consultations - médecins adhérant au CAS | 70% | 60% | 130% |
| Visites et Consultations - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 40% | 110% |
| Radiologie - médecins adhérant au CAS | 70% | 60% | 130% |
| Radiologie - médecins n'adhérant pas au CAS | 70% | 40% | 110% |
| Analyses | 60% | 70% | 130% |
| Auxiliaires médicaux | 60% | 70% | 130% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Pharmacie - Vignettes blanches/bleues/orange | 65/30/15% | 35/70/85% | 100% |
| Prothèses auditives - Forfait par prothèse (2 prothèses/an)* ✓ | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Prothèses auditives enfants de moins de 20ans | 60% | 40% | 100% |
| Petit appareillage | 60% | 90% + 250 € par prothèse capillaire 250 € par prothèse mammaire 26 € par semelle orthopédique | 150% + 250 € par prothèse capillaire 250 € par prothèse mammaire 26 € par semelle orthopédique |
| Forfait patient | - | 18 € | 18 € |
| DENTAIRE | | | |
| Soins | 70% | 60% | 130% |
| Inlays et Onlays | 70% | 60% | 130% |
| Prothèses prises en charge par la Sécurité Sociale (Pas de plafond annuel) | 70% | 230% | 300% |
| Prothèses non prises en charge par la Sécurité Sociale ✓ | - | 200 € par an* | 200 € par an* |
| Implants non pris en charge par la Sécurité Sociale ✓ | - | 300 € par implant (2/an)* | 300 € par implant (2/an)* |
| Parodontologie | - | 120 € par an* | 120 € par an* |
| Orthodontie | 70% / 100% | 180% / 150% | 250% |
| OPTIQUE(1) | | | |
| Monture et verres adulte (dont prise en charge maximum pour les montures de 150€ - un équipement tous les 2 ans) | | | |
| Monture + 2 verres simples (a) | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Monture + 2 verres complexes (b,d) | 60% | 40% + 350 € | 100% + 350 € |
| Monture + 2 verres très complexes (c,e,f) | 60% | 40% + 400 € | 100% + 400 € |
| Monture et verres enfant (dont prise en charge maximum pour les montures de 150€ - un équipement par an) | | | |
| Monture + 2 verres simples (a) | 60% | 40% + 250 € | 100% + 250 € |
| Monture + 2 verres complexes (b,d) | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Monture + 2 verres très complexes (c,e,f) | 60% | 40% + 300 € | 100% + 300 € |
| Lentilles acceptées, refusées, jetables ✓ | 60% | 40% + 140€/an* | 100% + 140€/an* |
| Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, presbytie) ✓ | - | 250€/an* | 250€/an* |
| CURES THERMALES | | | |
| Honoraires | 70% | 30% | 100% |
| Frais de traitement | 65% | 35% | 100% |
| Transport | 65% | 35% | 100% |
| Hébergement ✓ | 65% | 35% + 70 € | 100% + 70 € |
| ACTES DE PREVENTION au sens des dispositions fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 | | | |
| Vaccins ✓ | - | 100% | 100% |
| Ostéodensitométrie ✓ | - | 60 € par an* | 60 € par an* |
| Dépistage de l'hépatite B ✓ | - | 100% | 100% |
| ACTES ET SOINS non pris en charge | | | |
| Evaluation initiale McKenzie ✓ | - | 25 € par an* | 25 € par an* |
| Ostéopathie/Chiropractie/Etiopathie/Pédicurie/Podologue/Nutritionniste/ Diététicien/Acupuncture/Psychologue ✓ | - | 160 € par an* | 160 € par an* |
| Pilule 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération/Autre moyen contraceptif/ Aide à l'arrêt du tabac ✓ | - | 70 € par an* | 70 € par an* |
| Amniocentèse ✓ | - | 120 € par an* | 120 € par an* |
| AUTRES PRESTATIONS | | | |
| Bonus naissance | - | 5 mois de cotisations gratuites*** | 5 mois de cotisations gratuites*** |
| Secours Exceptionnels et Fonds Social | - | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale | Dossier soumis à la commission d'Action Sociale |

Renvois

LEXIQUE

CAS : Contrat d'accès aux soins

CONTRAT RESPONSABLE : Dans le cadre du « Contrat Responsable », les majorations liées au non-respect du parcours de soins ainsi que les franchises instaurées sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires ne seront pas prises en charge par la MHV.

RENOIS

✓ Sur présentation de facture

* Limitation par année civile

** Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et en Psychiatrie (PSY).

*** La gratuité concerne la cotisation de l'enfant.

(1) Une paire de lunette (monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de changement d'acuité visuelle et pour les mineurs. Les forfaits "Monture" et "Verres" sont à considérer en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale.

Le montant maximal pour le remboursement des montures est de 150 €.

Détail du poste optique :

| Catégorie | Equipement | Verres associés |
|-----------|--|---|
| A | Equipement composé de 2 verres "simples" | Verres simple foyer dont la sphère est [-6 et +6] et le cylindre <=4 |
| B | Equipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "complexe" | Equipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie C |
| C | Equipement composé de 2 verres "complexes" | Verres simple foyer dont la sphère est]-6 à +6[ou cylindre >4 Verres multifocaux ou progressifs |
| D | Equipement mixte composé d'un verre "simple" et d'un verre "très complexe" | Equipement composé d'un verre de catégorie A et d'un verre de catégorie F |
| E | Equipement mixte composé d'un verre "complexe" et d'un verre "très complexe" | Equipement composé d'un verre de catégorie C et d'un verre de catégorie F |
| F | Equipement composé de 2 verres "très complexes" | Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est]-8 à +8[Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est]-4 à +4[|

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base de remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé est limité à la dépense engagée.