



# Mutuelle de France des Hospitaliers

## REGLEMENT MUTUALISTE

Validé au conseil d'administration du 7 décembre 2023



**Mutuelle de France des Hospitaliers**

CHU Grenoble-Alpes - Avenue du Maquis Grésivaudan - 38700 La Tronche  
Adresse postale : CHU Grenoble - CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX

Tél. : 04.76.15.27.80 - Fax : 04.76.15.27.79  
Contact@M-F-H.fr

TITRE I –DISPOSITIONS GENERALES.....	3
ARTICLE 1 : OBJET .....	3
ARTICLE 2 : GARANTIES .....	3
ARTICLE 3 : CONTRAT RESPONSABLE .....	4
ARTICLE 4 : BENEFICIAIRES .....	4
ARTICLE 5 : CONDITIONS D’ADHESION.....	5
ARTICLE 6 : RENONCIATION.....	5
ARTICLE 7 : COTISATIONS .....	6
TITRE II : LES GARANTIES .....	7
ARTICLE 8 : ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES.....	7
ARTICLE 9 : CARACTERE INDEMNITAIRE DES PRESTATIONS.....	7
ARTICLE 10 : MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE .....	8
ARTICLE 11 : TIERS PAYANT .....	8
ARTICLE 12 : REGLEMENT DES PRESTATIONS.....	8
ARTICLE 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS INDUES .....	9
ARTICLE 14 : SUBROGATION.....	9
ARTICLE 15 : PRESCRIPTION.....	9
ARTICLE 16 : RESILIATION A L’INITIATIVE DE L’ADHERENT .....	10
ARTICLE 17 : RESILIATION A L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE POUR NON-PAIEMENT DES COTISATIONS .....	11
ARTICLE 18 : FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE DE L’ADHERENT - CONSEQUENCES.....	11
TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES .....	12
ARTICLE 19 : COMMISSION DE SECOURS .....	12
ARTICLE 20 : RECLAMATION .....	12
ARTICLE 21 : MEDIATION.....	13
ARTICLE 22 : FORCLUSION .....	13
ARTICLE 23 : LCB-FT - Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du terrorisme .....	13
ARTICLE 24 : LOI APPLICABLE .....	13
Article 25 : TERRITORIALITE.....	14
ARTICLE 26 : PROTECTION DES DONNEES - RGPD.....	14
ARTICLE 27 : AUTORITE DE CONTROLE.....	15
GRILLE DES PRESTATIONS 2024.....	16

La Mutuelle de France des Hospitaliers dite MFH est une Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du code de la Mutualité inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 397 742 958.

La mutuelle a conclu une convention de substitution avec l'Union de réassurance et de Substitution Sociale (UR2S), immatriculée à l'INSEE sous le numéro SIREN 453 112 960, pour l'ensemble des opérations et des branches qu'elle pratique.

En application des dispositions de l'article L 211-5 du Code de la Mutualité, l'UR2S donne à la Mutuelle une caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale.

## TITRE I –DISPOSITIONS GENERALES

### ARTICLE 1 : OBJET

Le présent Règlement mutualiste santé définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations dans le cadre d'une adhésion à titre individuel à une garantie de frais de santé liée à de la maladie ou de la maternité.

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, de garanties supplémentaires.

### ARTICLE 2 : GARANTIES

Les garanties individuelles, proposées par la Mutuelle et objet du présent Règlement : assurent aux bénéficiaires tels que définis à l'article 3, en cas de maladie ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

En fonction des grilles, les prestations sont servies conformément aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

Ne peuvent donc donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,
- les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration du Ticket Modérateur prévue par 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 médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).

### ARTICLE 3 : LE CONTRAT RESPONSABLE

La garantie complémentaire santé est solidaire (absence de questionnaire médical) et elle s'applique dans les conditions et limites fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale issus du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, qui définissent le statut de « contrat responsable ».

À ce titre, le contrat responsable prend en charge l'intégralité de la participation des assurés, c'est-à-dire le ticket modérateur, définie à l'article R.322-1 du Code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations couverts par l'assurance maladie obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention.

Il doit prendre en charge sans limitation de durée le forfait journalier hospitalier.

La réforme 100% santé ajoute l'obligation de rembourser la totalité du reste à charge des assurés sur certains équipements dès lors qu'ils font partis des paniers 100 % santé, encadrés par des prix limite de vente.

La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire et la franchise mentionnées au II et III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, les majorations de participation visées aux articles L.162-5-3 et L.161-36.2 du même code.

Le contrat responsable prévoit:

Les garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

L'encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins ne peut excéder 100 % du tarif de responsabilité ;

- la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins.

L'encadrement de la prise en charge des équipements d'optique médicale selon des conditions de planchers et de plafonds fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Cette prise en charge est limitée à 2 ans par assuré et par équipement pour les assurés de 16 ans et plus (*1 paire de lunettes, monture + verres tous les deux ans*) et 1 an pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue du patient (*constaté par certificat médical*).

### ARTICLE 4 : BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- Le membre participant
- Les ayants droit du membre participant

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

1.- les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité ou une attestation sur l'honneur de vie commune ;

2.- les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au 1, jusqu'à 26 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement;

3. - les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au 1., titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement ;

#### ARTICLE 5 : CONDITIONS D'ADHESION

Conformément aux dispositions de l'article L 221-4 du Code de la Mutualité, la Mutuelle doit remettre au membre participant un exemplaire à jour des Statuts et du présent Règlement qui exposent leurs droits et obligations réciproques préalablement à la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie. Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.

Par la suite, en fonction de l'évolution de sa situation de famille, le membre participant pourra désigner des ayants droits ou en ajouter. Pour ce faire, il devra adresser à la Mutuelle une demande écrite de couverture du ou des Ayant(s)-Droit concerné(s) à laquelle il joindra l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) Ayant(s)-Droit concernés.

Il est rappelé que :

- Tous les Ayants droit doivent être ressortissants du régime général de la Sécurité sociale ou assimilé.
- Les Garanties des Ayants droit sont identiques à celles du membre participant.

Un droit d'entrée égal au montant de la cotisation mensuelle est perçu avant l'entrée effective de l'adhérent.

#### ARTICLE 6 : RENONCIATION

- En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation qui peut être exercé dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure.

Dans le respect de ce délai, il pourra procéder à la renonciation de ce contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté.

- En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Elle peut mettre en œuvre ce droit par l'envoi d'un papier libre dénué de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Afin d'exercer ce droit de renonciation, l'Adhérent doit adresser sa demande à l'adresse suivante : **MFH - CHU Grenoble Alpes - CS 10217 - 38043 GRENOBLE CEDEX**, Exemple de lettre type de renonciation : « Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro de contrat) à la Mutuelle. (Date et signature de l'adhérent). »

- En cas de commercialisation dans le cadre de la vente hors établissement : conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du code de la consommation, l'Adhérent dispose d'un droit de rétractation dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du contrat. Le jour où le contrat est conclu n'est pas compté dans le délai qui commence à courir au début de la première heure du premier jour et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. La faculté de rétractation peut notamment être exercée par l'envoi du bordereau détachable figurant sur le Bulletin d'Adhésion.

## ARTICLE 7 : COTISATIONS

Le montant de la cotisation mensuelle est fixé annuellement par le Conseil d'Administration. Il peut être modulé conformément aux dispositions prévues à l'article L. 112-1 du Code de la Mutualité.

Le montant des cotisations modifiées est applicable au 1er janvier de chaque année.

Des modifications en cours d'année peuvent également intervenir :

- dans l'éventualité où des modifications substantielles du régime d'Assurance Maladie entraîneraient une augmentation importante des prestations ;
- en cas de modification des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu. Le premier prélèvement est un droit d'entrée. Le calcul du droit d'entrée est en fonction de la composition familiale au moment de l'enregistrement de l'adhésion et équivaut à la cotisation du mois M+1.

En cas de décès d'un bénéficiaire, les cotisations perçues au titre de périodes mensuelles ultérieures à l'évènement sont remboursées.

Pour les membres honoraires, personnes physiques, la cotisation annuelle est annexée avec le tableau des cotisations en vigueur ou envoyée à la fin de l'année avec l'échéancier annuel.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du membre participant, de la durée d'appartenance à la mutuelle, du régime de sécurité sociale d'affiliation et du nombre de personnes protégées. Le millésime de l'âge du membre participant est obtenu par la différence entre l'année en cours et l'année de naissance, sans tenir compte de l'incidence du mois de naissance.

Les deux premiers enfants paient une cotisation complète définie par l'assemblée générale annuelle. Le troisième enfant et les suivants, bénéficient de la gratuité de cotisation.

Le montant de leur cotisation est obligatoirement opéré en précompte sur leurs fiches de paie, sous condition d'une convention conclue à cet effet entre la mutuelle et leur employeur ou sur leurs bulletins de paiement de pension CNRACL, sous condition d'une convention conclue entre la mutuelle et la CNRACL, ou, à défaut, par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent, après signature de celui-ci d'un mandat de prélèvement SEPA. Elle peut être réglée par chèque ou virement à l'occasion d'une régularisation.

## TITRE II : LES GARANTIES

### ARTICLE 8 : ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Si la mutuelle accepte la demande d'Adhésion, elle envoie au membre participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les délais d'attente éventuels et la date d'effet des garanties.

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet.

L'adhésion ne prendra effet qu'à réception par la Mutuelle de l'ensemble des pièces justificatives mentionnées au bulletin d'adhésion.

### ARTICLE 9 : CARACTERE INDEMNITAIRE DES PRESTATIONS

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie ou une maternité ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit. Le membre participant s'engage, sur simple demande de la mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des vingt-quatre derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle. En cas de pluralité de contrats garantissant le membre participant, conformément à l'article 2 alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, si le membre participant souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la mutuelle.

Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des assureur(s) complémentaire santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité sociale et par le ou les assureur(s) santé de premier niveau dans les limites précédemment exposées

## ARTICLE 10 : MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

L'ensemble des garanties définies au présent règlement mutualiste ont été fixées compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet.

Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'Assemblée Générale, ou le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance des membres participants.

Chaque garantie pouvant être modifiée à tout moment dans les conditions prévues aux statuts.

## ARTICLE 11 : TIERS PAYANT

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...) en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle.

Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle. Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction du niveau de garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

## ARTICLE 12 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

Lorsque les demandes de remboursement n'ont pas fait l'objet de transmission par flux informatique, la Mutuelle ne procèdera à leur règlement que si elles sont accompagnées :

- des décomptes originaux du régime obligatoire d'assurance maladie et/ou de tout organisme complémentaire d'assurance maladie,
- des factures et reçus acquittés accompagnant les pièces justificatives des sommes engagées,
- dans le cadre de soins ou fournitures refusées par le régime de base, il convient d'adjoindre également la facture originale acquittée, la prescription médicale et/ou la copie du refus dudit régime.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge de l'Assuré. En cas de déclaration frauduleuse, la mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

## ARTICLE 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS INDUES

La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indues payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

## ARTICLE 14 : SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables. Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. 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 ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident.

Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

## ARTICLE 15 : 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'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, 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 de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent 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 de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire 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 20 du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

#### ARTICLE 16 : RESILIATION A L'INITIATIVE DE L'ADHERENT

Toute adhésion est souscrite pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours puis se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1<sup>er</sup> janvier, sauf résiliation :

- à la date d'échéance, conformément à l'article L221-10 du code de la mutualité

Dans ce cas, la demande de résiliation est soumise au respect d'un préavis de deux mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

- dans les conditions de la loi Châtel prévue 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 est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant 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.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de la demande.
- en cours d'année en cas de changement de situation du membre participant en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité.

Dans ce cas, 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.

- En cas de décès du membre participant

En cas de décès du Membre Participant, de l'un ou plusieurs de ses Ayants-Droit, il est mis fin au contrat le premier jour du mois suivant la survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues au présent règlement.

Dans tous les cas, la notification de la dénonciation ou de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre à l'adresse de la mutuelle, MFH CHU GRENOBLE ALPES CS 10217 38043 GRENOBLE CEDEX 09 ou tout autre support durable à l'adresse mail [contact@m-f-h.fr](mailto:contact@m-f-h.fr);
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle;
- Soit par acte extrajudiciaire ;

#### **ARTICLE 17 : RESILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE POUR NON-PAIEMENT DES COTISATIONS**

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 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 trente jours après l'envoi d'une mise en demeure à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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 venue à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Conformément à l'article 9 des statuts, le Conseil d'administration, sur avis motivé de la commission sociale de la mutuelle, peut surseoir à l'application de ces dispositions, sur demande écrite au Président, pour les membres participants qui amènent la preuve des circonstances qui les ont empêchés d'effectuer le paiement des cotisations.

La radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation de ses ayants droit.

#### **ARTICLE 18 : FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE DE L'ADHERENT - CONSEQUENCES**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée :

- avant toute réalisation du risque, la mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation.

À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus.

- 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.

## TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 19 : COMMISSION DE SECOURS

Il est créé au sein de la mutuelle un fonds d'action sociale dénommé « Commission sociale ». La Commission d'action sociale est dotée à cet effet d'un budget annuel proposé par le Conseil d'administration, et soumis à l'approbation de l'Assemblée générale qui est affecté au versement des Aides Exceptionnelles.

L'action sociale de la mutuelle pourra par exemple, prendre la forme de secours exceptionnels. La commission sociale ne peut être saisie que pour des aides liées à des dépenses de Santé.

La Commission sociale dispose d'un règlement intérieur, délivré à la demande des adhérents et en tout état de cause à ceux déposant une demande d'aide exceptionnelle.

L'attribution des aides nécessite, obligatoirement et au préalable, la constitution d'un dossier spécifique. Tout dossier fera l'objet d'une étude particulière et sera à ce titre systématiquement traité par la commission sociale qui se prononcera sur la délivrance ou non de l'aide.

Les aides délivrées par la Commission sociale de la mutuelle, sont complémentaires aux demandes préalables réalisées auprès des organismes mentionnés dans son règlement intérieur.

Tout adhérent peut déposer un dossier de demande d'aide exceptionnelle. Cette demande pourra être réalisée soit par le formulaire établi par la mutuelle, auquel cas l'adhérent s'engage à ne pas faire d'autres demandes auprès de tout autre organisme d'aide, soit sur présentation des justificatifs des organismes sociaux auprès desquels il aura déposé une demande d'aide exceptionnelle, préalablement à celle sollicitée auprès de la Commission d'action sociale de la mutuelle.

Une période de stage de 10 mois après la date d'adhésion permettra une première demande auprès de la commission d'action sociale de la mutuelle.

Une nouvelle demande sera possible au terme d'une période de deux ans.

### ARTICLE 20 : RECLAMATION

Les adhérents ou leurs ayants-droit ont la possibilité de formuler toute réclamation relative à l'application du présent règlement mutualiste en adressant une demande à la MFH Service Réclamation - CHU Grenoble Alpes - CS 10217 - 38043 GRENoble CEDEX 9, ou par mail à : [contact@m-f-h.fr](mailto:contact@m-f-h.fr).

Si cette première réponse ne le satisfait pas, la réclamation peut être transmise à la même adresse postale, au Service Réclamations de la mutuelle.

Est entendue comme étant une réclamation « une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ». Une demande de service ou de prestation, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables et à répondre dans un délai de deux mois maximum à compter de la date de réception du courrier de réclamation au service Réclamation conformément à la recommandation n° 2016-R-02 du 14 novembre 2016 de l'ACPR sur le traitement des réclamations.

## ARTICLE 21 : MEDIATION

Le Médiateur peut être saisi par l'adhérent ou son ayant droit après épuisement des procédures internes de réclamation. Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la mutuelle.

Le Médiateur peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ; soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

Un litige ne peut pas être examiné par le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française lorsque :

- le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal ;
- le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

## ARTICLE 22 : FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre mois à compter de la date des soins ou de facture.

## ARTICLE 23 : LCB-FT - Lutte Contre le Blanchiment et le Financement du terrorisme

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que la mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L561-1 du code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

## ARTICLE 24 : LOI APPLICABLE

Loi applicable au Règlement, La loi applicable est la loi Française, même si le risque est situé hors de France. Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national. Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle.

## Article 25 : TERRITORIALITE

Les garanties sont valables dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement de prestations est effectué en euros.

## ARTICLE 26 : PROTECTION DES DONNEES - RGPD

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle réglementée par les dispositions statutaires de cette dernière, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement au sens du et conformément au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Il est rappelé que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement auprès de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat ainsi qu'à l'exécution des dispositions statutaires aux fins d'organiser la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Elles font donc l'objet d'un traitement destiné à la prospection des adhérents potentiels, à la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, la gestion du contentieux, ou à des fins statistiques. Elles peuvent également être utilisées : i) pour répondre aux intérêts légitimes de la Mutuelle et notamment, la protection et le développement de ses activités, l'amélioration de ses produits et des services offerts aux adhérents, la recherche de nouveaux produits et de nouveaux adhérents, la lutte contre la fraude et ii) pour satisfaire des obligations légales et réglementaires et notamment la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les déclarations et prélèvements obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques, comme les déclarations et prélèvements fiscaux et sociaux.

Les données ainsi recueillies permettent, également, à la Mutuelle de proposer à l'adhérent des garanties autres adaptées au regard de son profil (notamment de son âge, situation familiale, situation professionnelle, niveau de revenu, etc...) notamment dans le cadre de son devoir de conseil.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, les organismes de sécurité sociale, administratifs et judiciaires définis par la loi et organe de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, les assureurs en inclusion, les sous-traitants, les réassureurs, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Toutes ces données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Ainsi les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative du prospect/adhérent ou la fin de la relation contractuelle. Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation/adhésion et jusqu'à expiration des délais de

prescriptions légales relatives aux garanties prévues choisies par l'adhérent (se reporter à l'article « prescription. Il est également précisé qu'en cas de contestations, contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.).

Conformément à la réglementation, l'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, s'adresser à soit par courrier adressé au siège de la mutuelle,

DPO – MFH CHU GRENOBLE ALPES CS 10217 38043 GRENOBLE CEDEX  
[dpo.mfh@m-f-h.fr](mailto:dpo.mfh@m-f-h.fr)

Le délai de réponse de la Mutuelle est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent ou son/ses ayant droits, souhaitent faire valoir leur droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, la Mutuelle rappellera par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voir une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent pourra, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

De plus, En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la MFH, le membre participant ou ses ayants droit qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, pourra gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)

Il pourra également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès du Service développement de la Mutuelle MFH.

#### ARTICLE 27 : AUTORITE DE CONTROLE

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution située :

4 Place de Budapest  
CS 92459  
75436 PARIS CEDEX 09

## GRILLE DES PRESTATIONS HOSPITALIERS 2024

NATURE DES ACTES	Part de la sécurité sociale sur la base du TBSS* RO (1)	Part de la MFH sur la base du TBSS*	Part supplémentaire MFH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire
<b>Soins courants – Parcours de soins</b>			
Consultations, visites généralistes	70 %	30 %	
Autres soins courants, honoraires médicaux et chirurgicaux	70 %	30 %	
Pharmacie			
• Vignettes blanches	65 %	35 %	
• Vignettes bleues	30 %	70 %	
• Vignettes orange	15 %	85 %	
Analyses, examens de laboratoire et auxiliaires médicaux (infirmier, kiné, orthoptiste, sage-femme.)	60 %	40 %	
Frais de transport (ambulance et taxi)	55 %	45 %	
<b>Soins courants – Hors parcours de soins</b>			
Consultations, visites généralistes, autres soins courants, honoraires médicaux et chirurgicaux	30 %	30 %	
<b>Appareillage (accepté sécurité sociale)</b>			
<b>100 % SANTE Prothèses auditives (3)</b>		<b>100 % des frais réels</b>	
Prothèses auditives Hors 100 % santé	60 %	40 %	+ 50 % + forfait 155 €/prothèse
• Appareillages médicaux, semelles orthopédiques	60 %	40 %	
• Entretien et réparation prothèses auditives	60 %	40 %	
• Prothèse capillaire	65 %	35 %	+ 50 % + forfait 155 €
• Prothèses mammaires	60 %	40 %	+ 50 % + forfait 155 €/prothèse
<b>Hospitalisation (4)</b>			
Médicale, chirurgicale, établissements spécialisés	80 %	20 %	
Honoraires médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie	80 %	20 %	
Frais de Séjour (régime commun ; si maison d'enfant ou de repos, limité à 1 mois consécutif)	80 %	20 %	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans, enfant handicapé sans limite d'âge)	/	/	16 €/jour
Chambre particulière (limité à 1 mois consécutif)	/	/	65 €/jour
Forfait journalier (sans limite de durée)	/	100 %	(20 €/jour)
Participation forfaitaire (sans limite de durée)	/	100 %	(24 €/jour)
<b>Optique</b>			
<b>Limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (8)</b>			
<b>100 % SANTE Equipement Classe A (3)</b>		<b>100 % des frais réels</b>	
<b>Equipement optique Classe B tarif libre pratiqué par le professionnel de santé</b>			
Monture adulte (dès 16 ans)	60 %	40 %	+ forfait 64.70 €
Monture enfant	60 %	40 %	+ forfait 64.70 €
Verre simple	60 %	40 %	+ 100 €/verre
Verre complexe ou très complexe	60 %	40 %	+ 146 €/verre
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	60 %	40 %	+ 110 % + forfait 275 € / année civile
Lentilles refusées par la sécurité sociale	/	/	Forfait 92 € / année civile
Chirurgie réfractive refusée par la sécurité sociale	/	/	Forfait 260 €/œil (sur facture)
<b>Dentaire</b>			
Soins	60 %	40 %	
<b>100 % SANTE (3)</b>		<b>100 % des frais réels</b>	
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	100 % des frais réels plafonnés au prix limite de facturation		

NATURE DES ACTES	Part de la sécurité sociale sur la base du TBSS* RO (1)	Part de la MFH sur la base du TBSS*	Part supplémentaire MFH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire
<b>Panier de soins tarifs libres (7)</b>			
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	60 %	40 %	+ 235 % (plafond 5000 € la 1 <sup>ère</sup> année)
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100 %	/	+ 105 %
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	/	/	Sur dossier Commission Sociale MFH et dans la limite des fonds disponibles
Détartrage dentaire	60 %	40 %	
<b>Actions de prévention sur prescription médicale</b>			
Ostéodensitométrie :			
• acceptée par la sécurité sociale	70 %	30 %	
• refusée par la sécurité sociale	/	/	Forfait 31 € / année civile
Vaccins acceptés par la sécurité sociale	65 %	35 %	
Contraception non remboursée sur prescription médicale			50 € / par année civile
Préservatifs			15 € / par année civile
<b>Cures thermales (hors frais de dossier)</b>			
Pratiques médicales si nécessaire	70 %	30 %	
Forfait thermal	65 %	35 %	
Frais de transport (si participation sécurité sociale)	65 %	35 %	
Frais d'hébergement ( <i>dans la limite des frais réels</i> )			Forfait 230 €
<b>Soins complémentaires non pris en charge par la sécurité sociale</b>			
<b>Médecine douce PREVENTION</b>			<b>MFH+</b>
Acupuncteur, ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, diététicien, psychologue non remboursé...	/	/	6 forfaits de 20 € par an et par bénéficiaire (soit 120 €)
Dépassement d'honoraires, <i>OPTAM/OPTAM-CO</i> (2)			
Actes non remboursés par la sécurité sociale			
Médication prescrite et non remboursée par la sécurité sociale (5)	/	/	Formulaire de remboursement téléchargeable sur <a href="http://www.m-f-h.fr">www.m-f-h.fr</a>
Appareillage accepté par la CPAM			Remboursement à la demande de l'adhérent
Bas et chaussettes de contention, ceinture de maintien, semelles orthopédiques...	/	/	
<b>Prestations solidarité (complément de salaire) Pour la Garantie Hospitalier</b>			
Allocations journalières pour perte de salaire en cas de maladie (d) (1/2 traitement du TBI) si adhésion avant 64 ans/non valable pour les extérieurs	/	/	45 % du salaire (idem CGOS)
<b>Aides complémentaires sur dossier de la Commission Sociale MFH et dans la limite des fonds disponibles Et après 10 mois d'adhésion (6)</b>			
Aides exceptionnelles non remboursables	/	/	Sur dossier, pouvant aller à hauteur d'une seule aide accordée par le CGOS/CCAS/CPAM/CNRACL...
Sport sur ordonnance PREVENTION	/	/	Sur dossier
Assistance vie quotidienne	/	/	10 heures/an
Naissance ou adoption	/	/	150 euros/enfant (a)
Mariage ou Pacs du membre participant	/	/	100 euros (b)
Participation aux frais d'obsèques	/	/	Maximum de 500 € (c)

\*TBSS = tarif de base de la sécurité sociale

(a) = La prime naissance est conditionnée par l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption avec inscription à la date de naissance ou de l'adoption, et par l'affiliation de 12 mois consécutifs à la mutuelle.

(b) = La prime Mariage/Pacs est accordé à l'adhérent principal sur présentation du certificat de mariage ou pacs dans les deux mois qui suivent l'évènement et du formulaire à compléter remis par la mutuelle.

(c) = dans la limite des frais réels et après déductions de toute autre participation extérieure à la mutuelle, payable au professionnel dans la mesure du possible.

1. Les taux RO sont ceux du **Régime Général Obligatoire**. Ils sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le contrat de base prend en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses, etc.).
2. Les OPTAM ou OPTAM-CO, options de pratiques tarifaires maîtrisées sont un dispositif par lequel les médecins s'engagent à pratiquer des dépassements d'honoraires modérés.
3. Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté progressivement depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront à hauteur des Honoraires Limites de Facturation.
4. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et celles des établissements médico-sociaux, tels que les MAS, Maisons d'Accueil Spécialisées ou EHPAD, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
5. Sur présentation de la prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie / parapharmacie. A l'exclusion de la cigarette électronique.
6. Les prestations versées au titre de l'action sociale sont soumises à appréciation et au contrôle de la commission d'action sociale de la MFH dans les limites et conditions définies dans le Règlement de la commission sociale.
7. En dehors du 100% Santé, il existe deux paniers de soins : les prestations à tarifs modérés qui sont soumis à des Honoraires Limite de Facturation (HLF) et ceux à tarifs libres qui ne le sont pas.
8. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

**Les % sont exprimés selon la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO)**

(d) **Allocations complémentaires** : dans le cadre d'une maladie, en cas de diminution du traitement de base et après épuisement des droits ouverts à l'adhérent du fait d'un organisme intervenant, le CGOS dans la majorité des cas, la mutuelle garantit aux agents de la fonction publique hospitalière en activité (*titulaires, stagiaires, contractuels dès qu'il y a intervention du CGOS*) cotisant au contrat dit MFH, en tant qu'adhérent, le paiement d'une allocation dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé de longue maladie, d'un congé de maladie longue durée, selon les modalités définies ci-après :

- Prise en charge pour la maladie ordinaire : pendant 4 mois à partir du 1er jour du 9<sup>ème</sup> mois.
- Prise en charge pour la longue maladie : pendant 7 mois à partir du 1er jour du 18<sup>ème</sup> mois puis pendant 7 mois à partir du 1er jour du 30<sup>ème</sup> mois.
- Prise en charge pour la maladie longue durée : pendant 7 mois à partir du 1er jour du 42<sup>ème</sup> mois puis pendant 7 mois à partir du 1er jour du 54<sup>ème</sup> mois.

Cette allocation est complémentaire à la couverture CGOS dont bénéficient les agents de la fonction publique hospitalière, pendant les mois précédents.

Le montant de l'allocation journalière versé par la mutuelle est égal à 45 % du traitement de base indiciaire, équivalent au versement du CGOS.

Dans tous les cas, l'adhérent devra justifier d'une perte de salaire pour pouvoir prétendre au bénéfice des allocations, l'allocation ne pourra entraîner le gain d'un salaire plus important en maladie qu'en activité.

En cas de travail à temps partiel, pendant les mois précédents l'arrêt, le traitement de base indiciaire pris en compte sera rapporté au prorata temporis du temps de travail rémunéré.

Les primes et autres majorations ne pourront en aucun cas être prises en compte.

Cette allocation n'est pas attribuée si l'arrêt maladie est connu avant l'adhésion à la mutuelle.

Cette allocation n'est plus attribuée à partir du jour où l'agent est mis en disponibilité d'office, en retraite ou radié de la mutuelle.

L'adhérent accepte de fournir à la mutuelle tout document nécessaire au contrôle du bon versement de la prestation : fiches de paye, arrêts de travail, décomptes CGOS, etc.

En cas de constatation de fraudes, de fausses déclarations ou d'omission de la part de l'adhérent, la mutuelle pourra arrêter définitivement le versement de toute allocation à la personne concernée et le cas échéant récupérer les sommes non dues par les moyens à sa disposition.

En cas de requalification du type de la maladie pendant son arrêt avec une indemnisation différente par son employeur ou un autre organisme, la perception par l'adhérent des allocations engage l'adhérent à rembourser la mutuelle. A cet effet, une reconnaissance de dette est signée au moment de l'instruction du dossier.

Dans le cas où il aurait reçu des allocations à tort (rappel de traitement ou toute forme d'aide ou prestation légale), il les remboursera à la mutuelle.

#### Maladie ordinaire MO



#### Congé longue maladie CLM



#### Congé longue durée CLD



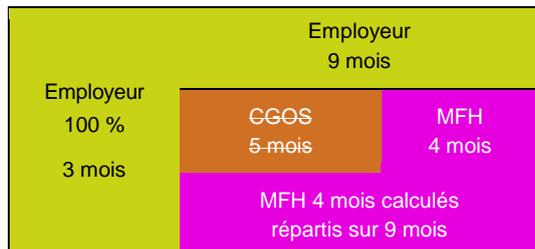
#### **Autre situation d'un agent de la fonction publique hospitalière :**

Certains établissements ne sont affiliés à aucun organisme faisant bénéficier d'une aide visant à compléter le revenu de l'agent en cas de maladie, notamment les AP HP.

Dans ce cas précis, l'octroi de cette prestation maladie sera prise en charge dans la même mesure, c'est-à-dire 45 % du TBI calculés sur le même nombre de mois si il y avait une prise en charge par le CGOS à la seule différence qu'elle sera déversée et étalée sur les périodes laissées à demi traitement : cet étalement sur une période plus longue équivaut à une prise en charge à hauteur de 20 % du TBI.

Le traitement administratif de dossier est identique à l'exception qu'il n'y aura pas de décomptes du CGOS.

#### Maladie ordinaire MO



### Congé longue maladie CLM

Employeur 100 % 1 an	Employeur 24 mois			
	CGOS 5-mois	MFH 7 mois	CGOS 5-mois	MFH 7 mois
	MFH 7 mois calculés répartis sur 12 mois		MFH 7 mois calculés répartis sur 12 mois	

### Congé longue durée CLD

Employeur 100 % 3 ans	Employeur 24 mois			
	CGOS 5-mois	MFH 7 mois	CGOS 5-mois	MFH 7 mois
	MFH 7 mois calculés répartis sur 12 mois		MFH 7 mois calculés répartis sur 12 mois	

En cas de constatation de fraudes, de fausses déclarations ou d'omission de la part de l'adhérent, la mutuelle pourra arrêter définitivement le versement de toute allocation à la personne concernée et le cas échéant récupérer les sommes non dues par les moyens à sa disposition.

En cas de requalification du type de la maladie pendant son arrêt avec une indemnisation différente par son employeur ou un autre organisme, la perception par l'adhérent des allocations engage l'adhérent à rembourser la mutuelle. A cet effet, une reconnaissance de dette est signée au moment de l'instruction du dossier.

Dans le cas où il aurait reçu des allocations à tort (rappel de traitement ou toute forme d'aide ou prestation légale), il les remboursera à la mutuelle.

# GRILLE DES PRESTATIONS 2024

## Contrat de sortie CSS et Contrat de base

NATURE DES ACTES	Part de la sécurité sociale sur la base du TBSS* RO (1)	Part de la MFH sur la base du TBSS*	Part supplémentaire MFH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire
<b>Soins courants – Parcours de soins</b>			
Consultations, visites généralistes	70 %	30 %	
Autres soins courants, honoraires médicaux et chirurgicaux	70 %	30 %	
Pharmacie			
• Vignettes blanches	65 %	35 %	
• Vignettes bleues	30 %	70 %	
• Vignettes orange	15 %	85 %	
Analyses, examens de laboratoire et auxiliaires médicaux (infirmier, kiné, orthoptiste, sage-femme.)	60 %	40 %	
Frais de transport (ambulance et taxi)	55 %	45 %	
<b>Soins courants – Hors parcours de soins</b>			
Consultations, visites généralistes, autres soins courants, honoraires médicaux et chirurgicaux	30 %	30 %	
<b>Appareillage (accepté sécurité sociale)</b>			
<b>100 % SANTE Prothèses auditives (2)</b>	<b>100 % des frais réels</b>		
Prothèses auditives HORS 100% SANTE	60 %	40 %	
• Appareillages médicaux, semelles orthopédiques	60 %	40 %	
• Entretien et réparation prothèses auditives	60 %	40 %	
• Prothèse capillaire	65 %	40 %	
• Prothèses mammaires	60 %	35 %	
<b>Hospitalisation (3)</b>			
Médicale, chirurgicale, établissements spécialisés	80 %	20 %	
Honoraires médicaux, actes de chirurgie et d'anesthésie	80 %	20 %	
Frais de Séjour (régime commun ; si maison d'enfant ou de repos, limité à 1 mois consécutif)	80 %	20 %	
Frais d'accompagnement (enfant -12 ans, enfant handicapé sans limite d'âge)	/	/	
Chambre particulière (limité à 1 mois consécutif)	/	/	
Forfait journalier (sans limite de durée)	/	100 %	(20 €/jour)
Participation forfaitaire (sans limite de durée)	/	100 %	(24 €/jour)
<b>Optique (4)</b>			
<b>Limité à 1 équipement (verres + monture) tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue</b>			
<b>100 % SANTE Equipement Classe A (2)</b>	<b>100 % des frais réels</b>		
<b>Equipement optique Classe B tarif libre pratiqué par le professionnel de santé</b>			
Monture adulte (dès 16 ans)	60 %	40 %	
Monture enfant	60 %	40 %	
Verre simple	60 %	40 %	
Verre complexe ou très complexe	60 %	40 %	
Lentilles acceptées par la sécurité sociale	60 %	40 %	
Lentilles refusées par la sécurité sociale	/	/	
Chirurgie réfractive refusée par la sécurité sociale	/	/	
<b>Dentaire</b>			
Soins	60 %	40 %	
<b>100 % SANTE (2)</b>	<b>100 % des frais réels</b>		
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	100 % des frais réels plafonnés au prix limite de facturation		

NATURE DES ACTES	Part de la sécurité sociale sur la base du TBSS* RO (1)	Part de la MFH sur la base du TBSS*	Part supplémentaire MFH sur la base du TBSS* ou prestation forfaitaire
<b>Panier de soins tarifs libres</b>			
Prothèses acceptées par la sécurité sociale	70 %	30 %	
Orthodontie acceptée par la sécurité sociale	100 % 70 %	/ 30 %	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale	/	/	
Détartrage dentaire	70 %	30 %	
<b>Actions de prévention sur prescription médicale</b>			
Ostéodensitométrie :			
• acceptée par la sécurité sociale	70 %	30 %	Forfait 31 € / année civile
• refusée par la sécurité sociale	/	/	
Vaccins acceptés par la sécurité sociale	65 %	35 %	
<b>Cures thermales (hors frais de dossier)</b>			
Pratiques médicales si nécessaire	70 %	30 %	
Forfait thermal	65 %	35 %	
Frais de transport (si participation sécurité sociale)	65 %	35 %	
<b>Aides complémentaires sur dossier de la Commission Sociale MFH et dans la limite des fonds disponibles Et après 10 mois d'adhésion (5)</b>			
Aides exceptionnelles non remboursables	/	/	Sur dossier, pouvant aller à hauteur d'une seule aide accordée par le CGOS/CCAS/CPAM/CNRACL...
Sport sur ordonnance <b>PREVENTION</b>	/	/	Sur dossier
Assistance vie quotidienne	/	/	10 heures/an
Naissance ou adoption	/	/	150 euros/enfant (a)
Mariage ou Pacs du membre participant	/	/	100 euros (b)
Participation aux frais d'obsèques	/	/	Maximum de 500 € (c)

\*TBSS = tarif de base de la sécurité sociale

(a) = La prime naissance est conditionnée par l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption avec inscription à la date de naissance ou de l'adoption, et par l'affiliation de 12 mois consécutifs à la mutuelle.

(b) = La prime Mariage/Pacs est accordée à l'adhérent principal sur présentation du certificat de mariage ou pacs dans les deux mois qui suivent l'évènement et du formulaire à compléter remis par la mutuelle.

(c) = dans la limite des frais réels et après déductions de toute autre participation extérieure à la mutuelle, payable au professionnel dans la mesure du possible.

1. Les taux RO sont ceux du Régime Général Obligatoire. Ils sont susceptibles d'évoluer en fonction de la législation. Le contrat de base prend en charge la part complémentaire des soins reconnus par l'assurance maladie : soins de ville, soins hospitaliers et l'ensemble des prescriptions (pharmacie, analyses, etc.).

2. Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté progressivement depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Pour les prestations dentaires à tarifs modérés, les remboursements se feront à hauteur des Honoraires Limites de Facturation.

3. Sont exclues les dépenses liées à des hospitalisations non prises en charge par le RO et celles des établissements médico-sociaux, tels que les MAS, Maisons d'Accueil Spécialisées ou EHPAD, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

4. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

5. Les prestations versées au titre de l'action sociale sont soumises à appréciation et au contrôle de la commission d'action sociale de la MFH dans les limites et conditions définies dans le Règlement de la commission sociale.

**Les % sont exprimés selon la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire (RO)**