

CEA SANTÉ PLUS

Règlement mutualiste

Édition janvier 2024





SOMMAIRE

DÉFINITIONS.....	3
TITRE I - ADHÉSION	4
ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION	4
ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION.....	4
ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	4
ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE.....	5
ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUELEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION	5
TITRE II - GARANTIES.....	7
ARTICLE 6 – EXCLUSIONS COMMUNES	7
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	7
TITRE III - COTISATIONS	13
ARTICLE 8 - MONTANT DES COTISATIONS.....	13
ARTICLE 9 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	13
ARTICLE 10 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	13
ARTICLE 11 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES.....	14
TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS	14
ARTICLE 12 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	14
TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	15
ARTICLE 13 - RECOURS SUBROGATOIRE.....	15
ARTICLE 14 - PRESCRIPTION	15
ARTICLE 15 - ADHÉSION AU RÉGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	16
ARTICLE 16 – DEMANDES D'INFORMATION – RÉCLAMATION – MÉDIATION	16
ARTICLE 17 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE	17
ARTICLE 18 - DISPOSITIONS DIVERSES	17

Le présent règlement référencé RM/MHN/CEA SANTE PLUS/01.2016 a pour objet de décrire les engagements respectifs entre le membre participant et la Mutuelle concernant les garanties Frais de Santé, conformément à l'article L.114-1 du Code de la mutualité.

Le présent règlement offre des garanties surcomplémentaires à celles prévues par les contrats collectifs Frais de Santé souscrits par le Commissariat à l'Energie Atomique et aux Energies Alternatives (CEA) auprès de la Mutuelle.

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité.

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne la Mutuelle Malakoff Humanis Nationale, Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 339 358 681 dont le siège social se situe 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention OPTAM / OPTAM-CO.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des Frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et un groupement qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la MUTUELLE comme le téléphone, Internet ou la voie postale).

TITRE I – ADHÉSION

ARTICLE 1 – CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne **affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français**.

Elle complète les régimes collectifs, listés en annexe, mis en place par le Commissariat à l'Energie Atomique et aux énergies renouvelables (CEA) auprès de la Mutuelle.

Aussi, l'adhésion au présent règlement mutualiste peut être effectuée uniquement par les personnes affiliées à un contrat collectif souscrit par le CEA, listé en annexe, et ayant, à ce titre, la qualité de membre participant de la Mutuelle.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties Frais de santé qu'il a choisies, résultat du choix de l'option.

L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties, celles retenues par le demandeur.

- les membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 pour lesquels le bénéfice des garanties Frais de Santé est demandé. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français. En tout état de cause, seules sont bénéficiaires les personnes déclarées par le membre participant et bénéficiant par son intermédiaire d'un contrat collectif, listé en annexe du présent règlement, souscrit par le CEA auprès de la Mutuelle.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

ARTICLE 2 – FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - attestation jointe à la carte vitale,
 - la copie du contrat d'apprentissage,
 - la carte d'invalidité ou la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » (CMI).

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique.

À défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités de la situation familiale du membre participant.

Le membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale et de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie).

ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

A réception du bulletin d'adhésion accompagné des justificatifs visés à l'article 2, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

Celle-ci prend effet, au plus tôt, au premier jour du mois civil suivant la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle.

Lorsque le membre participant, salarié du CEA, demande son adhésion dans les trois mois qui suivent son entrée dans les effectifs, l'adhésion peut prendre effet, à sa demande, au jour de la prise d'effet de son contrat de travail.

Selon leur situation, les membres participants peuvent demander leur adhésion au présent règlement dans les trois mois qui suivent :

- la prise d'effet du congé, pour le personnel dont le contrat de travail est suspendu au titre d'un congé sans solde,
- le terme du maintien des garanties prévu par l'article L.911-8 du Code de la sécurité sociale pour les anciens salariés du CEA, demandeurs d'emploi. S'ils étaient déjà adhérents au Règlement Mutualiste « CEA SANTE PLUS » au jour de la rupture de leur contrat de travail, les anciens salariés peuvent aussi demander le bénéfice des garanties surcomplémentaires prévues par ce régime durant la période de portabilité moyennant le paiement de la cotisation correspondante,
- la notification d'attribution de la rente d'invalidité 2^e ou 3^e catégorie,
- la date de liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, pour les retraités du CEA,
- le décès du salarié ou retraité du CEA, pour les conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS,
- le détachement à l'extérieur du CEA, pour les salariés détachés dont le salaire n'est plus versé par le CEA.

L'adhésion peut prendre effet, à leur demande et selon leur situation, à la date indiquée ci-dessus.

En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

Les soins prescrits avant la date d'effet sont considérés comme hors garantie.

L'adhésion à la garantie est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues.

ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation ou de l'envoi recommandé électronique, la Mutuelle rembourse au membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de rédaction destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e).... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste « RM/MHN/CEA SANTE PLUS/01.2016 » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance. » Fait à, le, (signature).

À adresser à : Malakoff Humanis Nationale – DPSSP, Centre de service Grands Comptes, 41931 Blois Cedex 9.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 – DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement cesse dès lors que les conditions posées à l'adhésion, mentionnées à l'article 1, ne sont plus satisfaites.

Elle peut également cesser :

- à la demande du membre participant :

- **après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités.** La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification du membre participant ;

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer son adhésion au règlement afin de demander une nouvelle adhésion auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues ci-dessous. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure. L'adhésion cesse au 1^{er} jour du mois civil suivant la notification de la dénonciation.

- **à l'échéance annuelle :** sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle deux mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre. Elle ne prend effet qu'au 31 décembre de la même année ;
- **en cas de modification** apportée à ses droits et obligations découlant du présent règlement, dans les conditions de l'article 11 du présent règlement.

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son adhésion, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle a proposé l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit directement sur le site internet malakoffhumanis.com

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée dans les conditions prévues au règlement, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

La dénonciation par le membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent règlement, sauf dérogation par la Mutuelle.

- à la demande de la Mutuelle :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11,

- à titre exceptionnel, le membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse 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.

- en cas de décès du membre participant.

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de 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 aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II – GARANTIES

ARTICLE 6 – EXCLUSIONS COMMUNES

Ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- les cures, traitements et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, non pris en charge par la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 7 – GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 – Contrat « responsable » et solidaire

Sauf pour l'option 3 si elle est souscrite, les garanties respectent le cahier des charges du contrat responsable tel que défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- Conformément à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la sécurité sociale).
- Conformément à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'assuré social lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

À compter du 1^{er} juillet 2023, le contrat responsable doit prévoir également la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique.

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis règlementairement.

7.2 – Choix et changement de garantie

7.2.1 Le membre participant a le choix entre trois options. Il effectue son choix au moment de sa demande d'adhésion au présent règlement pour lui et ses bénéficiaires.

7.2.2 Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc.) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le membre participant.

Le changement d'option peut intervenir, tous les trois ans, sous réserve que la demande de modification parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Toutefois, il pourra demander le changement d'option, vers une option inférieure, à tout moment, en cas de modification de sa situation familiale. Dans ce cas, le changement d'option prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la demande, sous réserve que le membre participant justifie de cette évolution de situation de famille.

7.3 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties Frais de santé, sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le membre participant,
- les ayants droit du membre participant bénéficiaires par son intermédiaire d'un contrat collectif, listé en annexe du présent règlement, souscrit par le CEA auprès de la Mutuelle, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

En tout état de cause, l'adhésion des ayants droit cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ne satisfont plus aux définitions ci-dessus.

La démission ou la radiation du membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.4 Délais d'attente

Pendant les 3 premiers mois de l'adhésion :

- **les prestations optiques, prothèses dentaires et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale, seront limitées au ticket modérateur,**
- **les prestations optiques, prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale ne seront pas versées.**

Toutefois, les membres participants et/ou bénéficiaires qui :

- adhèrent au régime surcomplémentaire « CEA SANTE PLUS » dans les trois mois qui suivent, leur entrée dans les effectifs du CEA,
- adhèrent au régime surcomplémentaire « CEA SANTE PLUS » dans les trois mois qui suivent la date de liquidation de leur pension vieillesse par la Sécurité sociale, pour les retraités,
- peuvent justifier d'une affiliation antérieure à une couverture complémentaire santé similaire à celle souscrite, dont la date de résiliation date de moins de 3 mois,

bénéficieront des remboursements correspondant au niveau souscrit dès le premier jour de leur adhésion.

À l'issue des 3 premiers mois de l'adhésion, le remboursement de ces frais se fera dans les conditions prévues au règlement.

7.5 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement.

Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, **les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité sociale française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.**

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définis ci-dessus.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

Pour ouvrir droit à une prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités diplômés d'Etat et inscrits sur des registres nationaux.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées au tableau de garanties annexé au présent règlement, **et dans la limite des frais réels engagés.**

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989).

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 (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire.

Peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle, selon l'option retenue par le membre participant, les prestations suivantes :

FRAIS D'HOSPITALISATION EN SECTEURS CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ (y compris maternité) :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits,
- **Hospitalisation médicale :**

- pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour d'hospitalisation et ce, sans limitation de durée.**

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques),
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin soumis ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,
- Frais de chambre particulière, : sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé dans le tableau de garanties, les chambres particulières :
 - expressément demandées par le membre participant,
 - dont les tarifs sont publiquement affichés,
 - faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- **les appartements privatifs,**
- **les services, équipements, prestations et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.**
- Forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du code la sécurité sociale, **à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...),**
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 14 ans** bénéficiaire du contrat,
- Assistant.

SOINS COURANTS :

- **Honoraires médicaux : Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste soumis ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,**
- **Soins d'auxiliaires médicaux,**
- **Analyse et examens de laboratoire,**
- **Médicaments (pharmacie remboursée par la Sécurité sociale),**
- **Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un spécialiste soumis ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,**
- **Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin soumis ou non à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,**
- **Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale,**
- **Matériel médical :**
 - **Appareillages et prothèses autres qu'auditives – Petits appareillages,**
 - **Appareillages et prothèses autres qu'auditives – Gros appareillages,**
 - **Entretien appareillages autres qu'auditifs,**
 - **Entretien appareillages auditifs.**

DISPOSITIF « MONSOUTIENPSY » :

Votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

FRAIS DE TRANSPORT REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :

Le présent règlement ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), même lorsque la Sécurité sociale a procédé au remboursement.

OPTIQUE :

- Prise en charge d'un équipement d'optique médicale (verres et monture).

Deux classes d'équipement optique sont définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** sans reste à charge pour le participant : cet équipement est remboursé à frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du 100 % santé,

- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des plancers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans la limite des garanties mentionnées dans le tableau des garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- Soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- Soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera **dans la limite du plafond de « classe B »** correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait dédié** à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue **dans la limite de ces forfaits pour chaque composante**.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage

L'équipement d'optique médicale (verres et monture) est pris en charge sous réserve du respect des périodicités de renouvellement. La périodicité de renouvellement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est également tenu de la date de prise en charge du dernier équipement par l'Institution. En cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement). En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Si vous avez opté pour une formule responsable, les périodicités de renouvellement sont définies comme suit :

- pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, les équipements d'optique sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans, par bénéficiaire ;
- pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement ;
- par exception, pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ce délai de renouvellement est réduit à un an pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans en cas d'évolution de la vue.

Aucun délai pour le renouvellement des verres n'est exigé dans les cas suivants :

- pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue objectivée par un ophtalmologiste sur prescription médicale ;
- sans distinction d'âge, en cas d'évolution de la réfraction constatée par une prescription médicale ophtalmologique et liée à une des pathologies listées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018.

La justification de cette évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit par adaptation par l'opticien-lunetier de la prescription médicale.

Constitue une évolution de la vue :

- la variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres,
- la variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin,
- la somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries,
- la variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

Si vous avez opté pour une formule non responsable, les remboursements sont limités à un équipement optique (une monture et deux verres) tous les deux ans par bénéficiaire, sauf en cas d'évolution de la vue selon les critères prévus par le Code de la sécurité sociale ou pour les enfants de moins de 16 ans où la prise en charge est annuelle et à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans dans le cas où la monture n'est plus conforme à leur morphologie.

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur.

L'évolution de la vue permettant de renouveler l'équipement de manière anticipée s'apprécie soit sur présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit en fonction de l'adaptation de la prescription médicale faite par l'opticien.

- **Lentilles prises en charge ou non par la Sécurité sociale** (y compris lentilles jetables),
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels.**

DENTAIRE :

- Trois paniers de soins prothétiques sont définis :
 - **un panier « 100 % Santé »** (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursés à frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
 - **un panier aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et des garanties prévues dans le tableau des garanties,
 - **un panier aux tarifs libres** permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

- **Orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale :**

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

- **Parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale :**

Seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.

Les actes «codés» NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES :

Deux classes d'équipement auditif sont définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé à frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % Santé,
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties. Si les garanties sont dites responsables, elles respectent le plafond de 1700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive tels que les tickets modérateurs des consommables, des piles ou accessoires.

La prise en charge d'une aide auditive par oreille est limitée à une aide auditive tous les quatre ans suivant la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ou par l'Institution. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

MATERNITÉ ET ADOPTION :

- **Maternité :** une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du membre participant, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans par le membre participant, la même allocation est versée.

Elle est doublée en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Seule la naissance d'un enfant du membre participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le membre participant lui-même.

AUTRES :

- **Cure Thermale (hors thalassothérapie) :**

Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité sociale.

- **Médecine alternative :**

Sont prises en charge partiellement des pratiques médicales souvent non encore reconnues par la sécurité sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes et ostéopathes.

Un forfait par séance est remboursé, sur présentation de la facture détaillée. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon l'option retenue.

- **Frais d'obsèques :**

Une allocation forfaitaire est versée en cas de décès du membre participant, de son Conjoint, de son Concubin ou de son partenaire lié par un PACS ou d'un enfant à charge, bénéficiaires du présent règlement, à la personne ayant exposé les frais d'obsèques.

Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

- **Les actes de prévention sont pris en charge par le contrat au titre de chaque poste concerné par ces actes.**

7.6 Soins engagés hors de France

Concernant les dépenses de santé engagées à l'étranger, le montant maximum de remboursement par la Mutuelle pour l'hospitalisation chirurgicale ou médicale est limité, par an et par personne, à 1,5 plafond annuel de la Sécurité sociale.

La Mutuelle intervient en complément des Bases de Remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

Les soins effectués à l'étranger peuvent être remboursés par la Mutuelle aux conditions cumulatives suivantes :

- avoir fait l'objet d'un remboursement préalable par la Sécurité sociale,
- avoir été engagés en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite des garanties. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

7.7 Tiers-payant

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, la Mutuelle met à la disposition du membre participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le membre participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Pour le bénéfice du mécanisme, la Mutuelle adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhérent/identifiant du membre participant lui permettant de se connecter à son Espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- les coordonnées de la Mutuelle.

A compter du jour où les garanties cessent, le membre participant et ses ayants droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée.

Si des versements sont effectués à tort par la Mutuelle auprès des professionnels de santé, le membre participant devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par le membre participant sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur ordinateur, tablette ou smartphone). Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits du membre participant et de ses ayants droit au jour du

téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

TITRE III – COTISATIONS

ARTICLE 8 – MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites,
- et de la structure de cotisations.

Dans le cadre de la Structure Tarif Adulte / Enfant :

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à la Mutuelle des justificatifs visés à l'article 2, soit :

- **Cotisation « Adulte » :**
 - Le membre participant,
 - son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS,
 - l'(les) ascendant(s) à charge,

tels que définis à l'article 7.3.

- **Cotisation « Enfant » :**
 - l'(les) enfant(s) à charge,
 - le(s) descendant(s)

tels que définis à l'article 7.3.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^e enfant affilié, jusqu'à ce qu'il cesse d'être à charge au sens d'un contrat collectif, listé en annexe, souscrit par le CEA auprès de la Mutuelle, conformément à l'article 7.3 du présent règlement.

ARTICLE 9 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables annuellement d'avance, et notamment par prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant ou par virement.

Sur demande du membre participant, elles peuvent être fractionnées en plusieurs versements (mensuels, trimestriels ou semestriels).

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

ARTICLE 10 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique adressés par la Mutuelle au membre participant.

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

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L.221-7 du Code de la mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence.

Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 11 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

11.1 Résultats du règlement

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats du règlement « CEA SANTE PLUS ».

Le membre participant est informé de la modification du règlement et/ou de la révision de sa cotisation, par notification.

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le règlement peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification.

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties, le membre participant peut toujours refuser la proposition de la Mutuelle dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la notification, en envoyant sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité. L'adhésion du membre participant prend alors fin dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre ou tout autre support durable de la Mutuelle, la Mutuelle considérera que le membre participant a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du règlement, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au règlement.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 12 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

12.1 Paiement des cotisations

Pour que le membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement « CEA SANTE PLUS ».

12.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement « CEA SANTE PLUS », de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

Le délai de remboursement ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par la Mutuelle.

Toute somme indûment versée sera réclamée par la Mutuelle.

Par ailleurs, cette dernière se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'elle jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Les pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

- Pour la liquidation de certains actes complexes :
 - Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, la Mutuelle appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, la Mutuelle procédera à la régularisation à hauteur des garanties.
- Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :
 - Si le membre participant ne transmet pas les pièces justificatives demandées par la Mutuelle avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. Il devra restituer le montant des prestations indûment versées.

Contrôle et Justificatifs

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention «Confidentiel», à l'attention de Monsieur le Médecin-Conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de la Mutuelle peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par la Mutuelle ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de la Mutuelle se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du membre participant. La Mutuelle peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Garantie Frais de santé

Les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale (ou des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale) sauf cas de force majeure, fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice du fait de la déclaration tardive du membre participant ou du bénéficiaire.

Tout accident doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de quinze jours par lettre simple.

L'absence de déclaration ou le retard de déclaration préjudiciable à la Mutuelle entraîne la déchéance de la garantie.

Déchéance de garantie au sinistre

Le membre participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,**
- **s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la Mutuelle.

TITRE V – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 13 – RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

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

Lorsque l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par la Mutuelle au membre participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception par le membre participant ou ses ayants droit à la Mutuelle en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

ARTICLE 15 – ADHÉSION AU RÉGLEMENT À DISTANCE – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

15.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au présent règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

15.2 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

15.3 Langue utilisée

La Mutuelle et le membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du membre participant au présent règlement.

15.4 Fonds de garantie

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité, fonds visé aux articles L.431-1 et suivants dudit Code.

ARTICLE 16 – DEMANDES D'INFORMATION – RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de difficultés dans l'application du règlement, le membre participant et/ou les ayants droit peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut être adressée à :

- reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com
- ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex
- ou sur l'Espace client.

Le Service Réclamation accusera réception de la Réclamation dans les dix jours ouvrables qui suivent la date d'envoi de la Réclamation écrite (sauf si la réponse à la Réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout

état de cause, apportera une réponse à la Réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première Réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque la Mutuelle n'a pas répondu dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première Réclamation,, le membre participant et/ou les ayants droit peuvent, s'adresser au médiateur de la mutualité française à l'adresse suivante :

- Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15
- ou par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à la Mutuelle et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 17 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – CS 92459 75436 Paris Cedex 9.

ARTICLE 18 - DISPOSITIONS DIVERSES

18.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

18.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le membre participant et ses ayants droit sont informés par la Mutuelle MALAKOFF HUMANIS NATIONALE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis du membre participant et des ayants droit sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant et les ayants droit ;

- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification du membre participant et des ayants droit ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en oeuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au membre participant et aux ayants droit de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en oeuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant et des ayants droit.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du membre participant et des ayants droit pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Malakoff Humanis utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du membre participant et des ayants droit pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en oeuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du membre participant et des ayants droit est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du membre participant et des ayant droit sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du membre participant et des ayants droit sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en oeuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du membre participant et des ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le membre participant et les ayants droit varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du membre participant et des ayants droit et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le membre participant et les ayants droit disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le membre participant et les ayants droit disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant et les ayants droit disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

Le membre participant et les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

18.3 Communication dématérialisée

L'assureur communique progressivement de façon dématérialisée avec l'assuré via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat ou de son affiliation.

L'assuré peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'assureur.

ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE « CEA SANTE PLUS »

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations.

Le paiement des prestations est subordonné à la réception des pièces justificatives suivantes :

Traitement par Noémie	Justificatifs à fournir sur demande de la Mutuelle
Hospitalisation	Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés Justificatif de la demande de la chambre particulière par le membre participant et de son montant Le cas échéant, devis accepté par le membre participant avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermale	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
Optique	Devis détaillé accepté par le membre participant Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste
Dentaire	Devis détaillé et accepté par le membre participant Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés
Aide auditive	Devis détaillé et accepté par le membre participant Facture détaillée et acquittée Le cas échéant, prescription médicale Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	Copie du jugement d'adoption plénière

Traitement hors Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'Etat ⁽¹⁾ dans sa spécialité et mentionnant selon le cas le numéro ADELI ou RPPS ⁽²⁾

(1) Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.

(2) RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé.

ANNEXE – CONTRATS COLLECTIFS SOUSCRITS PAR LE CEA AUPRÈS DE LA MUTUELLE

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne affiliée à l'un des contrats collectifs ci-dessous listé, le présent règlement proposant des garanties surcomplémentaires à ceux-ci :

Numéro de contrat collectif	Catégorie assurée
MHN20220000001S-A	<ul style="list-style-type: none"> - Salariés Actifs y compris conjoints/enfants/ascendants/petits enfants < au seuil, CAA, CSS < 1 mois, congés indemnisés CET - Salariés Invalides 1ère cat ayant choisi de ne pas poursuivre leur activité jusqu'à la fin du contrat de travail y compris conjoint/enfant/ascendant/petit enfant < au seuil - Salariés Invalides 2ème et 3ème cat. sous contrat de travail et bénéficiant de la GID y compris conjoint/enfant/ascendant/petit enfant < au seuil - Salariés en congé parental y compris conjoint/enfant/ascendant/petit enfant < au seuil - Salariés en congé sans solde supérieur à 1 mois non indemnisé CET - Conjoints d'actif, d'invalides, 1ère/2ème/3ème cat, d'actif congé parental > seuil - Conjoint d'actif en congé sans solde < ou > seuil - Enfants d'actif, d'invalides 1ère/2ème/3ème cat, d'actif congé parental > seuil - Enfant d'actif en congé sans solde < ou > seuil - Ascendants/Petits enfants d'actif, d'invalides, 1ère/2ème/3ème cat ; d'actif congé parental > seuil - Ascendants/Petits enfants d'actif en congé sans solde < ou > seuil
MHN20220000002S-A*	<ul style="list-style-type: none"> - Retraités y compris conjoint/ascendant/petits enfants < au seuil + enfant < ou > au seuil - Conjoint survivant d'actif (y compris congés parentaux, invalides 1ère/2ème/3ème cat) + 55 ans < seuil + enfant < seuil - Conjoint survivant d'actif (y compris congés parentaux, invalides 1ère/2ème/3ème cat) -55 ans < seuil + enfant < seuil - Conjoints survivant d'actif ou de retraité > seuil - Conjoint survivant de retraité < seuil - Enfant survivant d'actif < seuil si le conjoint survivant non couvert ou si le conjoint survivant > seuil - Conjoints de retraité > seuil - Conjoint de bénéficiaire d'allocation chômage et de détaché < ou > seuil - Enfant de bénéficiaire d'allocation chômage et de détaché < ou > seuil - Ex conjoints ou ex concubin d'actif ou de retraité (adhésion d'ayant droit impossible) - Enfant orphelin de père et de mère d'actif ou de retraité - Ascendant/Petit enfant de retraité, de conjoint survivant d'actif ou de retraité > seuil - Ascendant/Petit enfant de détaché < ou > seuil - Enfant survivant d'actif > seuil si conjoint survivant non couvert ou si conjoint survivant > seuil - Bénéficiaires d'allocation chômage - Personnel détaché - Incapables/Invalides contrat rompu

*** L'adhésion au présent règlement est ouverte uniquement aux assurés ayant souscrit au régime de base «Confort». Les assurés ayant choisi le régime «Essentiel» ne peuvent pas adhérer au présent règlement.**

ANNEXE - TABLEAU DE GARANTIES

	OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Les remboursements interviennent sous déduction du remboursement du régime obligatoire dans la limite des frais engagés et sous déduction du régime de base			
HOSPITALISATION CHIRURGICALE (y compris maternité, secteur conventionné et non conventionné)			
Frais de séjour et fournitures diverses, salle d'opération - soins pré et post opératoires	180% BR	300% BR	400% BR
Honoraires conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	360% BR	480% BR	580% BR
Honoraires conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR	580% BR
Honoraires non conventionnés - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	180% BR	300% BR	400% BR
Honoraires non conventionnés - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	160 % BR	200 % BR	400% BR
Assistant	NEANT	50 % FR	70 % FR
Forfait hospitalier journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	2% du PMSS/jour	2,50% du PMSS/jour	3,50% du PMSS/jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20€/jour	30€/jour	40€/jour
Forfait patient urgences**	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire
HOSPITALISATION MEDICALE (y compris maternité, secteur conventionné et non conventionné)			
Hospitalisation médicale hors honoraires (frais de séjour)	260% BR	380% BR	480% BR
Honoraires - Praticien adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	260% BR	380% BR	480% BR
Honoraires - Praticien non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	200% BR	200% BR	480% BR
Forfait hospitalier journalier	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière	2% du PMSS/jour	2% du PMSS/jour	2% du PMSS/jour
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 14 ans)	20€/jour	30€/jour	40€/jour
Forfait patient urgences**	100% FR	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire de l'assuré sur les actes techniques	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire	100% de la participation forfaitaire
FRAIS DE TRANSPORT			
Remboursés par la Sécurité Sociale	150% BR	200% BR	300% BR
SOINS DE VILLE (secteur convention et non conventionné)			
Consultations, visites généralistes Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	175% BR	225% BR	325% BR
Consultations, visites généralistes non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	155% BR	200% BR	325% BR
Consultations, visites spécialistes Adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	185% BR	225% BR	325% BR

	OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Consultations, visites spécialistes non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* (y compris indemnités de déplacement)	165% BR	200% BR	325% BR
Télésurveillance médicale et Dispositifs Médicaux Numériques y compris à visée thérapeutique pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	150% BR	200% BR	300% BR
Frais d'analyses et examens de laboratoire	150% BR	200% BR	300% BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	170% BR	200% BR	300% BR
Actes de spécialité (actes en K) praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	150% BR	180% BR	300% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée* CAS	150% BR	200% BR	300% BR
Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie - non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée*	130% BR	180% BR	300% BR
Ostéodensitométrie prise en charge par la Sécurité sociale	150% BR	200% BR	300% BR
Dispositif MonSoutienPsy. Consultation de Psychologue, remboursée par la Sécurité Sociale ⁽⁶⁾	100% BR	100% BR	100% BR
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée à 65%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 30%	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie remboursée à 15%	100% BR	100% BR	100% BR
AIDE AUDITIVE OU EQUIPEMENT			
Renouvellement par appareil tous les 4 ans			
Equipement 100% Santé ⁽¹⁾ (classe I)	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾
Equipement autre que 100% Santé ⁽¹⁾ (classe II)			
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale - adulte	395 % BR limité à 1700€ TTC par aide auditive (hors accessoires)	445 % BR par aide auditive limité à 1700€ TTC (hors accessoires)	495 % BR par aide auditive limité à 2000€ TTC (hors accessoires)
Prothèses auditives prises en charge ou non par la Sécurité sociale - enfant ayant droit de moins de 29 ans	565 % BR limité à 1700€ TTC par aide auditive (hors accessoires)	615 % BR par aide auditive limité à 1700€ TTC (hors accessoires)	665 % BR par aide auditive limité à 2000€ TTC (hors accessoires)
Entretien appareillage auditifs	7 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale	8 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale	8 fois le forfait annuel prévu par la Sécurité sociale
APPAREILLAGE AUTRE QU'AUDITIF			
Appareillages et prothèses autres qu'auditives - Petits appareillages	110% BR + 20% PMSS par an et par bénéficiaire	30% PMSS par an et par bénéficiaire minimum 100 % BR	35% PMSS par an et par bénéficiaire minimum 100 % BR
Appareillages et prothèses autres qu'auditives - Gros appareillages	395 % BR	345 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire	345 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire
Entretien appareillage autres qu'auditif	395 % BR	345 % BR + 10 % PMSS par an par bénéficiaire	345 % BR + 15 % PMSS par an par bénéficiaire
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
Soins et prothèses 100% Santé ⁽¹⁾	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾
Soins dentaires	180% BR	250% BR	300% BR
Inlay - Onlay	320% BR	350% BR	375% BR
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	420% BR	490% BR	540% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁴⁾	200€/an/bénéficiaire	250€/an/bénéficiaire	300€/an/bénéficiaire
Prothèses autres que 100% Santé ⁽¹⁾			

	OPTION 1 Régime responsable	OPTION 2 Régime responsable	OPTION 3 Régime non responsable
Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale (y compris appareil brisé)	470% BR	540% BR	590% BR
Couronne, bridge et prothèse provisoire non remboursés par la Sécurité sociale	Forfait de 64,50 €/acte	Forfait de 64,50 €/acte	Forfait de 64,50 €/acte
Implant + pilier	40 % PMSS par implant (maxi 2/an/ bénéficiaire)	45 % PMSS par implant (maxi 2/an/ bénéficiaire)	45 % PMSS par implant (maxi 3/an/ bénéficiaire)
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale : Enfant et Adulte	375% BR	400% BR	450% BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁵⁾ (enfant de 16 à 29 ans)	387 € par semestre de soins	387 € par semestre de soins	387 € par semestre de soins
OPTIQUE	Un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs de -16 ans (un équipement tous les ans)		
Equipement 100% Santé ⁽¹⁾ (classe A)	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾	sans reste à payer ⁽²⁾
Equipement autre que 100% Santé ⁽¹⁾ (classe B)			
Verres adulte	Voir Grille optique	Voir Grille optique	90% FR
Verres enfant			
Monture adulte	100 €	100 €	100 % FR dans la limite de 10 % PMSS
Monture enfant	100 €	100 €	
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	75% FR	85% FR	90% FR
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	75% FR	85% FR	90% FR
Traitements chirurgicaux des troubles visuels	26% PMSS par œil et par bénéficiaire	30% PMSS par œil et par bénéficiaire	35% PMSS par œil et par bénéficiaire
AUTRES			
Maternité et adoption ⁽³⁾	18% PMSS	18% PMSS	18% PMSS
Cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale (hors thalasso thérapie)	Forfait 15% PMSS par an et par bénéficiaire	Forfait 19% PMSS par an et par bénéficiaire	Forfait 19% PMSS par an et par bénéficiaire
Traitement anti-tabac remboursé par la Sécurité sociale	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire	50 € par an et par bénéficiaire
Frais d'obsèques	NEANT	5 % PASS	10 % PASS
Médecine alternative : Ostéopathie - Acupuncture - Chiropractie - Etiopathie	40€ par séance (maxi 3/an/bénéficiaire)	45€ par séance (maxi 3/an/bénéficiaire)	50€ par séance (maxi 5/an/bénéficiaire)

FR : frais réels

BR : base de remboursement retenue par l'assurance maladie pour le versement des prestations

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

* Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

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

(2) Dans la limite des frais réellement engagés et des prix limites de vente.

(3) Pour la naissance d'un enfant né viable, l'allocation est doublée en cas de naissance multiple. Ce forfait est destiné à rembourser l'ensemble des frais liés à la naissance y compris la chambre particulière. Versement de la même allocation en cas d'adoption d'un enfant de moins de 12 ans.

(4) Seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement. Les actes «codés» NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale ».

(5) Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

(6) Séances effectuées par un psychologue référencé par la Sécurité sociale. Liste des psychologues référencés disponible sur monsoutienpsy.sante.gouv.fr

GRILLE OPTIQUE - ADULTE

Les prestations ci-dessous sont exprimées hors remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte des remboursements prévus par le régime obligatoire souscrit par le CEA.

DESIGNATION	TYPE	OPTION 1 et 2 (par verre)
UNIFOCAUX CLASSE B		
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	160 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	300 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	160 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de [0 à - 6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	160 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	300 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B		
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	300 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de] -4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	350 €
sphère de [0 à - 4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de] -4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	350 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* entre] +6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	350 €

S* = somme de la sphère et du cylindre



GRILLE OPTIQUE - ENFANT

Les prestations ci-dessous sont exprimées hors remboursement de la Sécurité sociale et tiennent compte des remboursements prévus par le régime obligatoire souscrit par le CEA.

DESIGNATION	TYPE	OPTION 1 et 2 (par verre)
UNIFOCAUX CLASSE B		
sphère [-6,00 à +6,00]	Sphérique	160 €
sphère]-6,00 à -12,00] ou de]+6,00 à +12,00]	Sphérique	300 €
sphère <-12 ou sphère > +12	Sphérique	300 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	160 €
sphère <-6 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de [0 à -6,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-6 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 8	Sphéro-cylindrique	160 €
sphère > 0 et S* > +8,00	Sphéro-cylindrique	300 €
MULTIFOCAUX/PROGRESSIFS CLASSE B		
sphère [-4,00 à +4,00]	Sphérique	300 €
sphère]-4,00 à -8,00] ou de]+4,00 à +8,00]	Sphérique	300 €
sphère <-8 ou sphère > +8	Sphérique	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) [0,25 à 4,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de [0 à -4,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère de]-4,00 à -8,00] et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère <-8 et cylindre (+) > 4	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* ≤ 6	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* entre] +6,00 à +12,00]	Sphéro-cylindrique	300 €
sphère > 0 et S* > +12,00	Sphéro-cylindrique	300 €

S* = somme de la sphère et du cylindre

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



MHN, MALAKOFF HUMANIS NATIONALE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité,
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 339 358 681

Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis - 21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com

