

RÈGLEMENT MUTUALISTE DES GARANTIES SANTÉ INDIVIDUELLES

TITRE I	DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
Article 1	OBJET	3
Article 2	MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE : INFORMATION DES ADHÉRENTS	3
Article 3	ADHÉSION	3
3.1	Forme et conditions de l'adhésion	3
3.2	Effet de l'adhésion	3
3.3	Mutation	3
Article 4	ENTRÉE EN VIGUEUR ET MODIFICATION DES GARANTIES	3
4.1	Entrée en vigueur des garanties	3
4.2	Modification des garanties à l'initiative du membre participant	3
4.3	Modification des prestations à l'initiative de la mutuelle	4
Article 5	RÉSILIATION	4
5.1	Résiliation à l'initiative du membre participant	4
5.1.1	Faculté de résiliation annuelle	4
5.1.2	Faculté de résiliation exceptionnelle	4
5.2	Résiliation à l'initiative de la mutuelle	4
5.3	Résiliation en raison du décès du membre participant	4
Article 6	CESSATION DES GARANTIES	4
Article 7	PRESCRIPTION	4
Article 8	DÉCHÉANCE	4
Article 9	SERVICES ASSOCIÉS	5
Article 10	FAUSSES DÉCLARATIONS	5
Article 11	CONTRÔLE	5
Article 12	FONDS D'ACTION SOCIALE	5
Article 13	INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	5
Article 14	RECOURS	5
Article 15	AUTORITÉ DE CONTRÔLE	5
TITRE 2	COTISATIONS	5
Article 16	FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS	5
16.1	Cotisations frais de santé (branche 1-2)	5
16.2	Prestations relevant de la branche 20 ou 21 (obsèques natalité)	5
16.3	Mode de calcul des cotisations	5
16.4	Païement des cotisations	6
16.5	Non paiement des cotisations	6
16.6	Exonération de la cotisation	6
TITRE 3	GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	6
Article 17	RISQUES COUVERTS	6
Article 18	BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	6
Article 19	ASSIETTE DES PRESTATIONS	6
Article 20	RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	6
Article 21	LIMITE DES REMBOURSEMENTS	7
Article 22	SUBROGATION	7
22.1	Subrogation à l'égard des tiers	7
22.2	Subrogation à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire	7
Article 23	EXCLUSIONS	7
Article 24	TIERS PAYANT	7
ANNEXE 1	QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE	8
ANNEXE 2	LISTE DE D.M.T (DISCIPLINES MÉDICO TARIFAIRE)	9

ARTICLE 1. OBJET

Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de santé », de nuptialité et d'obsèques et d'allocation hospitalière au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 112-1 et suivants du Code de la mutualité.

Ce règlement est constitué :

- des dispositions communes à l'ensemble des garanties individuelles garanties directement par ADRÉA Mutuelle.
 - des fiches « gamme » qui présentent les gammes de garantie. Elles précisent les prestations incluses dans les garanties et non assurées directement par la Mutuelle (article L. 221-3 du Code de la mutualité) ou dans le cadre d'une convention d'intermédiation. Elles peuvent prévoir des conditions d'adhésion liées à l'âge ou à l'affiliation au Régime obligatoire d'assurance maladie.
 - des fiches « garanties » qui présentent l'étendue des garanties.
- Elles indiquent l'organisme assureur de la prestation.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime de Sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants, dans le respect des dispositions légales.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Pour ces opérations, sauf stipulation dans la fiche gamme, la Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

ARTICLE 2. MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE : INFORMATION DES ADHÉRENTS

L'Assemblée Générale adopte les règlements mutualistes ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Elle peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la mutualité et les statuts.

Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le Code de la mutualité. Elles leur sont opposables dès leur notification.

ARTICLE 3. ADHÉSION**3.1. Forme et conditions de l'adhésion**

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

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

La fiche gamme peut prévoir des modalités spécifiques d'adhésion.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion telle que définie à l'article 3.2.

Il bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit sera signalé à la Mutuelle dans les meilleurs délais. La demande d'adhésion d'un ancien membre participant ayant été radié de la mutuelle pour non-paiement des cotisations pourra être acceptée après régularisation des sommes dues à la mutuelle.

3.2. Effet de l'adhésion

L'adhésion du membre participant est annuelle, elle se renouvelle par tacite reconduction. L'adhésion prend effet au plus tôt, le 1er jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé par le membre participant accompagné d'un premier règlement de la cotisation, sauf disposition contraire expressément prévue dans la fiche « gamme ». Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive sauf cas de mutation (article 3.3).

L'adhésion d'un enfant nouveau-né ou nouvellement adopté, inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption, rétroagit au jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant lorsque l'un de ses parents est déjà membre participant. A défaut, l'adhésion de l'enfant a la même date d'effet que celle du membre participant.

Le membre participant dispose d'un droit de renonciation (article L.221-18 du Code de la mutualité) lorsque la souscription a été intégralement réalisée à distance et à titre privé (non professionnel). La demande doit être adressée à la Mutuelle dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception par le membre participant des documents contractuels (bulletin d'adhésion, des statuts et des règlements ou d'une fiche d'information).

L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 5 du présent règlement.

3.3. Mutation

En cas de « mutation » d'un autre organisme, alors qu'une période maximale de deux mois s'est écoulée entre la radiation de l'adhérent et la demande d'adhésion à la Mutuelle, l'adhésion peut, sur demande du membre participant, prendre effet rétroactivement au jour de la radiation dans le précédent organisme, sous réserve du paiement de l'entière cotisation due pour la période de couverture et de la présentation d'un certificat de radiation.

ARTICLE 4. ENTRÉE EN VIGUEUR ET MODIFICATION DES GARANTIES**4.1. Entrée en vigueur des garanties**

Les garanties s'appliquent selon les dispositions prévues dans les fiches gamme.

Les fiches gamme précisent les possibilités et les modalités de panachage des garanties au sein d'une même famille (membre participant et ayants droit).

Elles précisent également les conditions d'âge prévues pour la souscription des garanties.

4.2. Modification des garanties à l'initiative du membre participant

La fiche « gamme » précise les possibilités et les modalités de changement d'option au sein d'une même famille.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un bulletin modificatif.

Toutefois, le membre participant peut demander le changement de la garantie, en cours d'année, indépendamment des modalités de changement définies par la fiche gamme dans les cas suivants :

- changement de situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, fin d'enfants à charge, décès)
- changement de régime de Sécurité Sociale
- départ à la retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La modification doit être demandée au plus tard dans le délai de 3 mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

4.3. Modification des prestations à l'initiative de la Mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 5. RÉSILIATION

5.1. Résiliation à l'initiative du membre participant

5.1.1. Faculté de résiliation annuelle

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est **signifiée par lettre recommandée AR au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat telle que prévue dans la fiche gamme.**

La demande de résiliation est également acceptée lorsqu'elle fait l'objet d'une remise en main propre, par le membre participant, dans l'une des agences de la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat telle que prévue dans la fiche gamme.

La remise de la demande de résiliation en main propre devra donner lieu à la signature d'un récépissé par le membre participant.

Seul le membre participant est habilité à demander la résiliation d'un ayant droit.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance annuelle.

La résiliation d'une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel peut être demandée dans les conditions de la loi CHATEL reprise dans l'article L. 221-10 du Code de la mutualité.

5.1.2. Faculté de résiliation exceptionnelle

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou, en cas de changement de situation, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure du membre participant et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Ainsi, lorsqu'un changement de situation limité aux événements suivants :

- changement de situation matrimoniale (mariage, PACS, divorce, séparation),
- changement de profession (vous êtes salarié et devenez travailleur indépendant ou inversement ; vous allez bénéficier d'un régime spécial d'assurance maladie obligatoire dont la prise en charge est différente de celle du régime général),
- départ en retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle.

a pour effet de modifier la nature du risque (le changement de nature du risque implique que les niveaux de prise en charge par la mutuelle de vos frais de santé soient modifiés par votre changement de situation) pour lequel le membre est assuré, il peut demander la résiliation, à titre exceptionnel de son adhésion.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle prend effet au premier jour du mois suivant sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception et sur présentation d'un justificatif.

La résiliation exceptionnelle entraînera la radiation du membre participant et le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

5.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité

et à l'article 16-5 du présent règlement (non-paiement des cotisations).

5.3. Résiliation en raison du décès du membre participant

La résiliation du membre participant intervient au 1er jour du mois qui suit le décès. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

L'adhésion cesse de produire effet pour tous les membres participants et ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. L'éventuel trop perçu des cotisations sera remboursé par la Mutuelle.

La Mutuelle proposera aux ayants droits la poursuite de leur garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif.

ARTICLE 6. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire ses effets, dans les conditions définies à l'article 5.3 du présent règlement, pour le membre participant et ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion en cas de décès du membre participant. Toutefois, à défaut de dispositions spécifiques relatives au maintien de la garantie en cas de décès dans la fiche gamme, le conjoint peut demander à bénéficier des mêmes garanties à la condition d'adhérer à la mutuelle et d'en faire la demande dans un délai de 6 mois.

Les garanties cessent pour le membre participant ou l'ayant droit dès lors qu'ils cessent de répondre aux conditions d'accès fixées par certaines garanties. Dans ce cas, à défaut de règles spécifiques indiquées dans la fiche gamme ou la fiche garantie, la résiliation prend effet à l'échéance annuelle.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En cas de résiliation, l'éventuel trop perçu de cotisation sera remboursé par la mutuelle. De même, les prestations qui auraient pu être versées à tort après la date d'effet de la résiliation devront être remboursées à la mutuelle par le membre participant ou ses héritiers ou son mandataire.

Quelle que soit la cause de cessation des garanties et de résiliation, la carte de droits (tiers payant) doit être restituée à la mutuelle.

ARTICLE 7. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par **deux ans** à compter de l'évènement qui y donne naissance. S'agissant toutefois, des prestations obsèques, la prescription est portée à **dix ans**, lorsqu'elle est versée à un bénéficiaire différent du membre participant.

Toutefois, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, ce délai ne court que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

La prescription peut être interrompue par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription telle que définie par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Demande en justice, même en référé ;
- Acte d'exécution forcée ;

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la Mutuelle à l'assuré en ce qui concerne le paiement de la prime ; par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

ARTICLE 8. DÉCHÉANCE

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins.

ARTICLE 9. SERVICES ASSOCIÉS

En complément de ses garanties, la Mutuelle, peut, dans le cadre de conventions spécifiques passées avec des prestataires de services extérieurs, permettre à ses adhérents de bénéficier de services d'aides en nature ou en espèces.

La fiche gamme remise à l'adhérent définit la nature des prestations fournies, les conditions d'attribution et porte mention des coordonnées du prestataire.

ARTICLE 10. FAUSSES DÉCLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, **la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle**, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 11. CONTRÔLE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le membre participant et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et le membre participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la mutuelle et le membre participant.

TITRE II COTISATIONS

ARTICLE 16. FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

16.1. Cotisations frais de santé (branche 1-2)

Les cotisations sont fixées, pour une période précisée dans la fiche « gamme » par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière afin de faire face, le cas échéant, aux nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles. Il peut en être de même en cas de variation importante du volume du coût des soins en cours d'exercice. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 12. FONDS D'ACTION SOCIALE

L'adhésion au présent règlement offre aux membres participants en cas de difficultés matérielles ou financières liées à la santé, la possibilité de solliciter par courrier circonstancié, le fonds social. Ce fonds social est géré par le conseil de la section territoriale, selon des règles d'attribution et dans les limites d'un budget décidé par le Conseil d'Administration. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention n'est susceptible d'aucun recours.

ARTICLE 13. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune information gérée directement par la mutuelle ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

ARTICLE 14. RECOURS

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent règlement doivent être adressées par écrit à ADREA Mutuelle, soit par courrier à ADREA Mutuelle - Service Réclamations - 67 rue des Cras 25041 BESANÇON Cedex, soit par mail à reclamations@adreamutuelle.fr. Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

En cas de désaccord avec la Mutuelle, le membre participant et les ayants droit peuvent avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. À cet effet, le membre participant ou son ayant droit peuvent prendre contact avec le Médiateur par courrier ou par mail aux adresses suivantes :

- Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF, 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15
- mediation@mutualite.fr

ARTICLE 15. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.

16.2. Prestations obsèques - natalité (branche 20 ou 21)

Ces prestations sont fixées par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration s'il en a reçu délégation de l'Assemblée Générale, qui peut à tout moment en modifier le montant en respectant les règles d'information des adhérents prévues par le Code de la mutualité. L'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration, s'il en a reçu délégation de l'Assemblée Générale, décide chaque année de la cotisation ou de la part de cotisation affectée à cette prestation.

16.3. Mode de calcul des cotisations

Les modes de calcul des cotisations sont déterminés conformément au Code de la mutualité et sont précisés dans les fiches « gamme ».

Les cotisations intègrent les taxes (Taxe de solidarité

additionnelle, TCA,...) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements.

16.4. Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel.

Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle.

La périodicité peut être modifiée par le membre participant sur demande écrite.

Le paiement mensuel s'effectue par prélèvement. En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs), le mode de paiement par prélèvement peut être supprimé et la cotisation reste due pour la période restant à courir.

En cas d'incident de paiement, rejet de prélèvement ou chèque impayé, il sera imputé au membre participant participant le montant des frais bancaires payés par la Mutuelle au titre de cet incident.

En cas d'adhésion en cours d'année, les cotisations sont calculées prorata temporis.

En cas de décès, la cotisation est due jusqu'à la fin du mois du décès. La cotisation est remboursée au prorata.

16.5. Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de

l'engagement en justice, **les garanties seront suspendues 30 jours après la mise en demeure du membre participant.**

Au 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 ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée, 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 échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement précisés dans la fiche gamme.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des prestations, versées après la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

16.6. Exonération de la cotisation

La fiche « gamme » précise les modalités d'exonération de la cotisation.

TITRE III GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 17. RISQUES COUVERTS

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française.

Il peut également s'agir des prestations en espèces ou des prestations complémentaires et/ou supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale.

Il peut s'agir également de prestations exprimées forfaitairement ou en pourcentage de la dépense pour le remboursement des dépenses non prises en charge par les Assurances Sociales liées à un événement (voir fiche garantie). Ces prestations sont précisées dans les fiches « garantie ».

Les frais de santé en hospitalisation sont remboursés sur la base de ce qui est prévu dans la fiche garantie et conformément à la liste des D.M.T. en annexe 2 du présent Règlement Mutualiste.

Le caractère responsable ou non responsable des garanties est précisé sur la fiche garantie. Les garanties responsables respectent l'ensemble des critères indiqués en annexe 1 du présent Règlement Mutualiste.

ARTICLE 18. BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont définis dans le bulletin d'adhésion.

Ils peuvent être, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- le membre participant ;
- le ou les ayants droit tels que définis dans les fiches « gamme »

ARTICLE 19. ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations sont basées sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire française en vigueur ou sur des montants forfaitaires indiqués dans la fiche technique de chaque garantie, ou en pourcentage de la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le

remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoires français, et qui figurent dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

Si les remboursements ou les bases de remboursement du régime d'Assurance Maladie obligatoire sont modifiés avant l'échéance annuelle du contrat, la Mutuelle se réserve le droit de calculer le remboursement complémentaire sur la base des modalités antérieures de prise en charge par le régime obligatoire.

Seuls les frais correspondant à des actes réalisés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Les soins qui auraient débutés avant l'adhésion à la mutuelle, ou qui se poursuivent après la résiliation seront indemnisés pour la seule part des actes réalisés durant la période de couverture ouverte auprès de la mutuelle.

Sauf exclusions générales prévues à l'article 23 ou particulières propres à chaque prestation, la Mutuelle complète les remboursements des régimes d'assurance maladie obligatoire selon le détail figurant dans les fiches « garantie ».

Sauf cas particuliers précisés dans les fiches « garanties », l'absence de prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

ARTICLE 20. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte du membre participant ou de ses ayants-droit :

- soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire, sauf renonciation

du membre participant ou de ses ayants droit.

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
- les décomptes originaux, délivrés par le régime d'assurance maladie obligatoire ;
- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;
- les photocopies des notifications du régime d'assurance maladie obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;

Des justificatifs pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité, ...
- pour les actes refusés, mais codifiés par le Régime d'assurance maladie obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le Régime d'assurance maladie obligatoire (prothèses dentaires, par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

Sur demande du membre participant, le règlement des prestations peut s'effectuer auprès d'une tierce personne (à titre d'exemple : tuteur, pompes funèbres pour les garanties obsèques...)

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire lorsque ceux-ci interviennent. Dans le cas contraire, la date retenue est celle de la facturation.

En cas de décès du membre participant, le paiement des prestations dues sera effectué à son conjoint ou à ses héritiers qui se seront manifestés et qui auront justifié de cette qualité. Les pièces et justifications quand elles ont donné lieu à prestations seront conservées par la Mutuelle.

ARTICLE 21. LIMITE DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants-droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, **les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.** Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite des remboursements prévus dans la fiche « garantie » et des clauses de ses statuts.

Des limites de remboursement de prestations peuvent être précisées dans les fiches « gamme ».

ARTICLE 22. SUBROGATION

22.1. Subrogation à l'égard des tiers

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres

participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de la Mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants-droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime.

22.2. Subrogation à l'égard des caisses d'Assurance Maladie Obligatoire

L'adhésion à la Mutuelle entraîne subrogation de plein droit de celle-ci dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses de Sécurité Sociale et des caisses de Sécurité Sociale des régimes spéciaux obligatoires pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

ARTICLE 23. EXCLUSIONS

Pour l'ensemble des garanties responsables ou non-responsables, la Mutuelle applique les exclusions de prise en charge prévues aux articles L.871-1 et R. 871-1 du code de la Sécurité sociale et telles que précisées au 3° de l'annexe 1 du présent Règlement Mutualiste.

En outre, sous réserve des obligations de prise en charge prévues par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale (contrat responsable) qui priment sur les dispositions suivantes, **la Mutuelle ne prend pas en charge les traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie et les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels.**

Seuls les séjours en Médecine, Chirurgie, Soins de Suite et de Réadaptation et Psychiatrie peuvent faire l'objet d'un remboursement de la mutuelle, sur la base de ce qui est prévu dans la fiche garantie et conformément à la liste des D.M.T. en annexe 2 du présent Règlement Mutualiste.

Ne donnent droit à aucun remboursement, les actes non pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans les fiches « garantie » et dans la limite des montants exprimés.

ARTICLE 24. TIERS PAYANT

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements ou prestataires auxquels elle a recours, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit. Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier ou le professionnel de santé il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ce bénéficiaire est alors 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.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1^{er} janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les fiches gammes ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables » conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Une garantie responsable doit prévoir :

1°) Des prises en charge obligatoires :

- la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= **100% du Ticket modérateur**), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales ;
- la prise en charge de l'intégralité du **forfait journalier hospitalier**, sans limitation de durée

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- **Dépassement d'honoraires des médecins** : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire **n'a pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)*** prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement Sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

*Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3°) Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives :

- **Remboursement Optique** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
 - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP¹ après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le

prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- **Remboursement des aides auditives** : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :

- La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
- La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4 ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- **Remboursement dentaire** : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :

- La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
- La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.

4°) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficier du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de cette garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

ANNEXE 2 LISTE DE D.M.T (DISCIPLINES MÉDICO TARIFAIRE)

DMT	Libellé	Risque
35	Scannographie	MEDECINE
39	Radiothérapie Externe (caesium, cobalt)	MEDECINE
43	Curiothérapie	MEDECINE
76	Immunologie (sans autre indication)	MEDECINE
101	Médecine générale	MEDECINE
102	Maladies Infectieuses	MEDECINE
103	Toxicologie (compris activité centre antipoison)	MEDECINE
104	Réanimation Médicale (compris soins intensifs)	MEDECINE
105	Réanimation Polyvalente (médicale et chirurgicale y compris soins intensifs)	CHIRURGIE
106	Surveillance Continue- Médecine (non compris soins intensifs)	MEDECINE
107	Surveillance Continue Polyvalente	CHIRURGIE
108	Pédiatrie Indifférenciée	MEDECINE
109	Pédiatrie Enfants et Adolescents	MEDECINE
110	Pédiatrie Nouveau-Nés & Nourrissons	MEDECINE
111	Pédiatrie Nourrissons	MEDECINE
112	Néonatalogie	MEDECINE
113	Médecine Gériatrique	MEDECINE
114	Spécialités Médicales Indifférenciées	MEDECINE
115	Allergologie	MEDECINE
116	Dermatologie et Vénérologie Indifférenciées	MEDECINE
117	Dermatologie	MEDECINE
118	Vénérologie	MEDECINE
119	Endocrino-Diabète-Nutrition & métabo	MEDECINE
120	Endocrinologie	MEDECINE
121	Diabétologie	MEDECINE
122	Nutrition Métabolisme	MEDECINE
123	Hématologie et Maladie du sang	MEDECINE
124	Hépatogastro-Entérologie	MEDECINE
125	Maladies Tropicales et Exotiques	MEDECINE
126	Médecine Carcinologique	MEDECINE
127	Médecine Cardio-Vasculaire	MEDECINE
129	Neurologie	MEDECINE
130	Pneumologie Indifférenciée	MEDECINE
131	Pneumologie non Tuberculeuse	MEDECINE
132	Phtisiologie	MEDECINE
133	Rhumatologie	MEDECINE
134	Radiothérapie & Médecine Nucléaire	MEDECINE
135	Radiothérapie	MEDECINE
136	Médecine Nucléaire	MEDECINE
137	Chirurgie	CHIRURGIE
138	Chirurgie Infantile Indifférenciée	CHIRURGIE
139	Chirurgie Enfants et Adolescents	CHIRURGIE
140	Chirurgie Nouveau-Nés et Nourrissons	CHIRURGIE
141	Réanimation Chirurgicale Indifférenciée	CHIRURGIE
142	Surveillance Continue en Chirurgie	CHIRURGIE
143	Surveillance Chirurgicales Indifférenciées	CHIRURGIE
144	Chirurgie Carcinologique	CHIRURGIE
145	Chirurgie des Grands Brûlés	CHIRURGIE
146	Chirurgie Digestive	CHIRURGIE
147	Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire	CHIRURGIE
148	Chirurgie Thoraco-Pulmonaire	CHIRURGIE
149	Chirurgie Vasculaire	CHIRURGIE
150	Chirurgie Cardio-Vasculaire	CHIRURGIE
151	Neurochirurgie	CHIRURGIE
152	Orthopédie -Traumatologie & Chirurgie Plastique	CHIRURGIE
153	Orthopédie-Traumatologie	CHIRURGIE
154	Chirurgie Plastique Réparatrice	CHIRURGIE
155	ORL & Ophtalmologie Indifférenciés	CHIRURGIE
156	O.R.L.	CHIRURGIE
157	Ophtalmologie	CHIRURGIE
158	Stomatologie & Chirurgie Maxillo-Faciale	CHIRURGIE
159	Stomatologie	CHIRURGIE
160	Chirurgie Maxillo-Faciale	CHIRURGIE
161	Urologie	CHIRURGIE
162	ORL Ophtalmologie & Stomatologie	CHIRURGIE
163	Gynécologie Obstétrique Indifférenciée	CHIRURGIE
164	Gynécologie	CHIRURGIE
165	Obstétrique	MATERNITE
166	Chroniques et Convalescents Indifférenciés	SSR
167	Chronique	SSR
168	Repos-Convalescence-Régime Indifférenciés	SSR
169	Repos	SSR
170	Convalescence	SSR
171	Régime (diététique)	SSR
172	Rééducation Fonction. et Réadaptation polyvalente	SSR
173	Cure Thermale Indifférenciée	SSR
174	Médecine Générale et spécialités médicales indifférenciées	MEDECINE
176	Long séjour pour pers/ayant perdu leur autonomie de vie	EXCLU
177	Cure Médicale en établissement d'Hébergement pour personnes âgées	EXCLU
178	Rééducation Fonction. et Réadaptation motrice	SSR
179	Rééducation Fonction. et Réadaptation neurologique	SSR
180	Rééducation des Affections Respiratoires	SSR
181	Chirurgie Générale & spécialités chirurgicales indifférenciées	CHIRURGIE
182	Rééducation des Maladies Cardiovasculaires	SSR
183	Maternité Obstétrique sans possibilité chirurgicale	MATERNITE
184	Rééducation des Affections Hépatodigestives	SSR
185	Repos Convalescence Indifférenciés	SSR
187	Rééducation Fonction. et Réadaptation	SSR
189	Cure Thermale des Voies Respiratoires	SSR
190	Cure Thermale de l'appareil cardio-vasculaire	SSR
191	Cure Thermale des affections hépatodigestives	SSR
192	Cure Thermale de l'appareil génito-urinaire	SSR
193	Cure Thermale en Rhumatologie & Séquelles de traumatologie	SSR
194	Cure Thermale en Dermatologie	SSR
195	Lutte contre les toxicomanies	SSR
196	Lutte contre l'Alcoolisme (y compris alcoologie)	SSR
198	Lutte contre le Cancer (C.R.L.)	MEDECINE
206	Lutte Anti-Hansénienne (lèpre)	MEDECINE
211	Accueil et traitement des urgences	MEDECINE
212	Soins en EHPAD (personnes âgées)	EXCLU
214	Postcure Alcooliques	SSR
217	Lutte contre Tuberculose Indifférenciée	SSR
219	Lutte contre la Tuberculose Pulmonaire	SSR
220	Lutte contre la Tuberculose Extra-pulmonaire	SSR
221	Cure et Repos en Préventorium	SSR
222	Traitement Préventif de la Tuberculose	SSR
223	Médecine Générale ou Polyvalente	MEDECINE
224	Observation et Traitement des pneumoconioses	MEDECINE
225	Médecine Interne	MEDECINE
226	Accueil/Orientation des malades atteints de Tuberculose Pulmonaire	MEDECINE
227	Postcure pour Tuberculeux	SSR
230	Psychiatrie Générale	PSYCHIATRIE
235	Soins intensifs néonatalogie	MEDECINE
236	Psychiatrie Infanto-Juvenile	PSYCHIATRIE
252	Pouponnière à Caractère Sanitaire	SSR
263	Placement Familial Sanitaire	EXCLU
267	Action médico-sociale précoce pour enfants polyhandicapés	EXCLU
268	Action médico-sociale précoce pour autre catégorie de clientèle	EXCLU
269	Soins de type foyer à double tarification pour adulte handicapé	EXCLU
270	Education Générale et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels	EXCLU
271	Education Générale et soins spécialisés pour tous types de déficiences	EXCLU
273	Hébergement en service de soins de longue durée	EXCLU
278	Aide psychologique universitaire	EXCLU
279	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
280	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
281	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
282	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
283	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
284	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
285	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
286	Education professionnelle et soins spécialisés	EXCLU
287	Education professionnelle et soins spécialisés	EXCLU
288	Education professionnelle et soins spécialisés	EXCLU
289	Education professionnelle et soins spécialisés	EXCLU
290	Education professionnelle et soins spécialisés	EXCLU
291	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
292	Education Générale et soins spécialisés pour enfants polyhandicapés	EXCLU
293	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
294	Education Générale et soins spécialisés pour enfants déficients moteurs	EXCLU
295	Education Générale et soins spécialisés pour enfants déficients visuels	EXCLU
296	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
297	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
298	Education Générale et soins spécialisés pour enfants déficients auditifs	EXCLU
299	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
300	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
301	Education Générale et soins spécialisés	EXCLU
302	Chimiothérapie en Hématologie et Cancérologie	MEDECINE
303	Urgence Médicale (service de porte)	MEDECINE
304	Transplantation du Foie	CHIRURGIE
305	Transplantation Rénale	CHIRURGIE
306	Transplantations Cardiaques	CHIRURGIE
307	Urgence Chirurgicale (service de porte)	CHIRURGIE
308	Urgence Indifférenciées (service de porte)	MEDECINE
309	Interruption Volontaire de Grossesse	CHIRURGIE
310	Examens de Santé et Bilans	MEDECINE
311	Transplantation Cœur-Poumon	CHIRURGIE
312	Néphrologie	MEDECINE
313	Psychiatrie - soins sans consentement	PSYCHIATRIE
314	Allogreffe de Moelle Osseuse	CHIRURGIE
316	Autres Transplantation d'Organes	CHIRURGIE
318	Action Médicosociale Précoce pour tous types de déficiences	EXCLU
319	Soins & Education Spécialisée A Domicile	EXCLU
320	Activité des C.M.P.P.	EXCLU
321	Action Médico-Sociale Précoce pour enfants déficients auditifs	EXCLU
322	Action Médico-Sociale Précoce pour enfants déficients visuels	EXCLU
323	Action Médico -Sociale Précoce pour enfants déficients moteurs	EXCLU
324	Action Médico -Sociale Précoce pour enfants déficients intellectuels	EXCLU
325	Placement Familial Spécialisé pour enfants handicapés	EXCLU
338	Rééducation Professionnelle pour adultes déficients moteurs	EXCLU
339	Rééducation Professionnelle pour adultes déficients intellectuels	EXCLU
340	Hébergement et soins en maison d'Accueil Spécialisée	EXCLU
341	Hébergement et soins en maison d'Accueil Spécialisée pour adultes handicapés	EXCLU
342	Hébergement et soins en maison d'Accueil Spécialisée	EXCLU
343	Hospice	EXCLU

344	Hospice pour personnes valides	EXCLU
345	Hospice pour personnes Demi-Valides	EXCLU
346	Hospice pour personnes Invalides	EXCLU
347	Maison de Retraite	EXCLU
348	Maison de Retraite pour personnes Valides	EXCLU
349	Maison de Retraite pour personnes Invalides	EXCLU
350	Logement Foyer pour personnes âgées FI	EXCLU
351	Logement Foyer pour personnes âgées F2	EXCLU
355	Centres de Jour	EXCLU
358	Soins A Domicile	MEDECINE
381	Hébergement des familles des personnes hospitalisées	EXCLU
389	Lutte Contre la Stérilité	MEDECINE
397	Maison d'Accueil Spécialisée pour personnes handicapés	EXCLU
398	Placement Familial Spécialisé pour adultes handicapés	EXCLU
399	Pré-Orientation pour Adultes Handicapés	EXCLU
401	Unité de proximité d'accueil de traitement et d'orientation urgences UPATOU	MEDECINE
402	SAU Service d'accueil et de traitement des Urgences	MEDECINE
403	Pole spécialisé d'urgence POSU en pédiatrie	MEDECINE
404	Pole spécialisé d'urgence en ophtalmologie	MEDECINE
405	Pole spécialisé d'urgence en cardiologie	MEDECINE
406	Pole spécialisé d'urgence en traumatologie	MEDECINE
407	Pole spécialisé d'urgence en SOS main	MEDECINE
408	Pole spécialisé d'urgence en neurochirurgie	CHIRURGIE
409	Autre pôle spécialisé d'urgence (POSU)	MEDECINE
457	Cure Médicale Spécialisée contre la tuberculose indifférenciée	SSR
458	Cure Médicale Spécialisée contre la tuberculose pulmonaire	SSR
459	Cure Médicale Spécialisée contre la tuberculose extra pulmonaire	SSR
460	Cure Médicale Spécialisée contre la tuberculose (prév.)	SSR
462	Cure Médicale Spécialisée pour enfants	SSR
463	Cure Médicale Spécialisée pour tous âges	SSR
464	Cure Médicale Spécialisée en Pneumologie pour enfants	SSR
465	Cure Médicale Spécialisée en Pneumologie pour tous âges	SSR
466	Convalescence Réadaptation pour personnes âgées	SSR
467	Cure Médicale Spécialisée en Cardiologie pour enfants	SSR
468	Cure Médicale Spécialisée en Cardiologie pour tous âges	SSR
471	Médecine générale	MEDECINE
500	Education Prof. et soins spécialisés pour adolescents déficients visuels	EXCLU
501	Education Prof. et soins spécialisés pour adolescents polyhandicapés	EXCLU
502	Education Prof. et soins spécialisés pour adolescents déficients intellectuels	EXCLU
503	Education Prof. et soins spécialisés pour tous types de déficiences	EXCLU
504	Education Prof. et soins spécialisés pour enfants déficients intellectuels	EXCLU
505	Education générale et soins spécialisés pour tous types de déficiences	EXCLU
506	Rééducation Professionnelle pour autre catégorie de clientèle	EXCLU
552	Entraînement à L'Hémodialyse à domicile	MEDECINE
553	Entraînement à la Dialyse Péritonéale à domicile	MEDECINE
554	Entraînement à la Dialyse Péritonéale continue	MEDECINE
555	Dialyse Péritonéale	MEDECINE
556	Dialyse Péritonéale Continue	MEDECINE
557	O.R.L. et Stomatologie Indifférenciés	CHIRURGIE
558	Logement Foyer & Section Cure	EXCLU
559	Education générale et Soins spécialisés	EXCLU

560	Maison de Retraite & Section C	EXCLU
567	Action Socio-Educative Liée au	EXCLU
575	Rééducation Professionnelle pour Handicapés	EXCLU
586	Hospices et Sections de cure Médicalisée	EXCLU
587	Maison de Retraites Semi-Valide	EXCLU
588	Soins courants en Etablissement Hébergement pour personnes âgées	EXCLU
590	Education Générale et Professionnelle indifférenciées	EXCLU
591	Education Générale et Professionnelle indifférenciées et soins spécialisés	EXCLU
592	Education Générale et Professionnelle indifférenciées et soins spécialisés	EXCLU
593	Accueil de l'enfant accompagnant la mère convalescente	EXCLU
594	Repos Prénatal	SSR
595	Convalescence Post-Natale	SSR
604	Cure Médicale Non Spécialisées pour enfants (MECS ouverte en permanence)	SSR
605	Cure Médicale Non Spécialisées pour enfants (MECS ouverte en temporaire)	SSR
606	Cure Thermale pour enfants (MECS ouverte en permanence)	SSR
607	Cure Thermale pour enfants (MECS ouverte en temporaire)	SSR
608	Cure Médic.p/Enf. Atteint D'Aff. chron.non.tub.voies resp (MECS ouverte en perm.)	SSR
609	Cure Médic.p/Enf. Atteint D'Aff. chron.non.tub.voies resp (MECS ouverte temp.)	SSR
610	Cure Médic.p/Enf. Conv.Rhumat. Aigus (MECS ouverte en permanence)	SSR
611	Cure Médic.p/Enf. Conv. Rhumat.Aigus (MECS ouverte temporairement)	SSR
612	Cure Médic.p/Enf. Diabétiques (MECS ouverte en permanence)	SSR
613	Cure Médic.p/Enf. Diabétiques (MECS ouverte temporairement)	SSR
614	Cure Médic.p/Enf. Epileptiques (MECS ouverte en permanence)	SSR
615	Cure Médic.p/Enf. Epileptiques (MECS ouverte temporairement)	SSR
616	Cure Méd.p/Enf. DéficienceTemporaire Somato Psych (MECS ouverte en permanence)	SSR
617	Cure Méd.p/Enf. DéficienceTemporaire Somato Psych (MECS ouverte temp.)	SSR
618	Cure Médic.p/Enf. Hémophiles (MECS ouverte en permanence)	SSR
619	Cure Médic.p/Enf. Hémophiles (MECS ouverte temporairement)	SSR
620	Cure Médic.p/Enf. Atteint Infr. Orthopédique (MECS ouverte en permanence)	SSR
621	Cure Médic.p/Enf. Atteint Infr Orthopédique (MECS ouverte temporairement)	SSR
622	Cure Médic.p/Enf. Enurétiques (MECS ouverte en permanence)	SSR
623	Cure Médic.p/Enf. Enurétiques (MECS ouverte temporairement)	SSR
624	Cure Médic. Spécialisée Autre (MECS ouverte en permanence)	SSR
625	Cure Médic. Spécialisée Autre (MECS ouverte temporairement)	SSR
627	Moyen Séjour Indifférencié	SSR
628	Orthopédie	CHIRURGIE
630	Education Générale et Professionnelle Indifférenciées et Soins Spécialisés	EXCLU
631	Gynécologie Chirurgicale	CHIRURGIE
632	Logements foyer pour personnes âgées FI bis	EXCLU
633	Services Expérimentaux en faveur des personnes âgées	EXCLU
635	Réanimation Néonatale	MEDECINE
636	Réanimation Pédiatrie	MEDECINE
637	Surveillance Continue en Cardiologie	MEDECINE
638	Surveillance Continue en Pédiatrie	MEDECINE
639	Surveillance Continue en Néphrologie	MEDECINE
640	Surveillance Continue en Urologie	MEDECINE
641	Réanimation en Cardiologie	MEDECINE
644	Neutron thérapie	MEDECINE

645	Oxygénothérapie Isolée	MEDECINE
646	Assistance Ventilatoire sans Trachéotomie	MEDECINE
647	Assistance Ventilatoire Endo-Trachéale	MEDECINE
648	Trachéotomie Isolée	CHIRURGIE
649	Cure thermique système nerveux et affect. psychosomatiques	SSR
650	Accueil temporaire pour enfants handicapés	SSR
651	Cure Thermale des Affections des Muqueuses bucco-linguales	SSR
654	Hébergement spécialisé Enfants et adolescents handicapés	EXCLU
657	Hébergement temporaire pour personnes âgées	EXCLU
663	Nutrition Parentérale pour Enfants	MEDECINE
664	Nutrition Parentérale pour Adultes	MEDECINE
666	Education générale et soins spécialisés	EXCLU
667	Education générale et soins spécialisés pour Muets	EXCLU
668	Education générale et soins spécialisés pour Autre catégorie de clientèle	EXCLU
669	Education Professionnelle et Soins spécialisés	EXCLU
670	Education Professionnelle et Soins spécialisés pour adolescents déficients moteurs	EXCLU
671	Education Professionnelle et Soins spécialisés pour adolescents déficients auditifs	EXCLU
672	Education Professionnelle et Soins spécialisés pour autre catégorie de clientèle	EXCLU
673	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
674	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
675	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
676	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
677	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
678	Education Générale et professionnelle pour Enfant polyhandicapés	EXCLU
679	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
680	Education Générale et professionnelle pour enfants déficients moteurs	EXCLU
681	Education Générale et professionnelle pour enfants déficients visuels	EXCLU
682	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
683	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
684	Education Générale et professionnelle pour enfants déficients auditifs	EXCLU
685	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
686	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
687	Education Générale et professionnelle indifférenciée	EXCLU
688	Accueil temporaire Maison Accueil	EXCLU
690	Activité des établissements et services expérimentés en faveur de l'enfant handicapé	EXCLU
691	Activité des établissements et services expérimentés en faveur de l'adulte handicapé	EXCLU
715	Surveillance par monitoring prévention mort subite et inexplicable nourrisson	MEDECINE
717	Soins hautement Spécialisés en médecine	MEDECINE
718	Soins Hautement Spécialisés en chirurgie	CHIRURGIE
719	Soins Hautement Spécialisés en Gynécologie, Obstétrique	MEDECINE
720	Réanimation Néonatale et Pédiatrique	MEDECINE
721	Radiothérapie Métabolique (ingestion de source)	MEDECINE
722	Maladies Infectieuses Tropicales et exotiques indifférenciées	MEDECINE
723	AUTODIALYSE	MEDECINE
724	Médecine	MEDECINE
728	Cardiologie Infantile	MEDECINE
729	Néphrologie Infantile	MEDECINE

730	Carcinologie Infantile	MEDECINE
731	Autres Spécialités Pédiatrique	MEDECINE
732	Hépatologie	MEDECINE
733	Gastroentérologie	MEDECINE
734	Réanimation Chirurgicale Infantile	CHIRURGIE
735	Réanimation Chirurgicale Adulte	CHIRURGIE
736	Traumatologie	CHIRURGIE
737	Convalescence et Réadaptation	SSR
738	Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation motrice orientation rhumatologie	SSR
739	Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation motrice orientation traumatologie	SSR
742	Accueil & Traitement des Urgences	MEDECINE
743	Immuno-hématologie	MEDECINE
744	Immuno-sérologie	MEDECINE
750	Tomographie	MEDECINE
753	Imagerie par Résonance Magnétique	MEDECINE
796	Forfait de soins pour dialyse	MEDECINE
797	Hémodialyse et Hémofiltration pour chroniques adultes	MEDECINE
798	Hémodialyse et Hémofiltration pour chroniques enfants	MEDECINE
799	Assistance Ventilatoire avec Prothèse extra-thoracique	MEDECINE
800	Assistance Ventilatoire Pression positive continue	MEDECINE
801	Insulinothérapie	MEDECINE
803	Psychiatrie pour Arriérés Profonds	PSYCHIATRIE
806	Atelier Thérapeutique pour Adultes	EXCLU
807	Atelier Thérapeutique pour Adolescents	EXCLU
808	Sectorisation Psychiatrique en milieu pénitentiaire	EXCLU
809	Hématologie Pédiatrique	MEDECINE
825	Soins et accompagnement des malades	MEDECINE
826	Traitements spécialisés contre la douleur	MEDECINE
827	Nutrition entérale à domicile	MEDECINE
828	Cure Thermale pour maladies cardio-artérielles	SSR
829	Cure Thermale en Neurologie	SSR
830	Cure Thermale pour affections psychosomatiques	SSR
831	Cure Thermale en Phlébologie	SSR
832	Cure Thermale pour trouble du développement chez l'enfant	SSR
833	Cure Thermale en Gynécologie	SSR

834	Cure Thermale maladies Appareil digestif	SSR
835	Cure Thermale maladies Appareil urinaire	SSR
837	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients moteurs	EXCLU
840	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients auditifs	EXCLU
841	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients visuels	EXCLU
842	Préparation à la vie sociale pour adolescents polyhandicapés	EXCLU
843	Préparation à la vie sociale pour adolescents déficients intellectuels	EXCLU
844	Préparation à la vie sociale pour autres catégories de clientèle	EXCLU
845	Préparation à la vie sociale pour tous types de déficiences	EXCLU
846	Education précoce pour enfants déficients auditifs	EXCLU
847	Education précoce pour enfants déficients visuels	EXCLU
848	Education précoce pour enfants déficients moteurs	EXCLU
849	Education précoce pour enfants polyhandicapés	EXCLU
850	Education précoce pour autres catégories de clientèle	EXCLU
851	Education précoce pour tous types de déficiences	EXCLU
852	Education précoce pour enfants déficients intellectuels	EXCLU
853	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire enfants déficients auditifs	EXCLU
854	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire enfants déficients visuels	EXCLU
855	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire enfants déficients moteurs	EXCLU
856	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire enfants polyhandicapés	EXCLU
857	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire enfants déficients intellectuels	EXCLU
858	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire autre catégorie	EXCLU
859	Acquisition de l'autonomie et/ ou intégration scolaire tous types de déficiences	EXCLU
897	Hébergement ouvert en foyer pour adultes handicapés	EXCLU
901	Education Générale et Soins Spécialisés pour enfants handicapés	EXCLU

902	Education Professionnelle et Soins Spécialisés pour enfants handicapés	EXCLU
924	Hébergement en maison de retraite	EXCLU
925	Hébergement en logement foyer pour P.A. seule F1	EXCLU
926	Hébergement en logement foyer pour P.A. couple F2	EXCLU
927	Hébergement en logement foyer pour P.A. F1 bis	EXCLU
936	Hébergement de type foyer de vie pour adultes handicapés	EXCLU
938	Hébergement en hospice	EXCLU
939	Hébergement en foyer à double tarification pour adultes handicapés	EXCLU
957	Soins palliatifs en SSR	SSR
958	Spécifique forfait SE (Sécurité et environnement hospitalier)	MEDECINE
960	Unité Cognitive-Comportementale Alzheimer (UCC)	SSR
970	Discipline pour autorisation de supplément REA	EXCLU
971	Discipline pour autorisation de supplément STF	EXCLU
972	Discipline pour autorisation de supplément SRC	EXCLU
973	Discipline pour autorisation de supplément SRA	EXCLU
974	Discipline pour autorisation de supplément SSC	EXCLU
975	Discipline pour autorisation de supplément NNI	EXCLU
976	Discipline pour autorisation de supplément NN2	EXCLU
977	Discipline pour autorisation de supplément NN3	EXCLU
999	Discipline non Individualisée	EXCLU
960	Unité Cognitive-Comportementale Alzheimer (UCC)	SSR
970	Discipline pour autorisation de supplément REA	EXCLU
971	Discipline pour autorisation de supplément STF	EXCLU
972	Discipline pour autorisation de supplément SRC	EXCLU
973	Discipline pour autorisation de supplément SRA	EXCLU
974	Discipline pour autorisation de supplément SSC	EXCLU
975	Discipline pour autorisation de supplément NNI	EXCLU
976	Discipline pour autorisation de supplément NN2	EXCLU
977	Discipline pour autorisation de supplément NN3	EXCLU
999	Discipline non Individualisée	EXCLU

