

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée Mutuelle des Etudiants de Provence (MEP) est établie à Marseille, au 10 Rue Léon Paulet (13008). Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée sous le numéro SIREN 782 814 826.

LEXIQUE

Article 1 : Définitions

- **« Réforme 100% Santé »** : Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques.

Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soin spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables. Le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optiques, aides auditives et soins prothétiques dentaires a ainsi adapté le cahier des charges des contrats responsables afin d'améliorer l'accès aux soins des assurés dans les trois grands secteurs précités, qui connaissent les restes à charge les plus élevés.

Le présent règlement mutualiste respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc une garantie « mutuelle MIAIHM », couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100% Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques
- équipements de classe 1 pour les aides auditives.
- **Prix Limite de vente (PLV)** : Prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (LPP).
- **Honoraires limites de facturation (HLF)** : Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie du 21 juin 2018 modifiée.
- **Listes des actes, produits et prestations remboursables** : Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du Code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100% Santé »).
- **Membre participant** : la personne signataire du bulletin individuel d'adhésion, membre de la Mutuelle et s'acquittant des cotisations qui lui incombent.
- **Ayant droit** : tel que défini à l'article 8-2 des statuts de la Mutuelle.
- **Délai de carence** : période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion et la prise d'effet d'une garantie, au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé ou d'un versement d'indemnités journalières n'est pas indemnisé au titre du présent règlement.
- **Plafond de garantie** : le montant maximum de prestations pouvant être perçu par un membre participant par an.

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 2 : Objet

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants et de leurs ayants droits, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- la carte d'adhérent,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la mutualité.

Les dispositions du règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux membres participants et ayants droits dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des membres participants et ayants droits servent de base au contrat, qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement :

- des régimes complémentaires frais chirurgicaux et médicaux ayant pour objet de faire bénéficier les membres participants, du remboursement de leurs frais de dépenses de santé, complémentaire à un régime de Sécurité Sociale,
- du régime supplémentaire indemnités journalières ayant pour objet de faire bénéficier les membres participants du versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail temporaire, complémentaire à un régime de base de Sécurité Sociale et de l'employeur.

Article 3 : Produit et garanties

La Mutuelle propose à ses adhérents un produit dénommé « HEYME Medical » qui contient :

- une garantie frais de santé dénommée « mutuelle MIAIHM »,
- et une garantie prévoyance dénommée « prévoyance MIAIHM » (indemnités journalières pour les praticiens Mono-appartenants).

Les membres participants peuvent également bénéficier des options « Rente éducation » et « Invalidité » (uniquement pour les Mono-appartenants) dont les conditions particulières sont mises à leur disposition sur le site de la Mutuelle (www.miaihm.fr).

Les garanties de la Mutuelle sont réservées aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

ADHESION

Article 4 : Conditions d'adhésion

Les bénéficiaires du produit « HEYME Medical » sont les suivants.

1) Les membres participants Mono-appartenants :

- A) Les internes,
- B) Les Chefs de Clinique Assistants (CCA), les Assistants Hospitalo Universitaires (AHU),
- C) Les Assistants Spécialistes,
- D) Les Praticiens Hospitalo Universitaires (PHU),
- E) Les Praticiens Hospitaliers à temps plein (PHTPL),
- F) Les Praticiens Hospitaliers contractuels (PHC),
- G) Les Praticiens Hospitaliers provisoires (PHP),
- H) Les praticiens Hospitaliers à temps partiel (PHTPA),
- I) Les Praticiens Hospitaliers à temps partiel contractuels (PHTPAC),
- J) Les Praticiens Hospitaliers à temps partiel provisoires (PHTPAP),
- K) Les vacataires avec moins de 8 vacations hebdomadaires sur justifications de leur administration,
- L) Les vacataires avec 8 vacations hebdomadaires ou plus sur justifications de leur administration,

- M) Les personnels Faisant Fonction d'Internes (FFI),
- N) Les personnels temporaires, après avis du Conseil d'Administration.
- 2) Les membres participants Bi-appartenants :
 - A) Les Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCUPH),
 - B) Les Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PUPH),
- 3) Les membres honoraires,
- 4) Les ayants droits,
- 5) Les personnes en disponibilité, en mobilité ou en détachement prévu dans le statut de leur fonction d'origine à la condition qu'ils demandent à conserver le bénéfice des garanties accordées par la Mutuelle dans les trois mois qui suivent la date d'effet de leur disponibilité, mobilité ou détachement.

L'adhésion doit être demandée à l'aide du bulletin individuel d'adhésion.

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

Article 5 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement 5-

1 : Cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle, et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance. Le montant de la cotisation peut varier selon la couverture, ou non, d'ayants droit inscrits.

Le montant de la cotisation est rappelé dans l'échéancier disponible sur l'espace personnel en ligne de l'adhérent, ainsi que dans les courriers de renouvellement adressés chaque année à l'adhérent.

Pour adhérer au produit « HEYME Medical », le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné. Ainsi pour les produits nouvellement souscrits, le paiement s'effectuera soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est de 12 mensualités égales. Il en est de même lorsque le produit est reconduit tacitement.

Les prélèvements sont effectués au choix du membre participant entre le 05, le 10 et le 25 du mois suivant la date de souscription.

Conformément aux dispositions statutaires de la Mutuelle, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la Mutuelle.

Sont comprises dans cette cotisation les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes. La cotisation est individuelle par membre participant.

5-2 : Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge du membre participant défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la Mutuelle imputera au membre participant les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 6 : Renonciation

En application des dispositions légales, le membre participant peut renoncer à sa demande d'adhésion. Le membre participant dispose à cet effet d'un délai de quatorze jours, à compter de la date de souscription pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celles-ci pour le surplus.

Pour l'exercice de ce droit de renonciation, le membre participant doit :

- Soit adresser à la Mutuelle, une lettre de renonciation à l'adresse suivante : UMGP - MIAIHM – CS 70010 – 13272 MARSEILLE Cedex 08 ;
- Soit utiliser le formulaire de contact disponible sur le site www.miaihm.fr

Article 7 : Radiation

Font l'objet d'une radiation de la Mutuelle les membres participants dont les produits ont été résiliés conformément à l'article 18 du présent règlement mutualiste.

Article 8 : Durée et tacite reconduction

8-1 : Durée

Le produit est souscrit pour une durée de 12 mois. Il est ensuite reconduit conformément aux dispositions suivantes.

8-2 : Tacite reconduction

Le produit se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée par le membre participant à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance (confère article 18-1 du présent règlement mutualiste).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction, relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de renonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 9 : Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle verse des prestations en complément de celles versées par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités 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 l'ayant droit), après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

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 membre participant (ou ayant droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Article 10 : Ouverture et fin de droits aux prestations

Ouverture des droits : l'ouverture des droits intervient à la date choisie par le membre participant lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de cette dernière, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

Fin des droits : la fin des droits intervient à la date de résiliation du produit.

La Mutuelle reste engagée pour les dépenses de santé et le règlement d'indemnités journalières ayant pris naissance avant la date d'effet de la dénonciation et ce, jusqu'à leur liquidation complète, sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion.

Le membre participant qui ne remplit plus les dispositions prévues à l'Article 8 des statuts peut toutefois demander à bénéficier du maintien du régime individuel complémentaire frais chirurgicaux et médicaux (sans IJ et RCP) pendant une durée de 6 mois, renouvelable une fois. Cette demande doit être faite au moins un mois avant la cessation des fonctions.

Article 11 : Champ d'intervention

11-1 : Dispositions générales

Les prestations complémentaires de l'Assurance Maladie sont versées par la Mutuelle dans le cadre des garanties et dans le respect des dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale (et leurs textes d'application) relatives aux contrats responsables en ce qui concerne la garantie « mutuelle MIAIHM ».

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle définit annuellement les risques couverts, les taux de remboursement venant en complément de ceux déterminés par l'Assurance Maladie, les forfaits et leur montant et les tarifs des garanties santé.

Tous les remboursements indiqués en taux incluent le remboursement de la Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur au moment de l'exécution des présentes. Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur le tableau de garanties n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la Mutuelle au membre participant ou à ses ayants droit, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

En revanche, la Mutuelle assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de la Sécurité sociale de référence sur le tableau de garanties.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- 1° la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- 2° les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;
- 3° la majoration de la participation des membres participants et leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- 4° les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- 5° tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge est exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

Le versement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail temporaire après l'indemnisation d'un régime de Sécurité Sociale ne peut excéder 100% du salaire net de base.

11-2 : Contrats responsables

Les prestations complémentaires de l'Assurance Maladie sont versées par la Mutuelle dans le respect des dispositions de l'article L.871- 1 du Code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même code et leurs textes d'application, relatives aux contrats responsables.

Conformément à la législation en vigueur relative aux contrats responsables, l'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du Ticket Modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale est prise en charge, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article (sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau de garanties) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 12.2. et 12.4 ci-après). Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

11-3 : Les indemnités journalières

La Mutuelle verse au membre participant en arrêt de travail temporaire, des indemnités journalières en complément des prestations du régime Sécurité Sociale.

Les tableaux des prestations figurent en annexe 5

11-4 : Les garanties en inclusion

Sont également incluses dans le produit « HEYME Medical », les garanties de :

- Prévoyance Décès, Incapacité et Invalidité (pour les Bi-appartenants), dont la notice d'information est portée en fin du présent règlement mutualiste ;
 - Responsabilité Civile Professionnelle
- Les tableaux des prestations responsabilité civile professionnelle figurent en annexe 5.

Article 12 : Contenu des forfaits et prestations garanties au titre d'un contrat responsable (garantie « mutuelle MIAIHM »)

Les risques couverts, les taux de remboursement, les niveaux de prestations, les montants et les conditions d'attribution des forfaits sont indiqués sur le tableau de garanties.

12-1 : Les soins courants et l'hospitalisation

Dans le cadre de ces garanties, la Mutuelle prend en charge :

- les consultations et actes réalisés par des professionnels de santé ;
- les médicaments ;
- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation, mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

12-2 : L'optique

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

- la classe A (« panier 100% Santé ») : Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans **la limite des prix limites de vente**.
 - et la classe B (« panier prix libres ») : Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.
- a. **Le « panier 100% santé » (ou panier sans reste à charge)**

Sont pris en charge à hauteur des frais exposés par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité et **dans la limite des prix limites de vente (PLV)** :

- Deux verres et une monture appartenant à la classe A ;
- La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ;
- Le supplément pour les verres avec filtre de classe A.

Dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

b. **Le « panier prix libres » : verres ou montures appartenant à la classe B**

La Mutuelle prévoit dans le cadre de ce panier, le versement des forfaits indiqués à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste, s'effectuant sur prescription médicale lorsque celle-ci est requise, et sur présentation des factures ou reçus établis aux nom et prénoms du membre participant ou de ses ayants droit.

En outre, le membre participant devra présenter, avec les justificatifs précédents, une copie de son relevé des prestations de la Sécurité sociale. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés par le membre participant, le versement peut être fractionnable.

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/S25D/2019/116 du 29 mai 2019 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs. Les plafonds de prise en charge de ces équipements sont indiqués à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites).

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

c. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

Ø Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- par période d'un an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an s'applique.

i. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

ii. Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans, pour les verres, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

iii. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière (cf. annexe 2).

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par le membre participant ou l'ayant droit concerné.

Lorsque le membre participant (ou ayant droit) acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie 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.

Ø La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le membre participant (ou ayant droit) ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.

- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

Ø La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement.

d. Le forfait lentilles

Le forfait lentilles est attribué pour l'achat de lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale.

12-3 : Le dentaire

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- Le panier 100 % Santé, sans reste à charge : actes à entente directe limitée (application des honoraires limites de facturation (HLF) sans reste à charge.
- Le panier à tarifs maîtrisés : actes à entente directe limitée (application des HLF) avec reste à charge.
- Le panier à tarifs libres : actes à entente directe libre (pas d'HLF) avec reste à charge.

Les différents paniers sont pris en charge par la garantie « mutuelle MIAIHM » dans les conditions qui suivent.

a. Le panier 100% Santé

Prise en charge à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité :

- **dans la limite des honoraires maximaux de facturation,**
- pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans la convention du 17 juin 2018 modifiée,
- aux dates fixées par voie réglementaire .

b. Paniers à tarifs maîtrisés et libres

- Prothèses dentaires remboursées à hauteur de 300% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS).

c. Prestations complémentaires

Sont également pris en charge :

- Les soins dentaires et l'implantologie (remboursés à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
- l'orthodontie (remboursés à hauteur de 150% de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS)

12.4 : Les aides auditives

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente.**

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

i. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, la garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix limites de vente.**

ii. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

iii. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la catégorie de garantie choisie, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

12.5 : Les autres prestations

- Actes de prévention.

12.6 : Risques limités et exclus

Risques limités : La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-CO) est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'Assurance Maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'Assurance Maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui est retenue est celle du tarif d'autorité.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

Risques exclus : Sont exclus de la garantie « mutuelle MIAHM » :

- les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- les actes, les soins, les pratiques médicales, non-inscrits à la nomenclature du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Sont exclus de la garantie des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail temporaire, les arrêts de travail temporaires non indemnisés par l'employeur.

Article 13 : Date de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations

Le versement des indemnités journalières n'intervient qu'après un délai de carence de trois mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Le droit au remboursement des prestations liées aux forfaits lentilles et dentaire s'agissant de la garantie « mutuelle MIAIHM », est soumis à un délai de carence d'un mois

Il est également prévu, à l'exception des prestations réglementées par le décret du 18 novembre 2014, que pour toute interruption supérieure à deux mois dans son appartenance à la Mutuelle, il est imposé un délai de carence de trois mois au membre participant qui demande sa réadmission sans pouvoir justifier de son appartenance à une autre mutuelle pendant cette interruption.

1. **Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes)** : date des soins.
2. **Actes des auxiliaires médicaux** : date d'exécution.
3. **Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures** : date d'exécution.
4. **Prothèses dentaires** : date d'exécution.
5. **Appareillage** : date d'exécution.
6. **Analyses médicales** : date d'exécution.
7. **Transports** en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public : date du déplacement.
8. **Hospitalisation pour les frais de séjour et honoraires** : chaque journée d'hospitalisation.
9. **Cures thermales** : date d'exécution.
10. **Règlement des indemnités journalières** : le dernier bulletin de salaire du mois précédant l'arrêt, les attestations de versement des indemnités journalières par un régime de Sécurité Sociale, les bulletins de salaire faisant état de l'indemnisation complémentaire par l'employeur et les attestations de l'administration notifiant l'arrêt et la reprise de travail.
11. **Cas particuliers** pour les décomptes qui ont été établis par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français : lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisée sur le décompte. Le membre participant devra communiquer les volets de facturation établis par les professionnels de santé destinés à la Mutuelle. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.
12. **Pour les forfaits** : date d'exécution.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 14 : Obligation d'information du membre participant

Le membre participant s'engage à :

- à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ;
- à informer la Mutuelle, lorsqu'il bénéficie d'un produit de même nature que celui assuré par le présent règlement ;
- à informer la Mutuelle de toute modification intervenue dans sa situation familiale ;
- à régler à la Mutuelle les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent règlement ;
- à restituer la carte de tiers-payant qui lui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de son adhésion.

Article 15 : Expertise en cas de désaccord

- s'il y a contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin ;
- si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement ;
- si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile du membre participant.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Article 16 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits du membre participant, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

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

Article 17 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur 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 sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 18 : Modalités de résiliation

18-1 : Résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, à la mutuelle, une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance.

18-2 : Résiliation à tout moment

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La notification de cette dénonciation se fait au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la Mutuelle,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion du membre participant.

La résiliation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.

18-3 : Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant à la mutuelle, un courrier accompagné de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés.

La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que la mutuelle sera en possession de toutes les pièces justificatives.

La résiliation prend effet le dernier jour du mois en cours.

La Mutuelle rembourse au membre participant qui s'est acquitté de l'intégralité de ses cotisations, la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par le produit, période calculée à compter de la date de fin du produit, jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de ce dernier, si celui-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

Lorsque les conditions statutaires de la Mutuelle prévues à l'article 8 des statuts ne sont plus remplies, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation.

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

Suspension et résiliation pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, le produit ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension, 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 le produit, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du produit.

Le produit non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement, dont notamment ceux visés à l'article 5-2 du présent règlement.

Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation suite à l'obtention de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière

Justificatif attendu : attestation de droits délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

Résiliation suite à l'obtention de la Complémentaire santé solidaire avec participation financière

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat mentionnant la date de début des droits.

Résiliation pour un départ à l'étranger

La Mutuelle accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée du produit.

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu, seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L 221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Article 19 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Le service réclamations de la Mutuelle peut être saisi par le membre participant selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à : UMGP - MIAIHM CS 70010 – 13272 Marseille cedex 08 ;
- Par téléphone : au 09 71 09 07 07 du lundi au vendredi de 9h à 18h.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et

confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par le membre participant ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que le membre participant a adressé à la Mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- via le formulaire en ligne à disposition sur le site internet du CMAP à l'adresse www.cmap.fr/consommateurs,
- par courrier postal à l'adresse CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin D. Roosevelt, 75008 Paris.

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : Banque de France, demande ACPR TSA 50120 - 75035 PARIS CEDEX 01 ;
- téléphoner au 34 14 (prix d'un appel local) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 20 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la Mutuelle est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles 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 donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles des membres participants sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la mutuelle et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Tout membre de la mutuelle ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Il peut exercer ces droits en s'adressant au service DPO de la Mutuelle à l'adresse dpo@heyhme.care.

Article 21 : Droit applicable - langue des échanges entre la Mutuelle et les membres participants

Le présent règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les membres participants et la Mutuelle est le français.

**NOTICE D'INFORMATION
« PRÉVOYANCE MUTUALP »**

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par MUTUALP (ci-après désignée l'« Assureur » ou l'« Organisme assureur ») en sa qualité d'assureur des garanties, sous les numéros de police :

	Numéro de police assureur
Mono-appartenants Décès	02010000P01/01
Mono-appartenants Invalidité	02010000P02/01
Bi-appartenants Incapacité/Invalidité/Décès	02010000P03/01
Rente éducation	02010000P09/01

La présente notice vient compléter les dispositions du règlement mutualiste « HEYME MEDICAL ».

Cette notice d'information définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ainsi que les délais de prescription. Cette notice et les statuts doivent être remis par la Mutuelle à chaque Membre participant. La preuve de cette remise matérielle incombe à la Mutuelle conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, la Mutuelle est également tenue d'informer chaque Membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par MUTUALP.

Assureur : MUTUALP, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le N° 950 396 911, dont le siège social est situé au 144 rue Garibaldi 69006 LYON.

Ci-après désignée l'« Assureur » ou l'« Organisme assureur »

Mutuelle : MEP, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le N° 782 814 826, dont le siège social est situé au 10 Rue Léon Paulet, 13008 MARSEILLE.

Ci-après dénommée, la « Mutuelle ».

Gestionnaire : UMGP, Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 28 rue Fortuny, 75017 PARIS, immatriculée sous le N° 316 730 662.

Membre participant : Personne physique, membre de la Mutuelle, qui bénéficie de la garantie, en raison de son adhésion au Contrat « HEYME MEDICAL ».

Accident : On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire de la garantie, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion des dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Délai de carence : également appelé « délai d'attente » ou « délai de stage ». Renvoie à la période qui suit la souscription du contrat et pendant laquelle l'assuré cotise auprès de l'assureur sans bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques.

C'est le laps de temps entre la signature du contrat et la prise d'effet des garanties. Il n'y a pas d'effet rétroactif : les risques non couverts pendant cette période ne bénéficient pas postérieurement d'une indemnisation.

Franchise : période (nombre de jours consécutifs) d'arrêt de travail au titre d'une même maladie ou d'un même accident au-delà de laquelle débute l'indemnisation.

Salaire : Traitement de base.

Traitement de base : ou Traitement indiciaire de base. Rémunération brute telle que définie au 1° de l'article R. 6152-23 du Code de la Santé publique.

Garanties :

Décès : paiement d'un capital au bénéficiaire en cas de décès du membre participant.

Invalidité Absolue et Définitive : paiement anticipé, en cas d'invalidité absolue et définitive du membre participant, du capital décès.

Rente éducation : versement d'une rente aux enfants à charge du membre participant en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de ce dernier.

Incapacité de travail/invalidité : versement d'indemnités journalières ou de rentes lorsqu'un membre participant subit une perte de revenus suite respectivement à une incapacité de travail ou une invalidité.

PARTIE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir au membre participant le versement des prestations suivantes en cas de maladie, d'accident ou de décès :

BI-APPARTENANT GARANTIES OBLIGATOIRES	MONO-APPARTENANT
Décès/PTIA	Décès/PTIA
Incapacité de travail	
Invalidité	
GARANTIES FACULTATIVES	
Rente éducation	Invalidité
	Rente éducation

CONDITIONS D'ADHÉSION

Il est ici rappelé au Membre participant que le bénéfice des garanties de prévoyance est subordonné à l'adhésion pleine et entière à la présente notice. Le Membre participant devra en ce sens compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion et accomplir toutes les formalités demandées par la Mutuelle et jointes à la demande d'adhésion.

L'adhésion aux garanties obligatoires ou facultatives est réalisée au travers du bulletin d'adhésion de la Mutuelle.

Pour bénéficier des garanties, le membre participant doit appartenir à l'un des statuts suivants :

1) Les membres participants Mono-appartenants :

Les internes,

Les Chefs de Clinique Assistants (CCA), les Assistants Hospitalo Universitaires (AHU),

Les Assistants Spécialistes,

Les Praticiens Hospitalo Universitaires (PHU),

Les Praticiens Hospitaliers à temps plein (PHTPL),

Les Praticiens Hospitaliers contractuels (PHC),

Les Praticiens Hospitaliers provisoires (PHP),

Les Praticiens Hospitaliers à temps partiel (PHTPA),

Les Praticiens Hospitaliers à temps partiel contractuels (PHTPAC),

Les Praticiens Hospitaliers à temps partiel provisoires (PHTPAP),

Les vacataires avec moins de 8 vacations hebdomadaires sur justifications de leur administration,

Les vacataires avec 8 vacations hebdomadaires ou plus sur justifications de leur administration,

Les personnels Faisant Fonction d'Internes (FFI),

Les personnels temporaires, après avis du Conseil d'Administration.

2) Les membres participants Bi-appartenants :

Les Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCUPH),

Les Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PUPH).

Les déclarations faites par le membre participant servent de base à l'adhésion.

En cas de réticence, omission ou déclaration fausse ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions de l'article L221-14 ou L221-15 du Code de la Mutualité.

ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties entrent en vigueur à la date inscrite sur le bulletin d'adhésion.

Certaines garanties sont acquises après un délai de carence stipulé dans les Dispositions particulières.

Toute modification du contrat ne vise que les sinistres dont la survenance est postérieure à la date d'effet de cette modification qui sera donc sans effet sur les prestations en cours.

ÉLÉMENTS À FOURNIR PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

À l'adhésion

Le membre participant doit fournir à la Mutuelle le bulletin d'adhésion complété et signé, ainsi que les documents précisés dans le Règlement mutualiste « HEYME MEDICAL » (RIB, Mandat SEPA, fiche de paye, autorisation de prélèvement sur salaire), questionnaire de santé dans le cas des garanties facultatives.

En cours d'adhésion

Le membre participant doit adresser à la Mutuelle les éléments de changement de nomination, sa date et son motif ainsi que le salaire retenu chaque année pour le calcul de l'assiette de cotisation de Sécurité sociale.

Le membre participant doit adresser à la Mutuelle les éléments justifiant des périodes de mise en disponibilité ou de détachement.

Il doit également informer immédiatement la Mutuelle en cas de changement d'adresse.

SUSPENSION

Sauf mention contraire dans les dispositions particulières, les garanties Décès, Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité du praticien hospitalier placé en situation de détachement, soit à sa demande, soit d'office et cessant de percevoir toute rémunération du corps professionnel dont il est détaché, sont suspendues pendant la durée du détachement.

Le praticien justifie auprès de l'Organisme assureur de la fin de son détachement et de sa date de réintégration dans son corps professionnel d'origine, date à laquelle ses garanties reprennent de plein droit effet.

Les mêmes dispositions spécifiques s'appliquent en cas de mise en disponibilité sur demande du praticien.

RÉSILIATION

6.1. Résiliation des garanties obligatoires

La résiliation des garanties obligatoires « Prévoyance MUTUALP » ne peut s'effectuer qu'au travers de la résiliation du contrat « HEYME MEDICAL ».

Les conditions de résiliation figurent dans le Règlement mutualiste « HEYME MEDICAL », auquel cette notice est rattachée.

La résiliation des garanties obligatoires entraîne de fait la résiliation des garanties facultatives.

6.2. Résiliation des garanties facultatives

La résiliation de garanties facultatives s'effectue dans les conditions de résiliation décrites dans le Règlement mutualiste « HEYME MEDICAL ».

La résiliation des garanties facultatives par le membre participant est définitive et lui interdit toute demande ultérieure de nouvelle adhésion, sauf si elle fait suite à un changement de situation de famille.

TRAITEMENT DE BASE DES PRESTATIONS

7.1 Définition

Pour les garanties Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité et Rente éducation:

Le traitement de base servant au calcul des prestations est égal à la rémunération nette correspondant au traitement indiciaire de base inhérent au statut/échelon de la fonction du Membre participant.

Pour la garantie Décès/PTIA :

La garantie décès/PTIA est exprimée en montant en euros.

7.2 Revalorisation

Chaque année l'Assureur statue sur une éventuelle revalorisation du montant des prestations Incapacité de travail, Invalidité, rentes en cours de service et du montant de la garantie Décès.

Le taux de revalorisation des prestations Incapacité de travail, Invalidité est fixé par référence à la variation du point de retraite AGIRC-ARRCO constatée :

entre le début de l'arrêt de travail du membre participant (ou au jour de son décès) et la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre au versement des prestations pour le traitement de base des prestations ;

à la date de revalorisation pour les prestations en cours de service.

La revalorisation prend effet au 1er juillet de chaque année.

Le taux de revalorisation des prestations décès est revalorisé dès la date de décès de l'assuré dans les conditions prévues à l'article R-223-9 du code de la mutualité.

RISQUES EXCLUS

- Exclusions relatives aux garanties Décès, Incapacité temporaire totale de travail, Invalidité et Rente éducation

A/ L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès (garantie Décès et Rente éducation) résultant :

d'un suicide de l'assuré survenant pendant la première année suivant la prise d'effet de l'adhésion au contrat ;

de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale (l'exclusion ne joue qu'à l'égard de ce bénéficiaire).

B/ L'organisme assureur ne prend pas en charge le Décès, la Rente éducation ou la Perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident ou à un accident de la circulation résultant :

de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.234-1 (alinéa 1er) du Code de la route ;

de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement.

C/ L'organisme assureur ne prend pas en charge le Décès, la Rente éducation et l'Incapacité temporaire totale de travail ou l'Invalidité lorsque le sinistre résulte :

des faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;

des faits de guerre civile ;

du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ou les bénéficiaires, entraînant l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité ou la perte totale et irréversible d'autonomie ;

de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;

du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;

des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;

du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;

de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant les deux conditions ci-après :

nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passage de glaciers ;

être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3 000 mètres d'altitude ;

de la plongée subaquatique avec appareil respiratoire ;

de la pratique de la spéléologie ;

de la pratique de sports aériens et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;

de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;

de la participation à des matches, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par l'alinéa précédent.

(par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

D/ L'Incapacité temporaire totale de travail n'est pas prise en charge si elle résulte :

de la grossesse et ses suites normales. Les complications de la grossesse, c'est-à-dire la grossesse pathologique, l'accouchement pathologique et les suites pathologiques d'un accouchement, sont considérées comme des maladies : elles sont prises en charge sous condition du délai de franchise prévu aux Dispositions particulières et sous déduction d'une période franche de huit semaines également réparties avant et après la date prévue de l'accouchement ;

d'une lombalgie sans support organique : souffrance dorsale qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer.

Sont également exclues de la garantie "Incapacité temporaire totale de travail" :

les périodes correspondant à des séjours dans des établissements de cure et de repos, sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins de trente jours.

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus, et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

DÉLAI DE DÉCLARATION - NULLITÉ - PRESCRIPTION

9.1 Délai de déclaration

La déclaration de l'invalidité (garantie Invalidité absolue et définitive) doit être faite par le membre participant à la Mutuelle dans les six mois suivant la notification de la Sécurité sociale, sauf cas de force majeure.

La déclaration de l'état d'incapacité temporaire de travail (garantie Incapacité de travail) ou de l'invalidité (garantie Invalidité) doit être faite par le membre participant à la Mutuelle dans les six mois qui suivent la date de début de cet état. En cas de déclaration tardive, le point de départ de l'arrêt de travail retenu pour le paiement des prestations par la Mutuelle sera la date de réception de la déclaration du sinistre. Le délai de franchise commencera à courir à compter de cette date.

9.2 Nullité

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. Conformément aux dispositions de l'article L221-14 du Code de la Mutualité la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation des droits aux prestations liées à la fraude, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indument payées.

9.3 Prescription

Conformément à l'article L221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant des opérations régies par le contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où MUTUALP en a eu connaissance,

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre MUTUALP a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité temporaire de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les assurés sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par MUTUALP au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à MUTUALP en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun d'accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la **prescription** sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la **prescription** :

la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du **membre participant** à bénéficier par la **garantie** contestée (article 2240 du Code civil),

l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 à 2243 du Code civil),

une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2244 du Code civil),

l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de **prescription** que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),

l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de **prescription** applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

SITUATION FAMILIALE - PERSONNES À CHARGE

Pour la détermination de la situation familiale du membre participant, l'Assureur prend en considération les personnes suivantes :

le conjoint non séparé de corps du membre participant,

Il est précisé que le partenaire de Pacte Civil de Solidarité du membre participant et son concubin sont assimilés au conjoint et sont, en conséquence, pris en considération pour la détermination des garanties en cas de décès.

On entend par concubin, la personne vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé que sa durée est d'au moins 2 ans. La condition de durée est supprimée si un enfant reconnu des deux parents est né de l'union.

Le concubin ainsi que le membre participant ne doivent pas, au regard de l'état civil, être mariés ou pacsés par ailleurs.

les enfants de moins de 21 ans à charge, au sens de la législation fiscale, du membre participant ou de son conjoint,

les enfants de moins de 25 ans ayant demandé leur rattachement au foyer fiscal de leurs parents, s'ils sont scolarisés, étudiants, en apprentissage,

les enfants handicapés, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires avant leur 21ème anniversaire de la carte d'invalidité.

La situation de famille prise en compte par la Mutuelle est celle, dûment justifiée, du membre participant à la date du sinistre.

GARANTIE DÉCÈS

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du membre participant, quelle que soit la cause de celui-ci.

Le montant du capital versé est indiqué aux Dispositions Particulières.

Désignation de bénéficiaires

Sauf désignation spécifique, le capital est payable :

au conjoint du membre participant non séparé de corps, celui-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès,

à la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité ou à son concubin tels que définis à l'article 10,

à défaut, à ses enfants à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,

à défaut, à ses ascendants par parts égales entre eux,

à défaut, à ses héritiers.

Le membre participant à la possibilité, lors de son adhésion et tout au long de celle-ci, de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser au moment de son décès. La désignation peut être modifiée à tout moment. Elle identifie le plus précisément possible la ou les personnes désignées. Ces informations seront utilisées par la Mutuelle au moment du décès.

Cette désignation est faite via un « bulletin de désignation de bénéficiaire en cas de décès » ou fait l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

L'acceptation par le bénéficiaire rend sa désignation irrévocable : le membre participant ne pourra plus modifier la clause bénéficiaire. L'acceptation doit faire l'objet d'un accord écrit du membre participant, par exemple sous la forme d'une lettre tripartite signée du bénéficiaire, du membre participant et de la Mutuelle.

En cas de décès du ou des bénéficiaires désignés avant le membre participant et en l'absence de nouvelle désignation, la Mutuelle attribuera le capital dans l'ordre défini par défaut.

Versement

Le capital décès est versé en une seule fois aux bénéficiaires.

Le décès du membre participant met fin à l'ensemble des garanties dont il bénéficiait.

GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Cette garantie a pour objet le paiement anticipé, en cas d'invalidité absolue et définitive du membre participant, du capital décès défini ci-dessus.

Définition

L'invalidité absolue et définitive est celle qui rend le membre participant incapable d'exercer une profession et qui l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Le membre participant est classé dans la 3ème catégorie des invalides par la Sécurité sociale.

Est assimilée à l'invalidité absolue et définitive, l'incapacité permanente totale qui rend le membre participant incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'incapacité fonctionnelle reconnu par la Sécurité sociale est égal à 100%, avec majoration en cas de recours à l'assistance d'une tierce personne.

Le capital est versé en une seule fois au membre participant ou au tuteur légal désigné.

Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé du membre participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de statuer sur l'ouverture du droit aux prestations. Si le membre participant refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de refuser le versement par anticipation du capital décès.

Le paiement par anticipation du capital décès et éventuellement de la rente éducation met fin à la garantie décès et le cas échéant à la rente éducation.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente aux enfants à charge du membre participant (ou à leur représentant légal) en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de ce dernier.

Montant des prestations

Le montant des prestations, indiqué aux Dispositions Particulières, est fixé en pourcentage du traitement annuel de base tel que défini au 1° de l'article R. 6152-23 du Code de la Santé publique. Le montant des prestations est limité à la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les enfants à charge sont ceux définis à l'article 10, et désignés au certificat d'adhésion ou lors de leur naissance post-adhésion.

La rente est versée à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit le décès ou la mise en invalidité absolue et définitive du membre participant. Elle cesse d'être versée à la fin du trimestre au cours duquel l'enfant cesse d'être considéré comme à charge et au plus tard jusqu'au trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint son vingt cinquième anniversaire.

La rente est versée chaque trimestre à terme échu au membre participant lui-même s'il est en invalidité absolue et définitive, à l'enfant lui-même s'il est majeur, à la personne en ayant sa charge effective ou au tuteur légal si l'enfant est mineur.

Il est précisé que le montant de la rente est doublé lorsque les enfants se retrouvent orphelins de père et de mère suite au décès du membre participant.

GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL/INVALIDITÉ

Cette garantie a pour objet le versement d'indemnités journalières ou de rentes lorsqu'un membre participant subit une perte de revenus suite respectivement à une incapacité de travail ou une invalidité.

14.1 Indemnités journalières

Des indemnités journalières complémentaires sont versées aux membres participants qui perçoivent des prestations en espèces de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie, accident du travail ou maladie professionnelle.

Définition de l'incapacité temporaire totale de travail

Pour être indemnisée, l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré :

- doit être médicalement constatée et résulter d'une maladie ou d'un accident (cf. glossaire page 2)
- ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 8 des Dispositions générales,
- doit avoir son point de départ qui se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visé aux Dispositions particulières.

Franchise

Le versement des indemnités journalières par la Mutuelle débute à l'expiration d'un délai de franchise. Ce délai est défini aux Dispositions Particulières, il commence à courir au premier jour de la période d'arrêt de travail.

Rechute

En cas d'arrêt de travail faisant suite à une reprise d'activité inférieure à deux mois, le délai de franchise n'est pas appliqué pour autant que ce nouvel arrêt résulte de la même affection ou du même accident que le précédent, et que le membre participant en apporte la preuve par certificat médical. Les prestations garanties seront alors calculées sur les mêmes bases que celles de l'arrêt précédent.

Montant des prestations

Le montant des prestations, indiqué aux Dispositions Particulières, est fixé en pourcentage du traitement annuel de base tel que défini au 1° de l'article R. 6152-23 du Code de la Santé publique. Le montant des prestations est limité à la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le traitement annuel de base est divisé par 360 pour obtenir le traitement de base journalier.

En aucun cas les prestations servies ne peuvent, en s'ajoutant à celles accordées par un autre organisme quel qu'en soit la nature juridique, excéder le gain que l'intéressé aurait perçu s'il avait exercé une activité normale.

Règlement et durée

Les indemnités journalières sont versées mensuellement à terme échu au membre participant.

Pour le paiement des indemnités, il est considéré que tous les mois ont 30 jours.

Les prestations complémentaires de la Mutuelle sont servies tant que le membre participant bénéficie des prestations espèces de la Sécurité sociale et cessent au plus tard soit :

à la date reprise du travail à temps complet,

à la date d'attribution d'une pension d'invalidité par la Sécurité sociale,

à la date de liquidation des droits d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale,

au 1096ème jour d'arrêt de travail,

à la date où le membre participant ne remplit plus les conditions exigées par le présent Contrat,

au jour du décès le cas échéant.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise du travail à temps partiel et à condition que la Sécurité sociale maintienne ses indemnités journalières, la Mutuelle poursuit le versement de ses prestations complémentaires dans la limite de la règle de cumul définie ci-dessus.

Le membre participant doit sans délai informer la Mutuelle de sa reprise d'activité et de toute modification de sa situation à l'égard de la Sécurité sociale. À défaut, toute prestation indûment perçue devra être remboursée par le membre participant.

Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé du membre participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin de statuer sur l'ouverture du droit aux prestations. Si le membre participant refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le paiement des indemnités journalières.

14.2 Rente d'invalidité

Une rente complémentaire est versée aux membres participants qui perçoivent une pension d'invalidité de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie de la Sécurité sociale.

Définition de l'invalidité

Pour être indemnisée, l'invalidité permanente de l'assuré :

- doit être médicalement constatée et être reconnue par la Sécurité sociale,
- doit résulter d'une maladie ou d'un accident (cf. glossaire page 2),
- ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 8 des Dispositions générales,
- doit avoir son point de départ qui se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente

visé aux Dispositions particulières.

Franchise

Le versement de la rente par la Mutuelle débute à l'expiration d'un délai de franchise. Ce délai est défini aux Dispositions Particulières, il commence à courir au premier jour de la période d'invalidité et ne s'applique pas si l'invalidité fait suite à un état d'incapacité de travail indemnisé au titre du présent contrat.

Montant des prestations

Le montant des prestations, indiqué aux Dispositions Particulières, est fixé en pourcentage du traitement de base tel que défini au 1° de l'article R. 6152-23 du Code de la Santé publique. Le montant des prestations est limité à la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas d'invalidité de 1ère catégorie, le montant de la rente est égal à celui prévu pour les membres participants classés en 2ème et 3ème catégorie réduit de 40%.

En aucun cas les prestations servies ne peuvent, en s'ajoutant à celles accordées par un autre organisme quel qu'en soit la nature juridique, excéder le gain que l'intéressé aurait perçu s'il avait exercé une activité normale.

Règlement et durée

La rente d'invalidité est versée trimestriellement à terme échu au membre participant.

Pour le paiement de la rente, il est considéré que tous les mois ont 30 jours.

La rente d'invalidité de la Mutuelle est servie tant que le membre participant est classé en état d'invalidité par la Sécurité sociale et cesse au plus tard soit :

lorsque le membre participant n'est plus reconnu invalide par la Sécurité sociale,
à la date reprise du travail à temps complet,
à la date de liquidation des droits d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale,
à la date où le membre participant ne remplit plus les conditions exigées par le présent Contrat,
au jour du décès le cas échéant.

Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé du membre participant par un médecin qu'elle mandate à cet effet afin d'évaluer le taux d'invalidité du membre participant et de statuer sur l'ouverture du droit aux prestations. Si le membre participant refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le paiement de la rente.

PIÈCES À FOURNIR

15.1 Garanties Décès

Les capitaux et allocations versés en cas de décès sont réglés dans un délai de 30 jours après réception des pièces demandées ci-dessous.

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

une demande de règlement de prestations dûment remplie,
un extrait d'acte de décès
un certificat médical précisant la cause du décès;
en cas d'accident, tous documents attestant que le décès ou l'invalidité absolue et définitive résulte d'un accident (procès-verbal, coupure de presse),
une copie du livret de famille,
un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires,
une photocopie recto-verso de la carte d'identité de chaque bénéficiaire,
un justificatif de la qualité de tuteur légal lorsque l'enfant bénéficiaire mineur n'est pas placé sous l'autorité du conjoint survivant,
pour les membres participants mariés, un extrait d'acte de mariage accompagné d'une attestation sur l'honneur de non séparation de corps pour le conjoint,
pour les membres participants pacsés, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal judiciaire du domicile du membre participant accompagnée d'un justificatif de domicile commun,
pour les membres participants en concubinage, une preuve de vie commune par tous moyens (par exemple contrat de bail aux deux noms ou contrat du fournisseur d'électricité aux deux noms), sachant que cette union de fait doit durer depuis au moins 2 ans, sauf en cas de naissance d'un enfant reconnu des deux parents,
un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du bénéficiaire, ouvert en France,
les coordonnées du notaire,
en cas d'invalidité absolue et définitive, la notification de la décision de la Sécurité sociale classant le membre participant en 3ème catégorie d'invalidité, ou en incapacité permanente à 100% en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle,
tout document complémentaire que la Mutuelle jugerait nécessaire pour verser la prestation.

Pièces supplémentaires si rente éducation souscrite :

une copie du dernier avis d'imposition,
chaque année, pour les enfants de plus de 21 ans : les certificats de scolarité, de contrat d'apprentissage, d'invalidité,

Durant la période de service de la rente l'organisme assureur peut exiger la fourniture, par le bénéficiaire, de toute pièce justificative de la poursuite des conditions requises pour le service de la rente, notamment au-delà du 21ème anniversaire : certificat de scolarité pour chaque année scolaire ou universitaire et toute pièce justifiant la poursuite effective des études mentionnées sur ce certificat (photocopie des diplômes obtenus, en cas d'échec : attestation de présence à l'examen, etc.).

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service de la rente si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par le bénéficiaire.

15.2 Garantie Incapacité de travail - Invalidité

Les prestations Incapacité de travail et invalidité seront versées en fonction des délais de règlement des prestations de la Sécurité sociale.

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

une demande de règlement de prestations dûment remplie,
un arrêt de travail de type Cerfa, puis toute prolongation d'arrêt de travail ;
un certificat médical sous pli fermé précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité,
le dernier bulletin de salaire précédant l'arrêt (bulletin hospitalier + bulletin universitaire),
les bordereaux de paiement des prestations de la Sécurité sociale depuis le début de l'arrêt de travail ou de l'invalidité,
en cas d'invalidité, la notification de la pension d'invalidité par la Sécurité sociale ou de la rente accident du travail,
en cas de rupture du contrat de travail, une copie du certificat de travail précisant la date de la rupture ainsi qu'un relevé d'identité bancaire ou caisse d'épargne du bénéficiaire,
en cas de reprise partielle d'activité, les attestations de salaires réellement versés, les attestations de versement des allocations chômage ou de tout autre organisme,
tout document complémentaire que la Mutuelle jugerait nécessaire pour verser la prestation.

LES COTISATIONS

16.1. Assiette de cotisations

Les garanties définies par le présent contrat sont assurées en contrepartie du paiement, pour chaque membre participant, d'une cotisation exprimée sous la forme d'un montant en euros, et assise sur la rémunération annuelle brute du Membre participant telle que définie au 1° de l'article R. 6152-23 du Code de la Santé publique. Le montant de cette assiette est limité à la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation applicables à l'assiette sont indiqués aux Dispositions Particulières et les montants des cotisations en euros sont rappelés dans l'échéancier disponible sur l'espace personnel en ligne de l'adhérent, ainsi que dans les courriers de renouvellement adressés chaque année à l'adhérent.

Membre participant à temps partiel (hors mi-temps thérapeutique)

Les plafonds de traitement annuel de base sont réduits au prorata du temps de présence de l'intéressé.

16.2 Révision des cotisations

L'Assureur peut faire évoluer les cotisations en fonction des résultats enregistrés au titre du contrat et en cas d'évolution de la réglementation notamment en ce qui concerne les obligations légales de provisionnement.

La révision prendra effet au 1er janvier de chaque exercice concerné. En cas de désengagement de l'État intervenant en cours d'exercice, la Mutuelle se réserve le droit de modifier sa tarification à compter de la date d'effet de ces désengagements.

16.3 Modes de paiement

La cotisation peut être réglée mensuellement par fractionnement de la cotisation annuelle.

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste.

Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leur compte bancaire ou postal. Toutefois, les membres participants peuvent choisir de régler, par avance, la totalité de leur cotisation annuelle par chèque, mandat ou virement.

FONDS SOCIAUX DE LA MUTUELLE

Indépendamment des prestations objet du présent contrat, les membres participants et leurs ayants droit bénéficient, comme tous les membres participants de la Mutuelle, des dispositifs statutaires prévus sur le fonds social (secours, subventions, aides ou diminution de cotisations) accordés par le Conseil d'Administration sur proposition de la Commission Sociale.

Le plafond des fonds sociaux est fixé chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

PARTIE II. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES – BI APPARTENANT

GARANTIES OBLIGATOIRES		COTISATIONS
Décès / IAD +	Membre participant de moins de 66 ans 1,65% du traitement de base brut. Membre participant de plus de 66 ans 29 euros par an (garantie Décès - IAD uniquement).	
Incapacité de travail +		
Invalidité		
GARANTIE FACULTATIVE*		
Rente éducation	0,30% du traitement de base brut par enfant. En cas d'adhésion à la garantie double, le taux de cotisation est également doublé.	

GARANTIES OBLIGATOIRES Décès - Incapacité de travail – Invalidité
CONDITIONS D'ADHESION

L'ensemble des praticiens bi-appartenants adhérents de la MEP bénéficie obligatoirement des présentes garanties.

Les garanties Incapacité de travail, Invalidité sont accordées au plus tard jusqu'au 66^{ème} anniversaire.

Il est précisé que les garanties cessent au plus tard :

au 70^{ème} anniversaire du membre participant en activité.

à la date de liquidation des droits d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale.

GARANTIES

19.1 Garanties DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

La garantie prévoit, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du membre participant et dans les conditions définies aux articles 11 et 12 des Dispositions Générales, le versement d'un capital égal à :
38 112 euros.

19.2 Garanties INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ

FRANCHISE

Le délai de franchise est fixé à 90 jours continus d'arrêt de travail en cas de maladie ordinaire et à 365 jours pour les autres cas.

MONTANT DES PRESTATIONS

PU-PH/MCU-PH avec activité libérale

à compter du classement par la Sécurité Sociale en Invalidité, il est versé une rente d'invalidité, jusqu'à 66 ans. Les prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous et sont susceptibles de varier en fonction des modifications apportées par les régimes obligatoires

GARANTIES	PERIODES	EPS (CHU)	MUTUALP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	66% TB* EPS	0
	Du 4° au 12° mois	33% TB EPS	66% du traitement de base EPS
LONGUE MALADIE	Du 1° au 3° mois	66% TB EPS	0
	Du 4° au 12 mois	0	75 % TB EPS
	Du 13° au 36° mois	0	75% TB EPS
LONGUE DUREE	Du 1° au 3° mois	66% TB EPS	0
	Du 4° au 12 ° mois	0	75% TB EPS
	du 13ème au 36ème mois	0	75% TB EPS
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Reconnu par l'éducation nationale	100%	0
	Non reconnu par l'éducation nationale	50%	25% TB EPS
INVALIDITE 1° CATEGORIE ⁽¹⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	45% TB EPS
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE ⁽²⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	0	75% TB EPS
LONGUE DUREE CONTRACTEE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	0	0
	Du 61° au 96° mois	0	75% TB EPS

Les prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous et sont susceptibles de varier en fonction des modifications apportées par les régimes obligatoires

GARANTIES	PERIODES	UNIVERSITE	MUTUALP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB* Université	0
	Du 4° au 12° mois	50% TB Université	25% TB Université
LONGUE MALADIE	Du 1° au 3° mois	100% TB Université	0
	Du 4° au 12 mois	100% TB Université	0
	Du 13° au 36° mois	50% TB Université	25% TB Université

LONGUE DUREE	Du 1° au 3° mois	100% TB Université	0
	Du 4° au 36° mois	100% TB Université	0
	Du 37° au 60° mois	50% TB Université	25% TB Université
MATERNITE	Congé Légal	0	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Reconnu par l'éducation nationale	100%	-
	Non reconnu par l'éducation nationale	-	75% TB EPS
INVALIDITE 1° CATEGORIE ⁽¹⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	45% TB Université
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE ⁽²⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	0	75% TB Université
LONGUE DUREE CONTRACTEE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	100%	0
	Du 61° au 96° mois	50%	25% TB Université

TB* = Traitement de base

(1) En cas d'invalidité de 1° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime. Maintien du salaire net à 45%

(2) En cas d'invalidité de 2°, 3° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire. Maintien du salaire net à 75%

PU-PH/MCU-PH sans activité libérale

compter du classement par la Sécurité Sociale en Invalidité, il est versé une rente d'invalidité, jusqu'à 66 ans.

Les prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous et sont susceptibles de varier en fonction des modifications apportées par les régimes obligatoires

GARANTIES	PERIODES	EPS	MUTUALP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB* EPS	0
	Du 4° au 12° mois	50% TB EPS	25% TB EPS
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	100% TB EPS	0
	Du 13° au 36° mois	50% TB EPS	25% TB EPS
LONGUE DUREE	Du 1° au 36° mois	100% TB EPS	0
	Du 37° au 60° mois	50% TB EPS	25% TB EPS
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Reconnu par l'éducation nationale	100% TB EPS	0
	Non reconnu par l'éducation nationale	-	-
INVALIDITE 1° CATEGORIE ⁽¹⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	45% TB EPS
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE ⁽²⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	0	75% TB EPS
LONGUE DUREE CONTRACTEE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	0	0
	Du 61° au 96° mois	0	75% TB EPS

Les prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous et sont susceptibles de varier en fonction des modifications apportées par les régimes obligatoires

GARANTIES	PERIODES	UNIVERSITE	MUTUALP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB* Université	0
	Du 4° au 12° mois	50% TB Université	25% TB Université
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	100% TB Université	0
	Du 13° au 36° mois	50% TB Université	25% TB Université
LONGUE DUREE	Du 1° au 36° mois	100% TB Université	0
	Du 37° au 60° mois	50% TB Université	25% TB Université
MATERNITE	Congé Légal	0	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Reconnu par l'éducation nationale	100%	-
	Non reconnu par l'éducation nationale	-	-
INVALIDITE 1° CATEGORIE ⁽¹⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	45% TB Université
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE ⁽²⁾	Du 37° mois au 66° anniversaire	0	75% TB Université
LONGUE DUREE CONTRACTEE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	100%	0
	Du 61° au 96° mois	50%	25% TB Université

TB* = Traitement de base

(1) En cas d'invalidité de 1° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime. Maintien du salaire net à 45%

(2) En cas d'invalidité de 2°, 3° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire. Maintien du salaire net à 75%

INCAPACITE DE TRAVAIL

ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

Le montant des Indemnités journalières est fixé, en pourcentage du traitement de base, à 75% du traitement de base net sous déduction du salaire partiel maintenu, des prestations versées par la Sécurité sociale et de toutes prestations dont le membre participant pourrait se prévaloir au titre de l'arrêt de travail.

ACTIVITÉ UNIVERSITAIRE

Le montant des indemnités journalières est fixé, en pourcentage du traitement de base, à 75% du traitement de base net sous déduction du salaire partiel maintenu, des prestations versées par la Sécurité sociale et de toutes prestations dont le membre participant pourrait se prévaloir au titre de l'arrêt de travail.

INVALIDITE

ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE

En cas d'invalidité de 1ère catégorie, le montant de la rente est égal à 60% de celui prévu en cas d'invalidité de 2ème et 3ème catégories soit 45% du traitement de base, sous déduction du salaire d'activité résiduelle et des prestations versées par la Sécurité sociale.

Les prestations complémentaires de la Mutuelle sont servies tant que le membre participant bénéficie des prestations espèces de la Sécurité sociale et cessent au plus tard au 66ème anniversaire du membre participant.

En cas d'invalidité de 2ème et 3ème catégories le montant des prestations est fixé à 75% du traitement de base net, sous déduction du salaire d'activité résiduelle et des prestations versées par la Sécurité sociale.

ACTIVITÉ UNIVERSITAIRE

En cas d'invalidité de 1ère catégorie, le montant de la rente est égal à 60% de celui prévu en cas d'invalidité de 2ème et 3ème catégories soit 45% du traitement de base, sous déduction du salaire d'activité résiduelle et des prestations versées par la Sécurité sociale.

Les prestations complémentaires de la Mutuelle sont servies tant que le membre participant bénéficie des prestations espèces de la Sécurité sociale et cessent au plus tard au 66ème anniversaire du membre participant.

En cas d'invalidité de 2ème et 3ème catégories le montant des prestations est fixé à 75% du traitement de base net, sous déduction du salaire d'activité résiduelle et des prestations versées par la Sécurité sociale.

Les autres garanties définies par les Dispositions Générales Prévoyance MUTUALP et les dispositions qui s'y rapportent ne s'appliquent pas.

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties qui font l'objet du présent contrat sont accordées en contrepartie du paiement d'une cotisation, pour chaque membre participant, fixée à :

- Membre participant de moins de 66 ans :
1,65% du traitement de base brut
- Membre participant de plus de 66 ans :
29 euros par an (garantie Décès – Invalidité Absolue et Définitive uniquement).

TRAITEMENT DE BASE

Prestations

Il est précisé que pour le calcul des prestations, sont pris en compte la rémunération perçue par le membre participant dans le cadre de son activité universitaire et les émoluments versés dans le cadre de son activité hospitalière, et ce dans la limite de la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. (cf. article 7 des dispositions générales).

Cotisations

Il est précisé que pour le calcul des cotisations, seuls les émoluments hospitaliers sont pris en compte dans l'assiette, dans la limite de la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale. (cf. article 16.1 des Dispositions Générales). La rémunération perçue par le membre participant dans le cadre de son activité universitaire est exclue.

GARANTIE FACULTATIVE Rente éducation

CONDITIONS D'ADHÉSION

L'ensemble des praticiens bi-appartenants peut bénéficier de la présente garantie.

L'adhésion à la rente éducation est subordonnée à l'adhésion à la garantie « DÉCÈS-INCAPACITÉ DE TRAVAIL-INVALIDITÉ » décrite à l'article 19 des Dispositions particulières.

La limite d'âge à l'adhésion est fixée au 60ème anniversaire du membre participant.

La garantie cesse d'être acquise au plus tard :

le 31 août suivant le 65ème anniversaire du membre participant pour les Praticiens hospitalo-universitaires,

Pour adhérer, le membre participant doit adresser à la Mutuelle, sa fiche d'adhésion dûment complétée, datée et signée accompagnée du questionnaire médical lui permettant d'apprécier le risque à assurer et d'accepter ou non l'adhésion.

Les garanties sont acquises après un délai de carence de six mois courant à compter de la date d'effet de l'adhésion (sous réserve d'acceptation par la Mutuelle de l'adhésion).

Le délai de carence est abrogé si le décès du membre participant est la conséquence d'un accident.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire de la garantie, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion des dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Le décès est considéré accidentel s'il intervient dans les 12 mois qui suivent l'accident et à condition qu'il provienne exclusivement de celui-ci.

L'adhésion prend effet à la date Indiquée sur la fiche d'adhésion transmise par le membre participant.

Elle est souscrite pour une durée minimum de un an puis est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par le membre participant (modalités décrites dans l'article 6.2 des Dispositions générales).

La résiliation de son adhésion par le membre participant est définitive et lui interdit toute demande ultérieure de nouvelle adhésion, sauf si elle fait suite à un changement de situation de famille.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base brut et pour chaque enfant à charge, à :

Jusqu'au 8ème anniversaire : 7,5% du traitement de base

Du 8ème au 17ème anniversaire : 10% du traitement de base

Du 17ème au 21ème anniversaire : 12,5% du traitement de base (jusqu'au 25ème anniversaire en cas de poursuite d'études)

La rente cesse d'être due lorsque l'enfant cesse de poursuivre ses études et, au plus tard, quand il atteint son 25ème anniversaire.

Le membre participant a la possibilité de doubler les montants de garantie indiqués ci-dessus, sauf à ce que son conjoint, concubin ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité, lui-même salarié de l'Assistance Publique, ait également souscrit la présente garantie.

Par ailleurs, les enfants qui sont orphelins de père et de mère ou qui le deviennent bénéficient d'un doublement de leur rente.

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties qui font l'objet du présent contrat sont accordées en contrepartie du paiement d'une cotisation, pour chaque membre participant, fixée à :

0,30% du traitement de base brut par enfant.

En cas d'adhésion à la garantie double, le taux de cotisation est également doublé.

TRAITEMENT DE BASE

Il est précisé que pour le calcul des prestations et des cotisations, sont pris en compte selon le statut du membre participant, la rémunération qu'il perçoit dans le cadre de son activité universitaire OU les émoluments versés/rémunération perçus dans le cadre de son activité hospitalière, et ce dans la limite de la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (cf. articles 13 et 16.1 des dispositions générales).

PARTIE III. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES – MONO-APPARTENANT

GARANTIE OBLIGATOIRE	COTISATIONS
Décès	29 euros par an
GARANTIES FACULTATIVES	
Invalidité	0,67% du traitement de base brut.
Rente éducation	0,30% du traitement de base brut par enfant. En cas d'adhésion à la garantie double, le taux de cotisation est également doublé.

GARANTIE OBLIGATOIRE Décès/IAD

CONDITIONS D'ADHESION

L'ensemble des praticiens mono-appartenants adhérents au produit bénéficie obligatoirement de cette garantie.

La limite d'âge à l'adhésion est fixée au 60ème anniversaire du membre participant.

GARANTIES DÉCÈS - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

La garantie prévoit, en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive du membre participant et dans les conditions définies aux articles 11 et 12 des Dispositions Générales, le versement d'un capital égal à :
38 112 euros.

Il est précisé que la garantie cesse au plus tard :

au 70ème anniversaire du membre participant en activité.

à la date de liquidation des droits d'une pension vieillesse de la Sécurité sociale.

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties Décès/IAD sont accordées en contrepartie du paiement d'une cotisation, pour chaque membre participant, fixée à :
29 euros par an.

GARANTIE FACULTATIVE Invalidité

CONDITIONS D'ADHESION

L'ensemble des praticiens mono-appartenants adhérents au produit peuvent bénéficier de cette garantie.

La limite d'âge à l'adhésion est fixée au 60ème anniversaire du membre participant.

Pour les membres participants ayant adhéré avant cette date, la garantie cesse d'être acquise au plus tard le dernier jour du dernier mois d'activité pour les Praticiens hospitaliers partant à la retraite.

Pour adhérer, le membre participant doit adresser à la Mutuelle, par courrier recommandé avec accusé de réception, sa fiche d'adhésion dûment complétée, datée et signée accompagnée du questionnaire médical lui permettant d'apprécier le risque à assurer et d'accepter ou non l'adhésion.

Les garanties sont acquises après un délai de carence de six mois courant à compter de la date d'effet de l'adhésion (sous réserve d'acceptation par la Mutuelle de l'adhésion).

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur la fiche d'adhésion transmise par le membre participant.

Elle est souscrite pour une durée minimum d'un an puis est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par le membre participant (modalités décrites à l'Article 6.2 des Dispositions générales).

La résiliation de son adhésion par le membre participant est définitive et lui interdit toute demande ultérieure de nouvelle adhésion, sauf si elle fait suite à un changement de situation de famille.

GARANTIE INVALIDITÉ

FRANCHISE

La prestation débute au jour du classement du membre participant en invalidité par la Sécurité sociale.

MONTANT DES PRESTATIONS

A compter du classement par la Sécurité Sociale en Invalidité, il est versé une rente d'invalidité, jusqu'à 66 ans.
Les prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous et sont susceptibles de varier en fonction des modifications apportées par les régimes obligatoires

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS/FACULTÉ	MIAIHM
INVALIDITE 1^{re} CATEGORIE (1)	Du 37 ^e mois au 66 ^e anniversaire	-	45% TB EPS
INVALIDITE 2^e OU 3^e CATEGORIE (2)	Du 37 ^e mois au 66 ^e anniversaire	0	75% TB EPS

TB* = Traitement de base

(1) En cas d'invalidité de 1^{re} catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime. Maintien du salaire net à 45%

(2) En cas d'invalidité de 2^e, 3^e catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire. Maintien du salaire net à 75%

En cas d'Invalidité de 1ère catégorie, le montant de la rente est égal à 45% du traitement net de base, sous déduction du salaire d'activité résiduelle et des prestations versées par la Sécurité sociale.

En cas d'Invalidité de 2ème et 3ème catégories, le montant des prestations est fixé à 75% du traitement net de base, sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale.

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties qui font l'objet du présent contrat sont accordées en contrepartie du paiement d'une cotisation, pour chaque membre participant, fixée à :

0,67% du traitement de base brut.

TRAITEMENT DE BASE

Il est précisé que pour le calcul des prestations et des cotisations, est prise en compte la rémunération perçue par le membre participant dans le cadre de son activité hospitalière, et ce dans la limite de la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (cf. articles 14 et 16.1 des dispositions générales).

GARANTIE FACULTATIVE Rente éducation CONDITIONS D'ADHÉSION

L'ensemble des praticiens mono-appartenants peut bénéficier de la présente garantie.

L'adhésion à la rente éducation est subordonnée à l'adhésion à la garantie « DÉCÈS » décrite à l'article 27 des Dispositions particulières.
La limite d'âge à l'adhésion est fixée au 60ème anniversaire du membre participant.

La garantie cesse d'être acquise au plus tard le dernier jour du dernier mois d'activité pour les Praticiens hospitaliers partant à la retraite.
La garantie cesse d'être acquise au plus tard au 70ème anniversaire du membre participant.

Pour adhérer, le membre participant doit adresser à la Mutuelle, sa fiche d'adhésion dûment complétée, datée et signée accompagnée du questionnaire médical lui permettant d'apprécier le risque à assurer et d'accepter ou non l'adhésion.

Les garanties sont acquises après un délai de carence de six mois courant à compter de la date d'effet de l'adhésion (sous réserve d'acceptation par la Mutuelle de l'adhésion).

Le délai de carence est abrogé si le décès du membre participant est la conséquence d'un accident.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire de la garantie, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion des dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Le décès est considéré accidentel s'il intervient dans les 12 mois qui suivent l'accident et à condition qu'il provienne exclusivement de celui-ci.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur la fiche d'adhésion transmise par le membre participant.

Elle est souscrite pour une durée minimum de un an puis est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf résiliation par le membre participant (modalités décrites dans l'article 6.2 des Dispositions générales).

La résiliation de son adhésion par le membre participant est définitive et lui interdit toute demande ultérieure de nouvelle adhésion, sauf si elle fait suite à un changement de situation de famille.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Le montant de la rente est fixé en pourcentage du traitement de base brut et pour chaque enfant à charge, à :

Jusqu'au 8ème anniversaire : 7,5% du traitement de base

Du 8ème au 17ème anniversaire : 10% du traitement de base

Du 17ème au 21ème anniversaire : 12,5% du traitement de base (jusqu'au 25ème anniversaire en cas de poursuite d'études)

La rente cesse d'être due lorsque l'enfant cesse de poursuivre ses études et, au plus tard, quand le bénéficiaire atteint son 25ème anniversaire.

Le membre participant a la possibilité de doubler les montants de garantie indiqués ci-dessus, sauf à ce que son conjoint, concubin ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité, lui-même salarié de l'Assistance Publique, ait également souscrit la présente garantie.

Par ailleurs, les enfants qui sont orphelins de père et de mère ou qui le deviennent bénéficient d'un doublement de leur rente.

MONTANT DES COTISATIONS

Les garanties qui font l'objet du présent contrat sont accordées en contrepartie du paiement d'une cotisation, pour chaque membre participant, fixée à :

0,30% du traitement de base brut par enfant.

En cas d'adhésion à la garantie double, le taux de cotisation est également doublé.

TRAITEMENT DE BASE

Il est précisé que pour le calcul des prestations et des cotisations, sont pris en compte selon le statut du membre participant, la rémunération qu'il perçoit dans le cadre de son activité, et ce dans la limite de la tranche B de la Sécurité sociale, soit 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale (cf. articles 13 et 16.1 des Dispositions générales).

ANNEXES :

Annexe 1 : Plafonds de prise en charge des équipements d'optique du panier « prix libres »

Cas	Verres	Plafonds de prise en charge par équipement comprenant le tarif de responsabilité (deux verres et monture)
a	<p><i>Deux verres unifocaux</i> sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p>	190 € dont 100 € au maximum pour la monture.
b	<p><i>Verre 1</i> <i>verre unifocal</i> sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p> <p><i>Verre 2</i> <i>verre unifocal</i> sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</p> <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i> sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p>	300 € dont 100 € au maximum pour la monture.
c	<p><i>Verre 1 – verre unifocal</i> sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p> <p><i>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</i> sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	300 € dont 100 € au maximum pour la monture.

d	<p><i>Deux verres appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</i></p> <p><i>verre unifocal</i> sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.</p> <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i> sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.</p>	300 € dont 100 € au maximum pour la monture.
e	<p><i>Verre 1 – verre appartenant à une des catégories ci-dessous précisées</i></p> <p><i>verre unifocal</i> sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</p> <p><i>ou verre multifocal ou progressif</i> sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</p> <p><i>Verre 2 - verre multifocal ou progressif</i> sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	300 € dont 100 € au maximum pour la monture.
f	<p><i>Deux verres multifocaux ou progressifs</i> sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	300 € dont 100 € au maximum pour la monture.

Annexe 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	variations 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 ; 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 ;	
	- 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 ;	
	- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;	
	- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;	
	- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i> glaucome ; hypertension intraoculaire isolée ; DMLA et atteintes maculaires évolutives ; rétinopathie diabétique ; opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;	
	- cataracte évolutive à composante réfractive ;	
	- tumeurs oculaires et palpébrales ;	
	- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;	
	- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;	
	- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;	
	- kératocône évolutif ;	
	- kératopathies évolutives ;	
	- dystrophie cornéenne ;	

Annexe 3 : Modèle de lettre de renonciation

Votre nom :

Votre prénom :

Votre

adresse

:

Votre date de naissance :

UMGP - MIAIHM
CS 70010 – 13272
MARSEILLE CEDEX 08

A....., le

Vos références :

N° de sécurité sociale :

N° de membre participant :

N° de transaction bancaire (si paiement par carte ou virement) :

Objet : Annulation d'une souscription dans le délai de 14 jours.

Madame, Monsieur,

Le (*date de la demande*), j'ai souscrit au produit « HEYME Medical ».

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, le délai de 14 jours à compter de la date d'effet de mon adhésion n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner. (L'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J. : - Copie de mon bulletin d'adhésion.

Original de mon RIB pour remboursement de la cotisation acquittée au titre du produit souscrit.

**Annexe 4 : Tableau des garanties Santé
« Mutuelle MIAIHM »**

Tableau de garanties
Contrat Responsable Remboursements
Mutuelle incluant le régime de base

HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Forfait patient urgences		Frais réels
Forfait sur les actes dits "lourds"		Frais réels
Honoraires praticiens hospitaliers		100% BR
Transports acceptés par le R.O.		100% BR
Séjours en établissement conventionné et non conventionné		
Frais de séjour ⁽¹⁾		100% BR
Chambre particulière y compris maternité et chambre ambulatoire ⁽²⁾	(Plafond / jour)	30,50 €

- (1) Frais personnels non pris en charge : boisson, blanchisserie, téléphone, etc. La Mutuelle offre la prise en charge de la télévision après application d'une franchise de 10 jours (pour chaque hospitalisation) et dans la limite de 2 €/jour.
- (2) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 45 jours par an ; toute indemnisation d'une durée supérieure devra être soumise au conseil d'administration qui prendra la décision, selon le cas, de rembourser ou non les frais de chambre particulière.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes / spécialistes	100% BR
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)	100% BR
Forfait sur les actes dits "lourds"	Frais réels
Honoraires paramédicaux	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR

Médicaments - pharmacie

Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR

Matériel médical

Dispositifs médicaux et appareillages ⁽³⁾	100% BR
Grand appareillage (y compris véhicule pour handicap physique accepté par le R.O.) ⁽⁴⁾	100% BR

Autres prestations

Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR
--	---------

(3) A l'exception des prothèses optiques, auditives, grand appareillage et des véhicules pour handicapés. Se reporter aux postes correspondants.

(4) Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassis.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER

Soins à l'étranger remboursés par le R.O. ⁽⁵⁾	100% BR
--	---------

(5) Soins pris en charge par la mutuelle à la seule condition qu'ils soient remboursés par la sécurité sociale et sur la seule base des informations retenues et transmises par le régime obligatoire et ce, quelle que soit la nature et le montant de la dépense engagée.

DENTAIRE

Honoraires 100% santé tels que définis réglementairement

Soins et prothèses dentaires ⁽⁶⁾	Frais réels limités aux HLF
---	--------------------------------

Honoraires autres que 100% santé

Soins dentaires remboursés par le R.O. (y compris implantologie prise en charge)	100% BR
Prothèses dentaires à tarif libre et tarif maîtrise remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	300% BR limités aux HLF
Orthodontie remboursée par le R.O.	150% BR

(6) Le remboursement des prothèses 100% santé et à tarif maîtrisé est limité à hauteur des honoraires limites de facturation (ou HLF), précisés par la convention nationale des chirurgiens dentistes libéraux ou par le règlement arbitral en l'absence de convention.

OPTIQUE

Equipements 100% santé tels que définis réglementairement - CLASSE A		
Monture et verres ⁽⁷⁾	1 équipement tous les 2 ans pour les adultes ou tous les ans pour les enfants ⁽¹¹⁾	frais réels limités aux PLV
Suppléments et prestations optiques ⁽⁸⁾		
ÉQUIPEMENT A TARIF LIBRE - CLASSE B ⁽⁹⁾		
Monture		100 €
Verre simple		45 €
Verre complexe		100 €
Verre très complexe		100 €
Suppléments et prestations optiques plafonnés ⁽⁸⁾		frais réels limités aux PLV
Autres suppléments et prestations optiques non plafonnés		100% BR
EQUIPEMENTS MIXTES 100% SANTE ET TARIFS LIBRES		
Monture de classe A + au moins 1 verre de classe B ou monture de classe B + au moins 1 verre de classe A ⁽¹⁰⁾		Se référer aux postes correspondants
LENTILLES		
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100% BR + 160 €
Lentilles non remboursées par le R.O.	(Plafond/an)	100 €

⁽⁷⁾ Le remboursement des montures et verres 100% Santé classe A s'effectue à hauteur des prix limite de vente (ou PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019.

⁽⁸⁾ Prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appairage de verres (prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différent), suppléments pour verres et montures affectés de PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019. Les remboursements de la garantie MIAIHM s'effectuent à hauteur des PLV.

⁽⁹⁾ Suivant les dispositions du décret du 11 janvier 2019, la somme des remboursements du régime obligatoire et des régimes complémentaires est limitée à 100 € par monture, 160 € par verre simple, 300 € par verre complexe et 350 € par verre très complexe.

⁽¹⁰⁾ Le remboursement s'effectue à hauteur des dispositions de la garantie MIAIHM définies pour l'élément de l'équipement de classe B ou dans la limite des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 pour l'élément de l'équipement de classe A.

⁽¹¹⁾ Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans à compter de la dernière consommation pour les adultes et enfants de plus de 16 ans et d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. Ce renouvellement peut être anticipé selon certaines conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018.

AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTE TELS QUE DEFINIS REGLEMENTAIREMENT - CLASSE I		
Aide auditive adulte, enfant et personne atteinte de cécité ⁽¹²⁾	1 aide auditive par oreille tous les 4 ans ⁽¹⁴⁾	frais réels limités aux PLV
ÉQUIPEMENT A TARIF LIBRE - CLASSE II		
Aide auditive adulte, enfant et personne atteinte de cécité ⁽¹³⁾		100% BR
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.		100% BR
<p>⁽¹²⁾ Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.</p> <p>⁽¹³⁾ Suivant les dispositions du décret du 11 janvier 2019, la somme des remboursements du régime obligatoire et des régimes complémentaires est limitée à 1700 € par aide auditive.</p> <p>⁽¹⁴⁾ Suivant les dispositions de l'arrêté du 14 novembre 2018, limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation .</p>		

PREVENTION

Les actes de prévention sont définis dans le cadre du respect des dispositions du contrat responsable et sont au moins remboursés au ticket modérateur. Votre garantie inclut les actes de prévention conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements de la Mutuelle interviennent sur des prestations prises en charge par le régime obligatoire sauf indication contraire. Ils valent par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés, dans le cadre du parcours de soins et de la responsabilisation de l'assuré social. Ils sont exprimés en % de la base de remboursement (**BR**), en € ou en frais réels et incluent le remboursement du régime obligatoire dès lors qu'ils sont pris en charge y compris pour les forfaits optiques, aides auditives et dentaires.

La garantie exclut le remboursement de la participation forfaitaire et des franchises médicales (définies à l'article L.160-3 du Code de la Sécurité sociale) ainsi que des pénalités en cas de non-respect du parcours de soins (définies à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale).

Les limites exprimées en euros ne portent que sur les remboursements complémentaires, à l'exception des limites applicables à l'optique et l'aide auditive qui incluent le remboursement du régime obligatoire et des régimes complémentaires.

Frais réels : totalité de la dépense engagée par l'assuré social plafonnée aux limites tarifaires (HLF et PLV) instaurées par la réglementation.

BR : tarif de référence du régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. La BR correspond au tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le régime obligatoire. A défaut de convention, elle correspond au tarif d'autorité (TA) défini par le régime obligatoire.

Annexe 5 : Tableaux de prestations complémentaires – Prévoyance et Responsabilité Civile Professionnelle

INTERNES EN MEDECINE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS	MEP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB	0
	Du 4° au 9° mois	50% TB	50% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	66% TB	33% TB
	Du 13° au 36° mois	50% TB	50% TB
LONGUE DUREE	Du 1° au 18° mois	66% TB	33% TB
	Du 19° au 36° mois	50% TB	50% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois	100% TB	0
INVALIDITE 1° CATEGORIE (1)	Du 13° au 24° mois	66% TB	33% TB
	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE (2)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 61° au 96° mois	-	-

Tb* = traitement de base

En cas d'invalidité de 1° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime. Maintien du salaire net à 45%

En cas d'invalidité de 2°, 3° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire. Maintien du salaire net à 75%

CAPITAL DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés.

Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité.

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

CCA / AHU / PHU INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS/FACULTÉ	"MEP (A PRENDRE EN CHARGE SUR LES DEUX SALAIRES)"
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	66% TB*	33% TB
	Du 4° au 9° mois	50% TB	50% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 6° mois	66% TB	33% TB
	Du 7° au 30° mois	33% TB	66% TB
LONGUE DUREE	Du 1° au 18° mois	66% TB	33% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois	100% TB	0
	Du 13° au 24° mois	66% TB	33% TB
INVALIDITE 1° CATEGORIE (1)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE (2)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
	Du 61° au 96° mois	-	-

TB* = TRAITEMENT DE BASE

(1) EN CAS D'INVALIDITE DE 1° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 45%

(2) EN CAS D'INVALIDITE DE 2°, 3° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 75%

CAPITAL DÉCÈS – INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés. Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité.

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

ASSISTANTS SPECIALISTES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS	MEP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	66% TB	33% TB
	Du 4° au 9° mois	50% TB	50% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 6° mois	66% TB	33% TB
	Du 7° au 30° mois	33% TB	66% TB
LONGUE DUREE	Du 1° au 18° mois	66% TB	33% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois	100% TB	-
	Du 13° au 24° mois	66% TB	33% TB
INVALIDITE 1° CATEGORIE (1)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE (2)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
	Du 61° au 96° mois	-	-

TB* = Traitement de base

En cas d'invalidité de 1° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime. Maintien du salaire net à 45%

En cas d'invalidité de 2°, 3° catégorie, la rente est servie sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire. Maintien du salaire net à 75%

CAPITAL DÉCÈS – INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés.

Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

**PRATICIEN ATTACHE
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS	MEP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB	0
	Du 4° au 12° mois	50% TB	50% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	100% TB	0
	Du 13° au 36° mois	50% TB	50% TB
LONGUE DUREE	Du 1° au 6° mois renouvelable	66% TB	33% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois renouvelable jusqu'au 60° mois	100% TB	0
INVALIDITE	Du 37° mois au 66°	-	-
1° CATEGORIE (1)	anniversaire		
INVALIDITE	Du 37° mois au 66°		
2° OU 3° CATEGORIE (2)	anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
	Du 61° au 96° mois	-	-

TB* = TRAITEMENT DE BASE

(1) EN CAS D'INVALIDITE DE 1° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 45%

(2) EN CAS D'INVALIDITE DE 2°, 3° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 75%

**CAPITAL DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE
CONTRAT COLLECTIF MIP**

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés.

Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité.

RESPONSABILITÉ CIVILE
PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

PRATICIEN HOSPITALIER AVEC ACTIVITE LIBERALE
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS	MEP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	66% TB*	33% TB
	Du 4° au 12° mois	33% TB	66% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	66% TB	33% TB
	Du 13° au 36° mois	33% TB	66% TB
LONGUE DUREE	Du 1° au 36° mois	66% TB	33% TB
	Du 37° au 60° mois	33% TB	66% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois renouvelable jusqu'au 60° mois	100% TB	0
INVALIDITE 1° CATEGORIE (1)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE (2)	Du 37° mois au 66° anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
	Du 61° au 96° mois	-	-

TB* = TRAITEMENT DE BASE

- (1) EN CAS D'INVALIDITE DE 1° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 45%
- (2) EN CAS D'INVALIDITE DE 2°, 3° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 75%

CAPITAL DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés. Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité.

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

**PRATICIEN HOSPITALIER SANS ACTIVITE LIBERALE
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

GARANTIES	PÉRIODES	RO/EPS	MEP
MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100% TB*	0
	Du 4° au 12° mois	50% TB	50% TB
LONGUE MALADIE	Du 1° au 12° mois	100% TB	0
	Du 13° au 36° mois	50% TB	50% TB
LONGUE DURÉE	Du 1° au 36° mois	100% TB	0
	Du 37° au 60° mois	50% TB	50% TB
MATERNITE	Congé Légal	100% TB	0
ACCIDENT DE TRAVAIL	Du 1° au 12° mois renouvelable jusqu'au 60° mois	100% TB	0
INVALIDITE 1° CATEGORIE (1)	37° mois au 66° anniversaire	-	-
INVALIDITE 2° OU 3° CATEGORIE (2)	37° mois au 66° anniversaire	-	-
LONGUE DURÉE CONTRACTÉE EN SERVICE	Du 1° au 60° mois	-	-
	Du 61° au 96° mois	-	-

TB* = TRAITEMENT DE BASE

(1) EN CAS D'INVALIDITE DE 1° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 45%

(2) EN CAS D'INVALIDITE DE 2°, 3° CATEGORIE, LA RENTE EST SERVIE SOUS DEDUCTION DES PRESTATIONS VERSEES PAR LE REGIME OBLIGATOIRE. MAINTIEN DU SALAIRE NET A 75%

CAPITAL DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE, DE L'ADHÉRENT, IL EST VERSE UN CAPITAL DE 38.112€ AU PROFIT DES BÉNÉFICIAIRES DESIGNÉS.

Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000€ pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre

PRATICIEN HOSPITALIER CONTRACTUEL
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

			RO/EPS	MEP
PHC ART.402***	MALADIE ORDINAIRE	Du 1° au 3° mois	100%	0%
		Du 4° au 6° mois	50%	50%
PHC ART.403 CDD/CDI***		Du 4° au 9° mois	50%	50%
PHC ART.402***	LONGUE MALADIE	Du 1° au 6° mois	100%	0%
PHC ART.403 CDD***		Du 1° au 12° mois	100%	0%
		Du 13° au 18° mois	50%	50%
		Du 1° au 12° mois	100%	0%
PHC ART.403 CDI***		Du 12° au 36° mois	50%	50%
PHC ART.402***	LONGUE DUREE	Du 1° au 6° mois	100%	0%
PHC ART.403 CDD***		Du 1° au 24° mois	100%	0%
PHC ART.403 CDI***		Du 1° au 36° mois	100%	0%
		Du 37° au 60° mois	50%	50%

CAPITAL DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE DÉFINITIVE CONTRAT COLLECTIF MIP

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, de l'adhérent, il est versé un capital de 38.112€ au profit des bénéficiaires désignés. Cette garantie est acquise quelle que soit la cause du décès ou de l'Invalidité Absolue et Définitive, tant dans le Cadre de la vie privée que professionnelle.

Le règlement du capital en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à la garantie le capital décès est assuré jusqu'à 70 ans pour tous les adhérents en activité.

RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE LA MÉDICALE FRANCE

DOMMAGES CORPORELS
15 000 000 € par année d'assurance limités à 8 000 000 € pour les dommages corporels de même nature réclamés par une seule et même partie lésée.
DOMMAGES MATÉRIELS ET IMMATÉRIELS CONSÉCUTIFS
300 000 €
PROTECTION JURIDIQUE POUR LES LITIGES SUPÉRIEURS À 300 €
15 000 € par sinistre