

Règlement mutualiste

Applicable à compter du 1^{er} janvier 2015

Le présent règlement référencé RM/MUT/RHS2/06.2015 a pour objet de décrire les engagements respectifs entre le membre participant et la Mutuelle concernant la garantie Frais de Santé, conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité. Le présent règlement est régi par le Code de la Mutualité.

DÉFINITIONS

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

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

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

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

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat responsable : contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

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

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

Mutuelle : désigne la Mutuelle Humanis Nationale, mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 339 358 681, dont le siège social se situe à Malakoff (92240), 139/147 rue Paul Vaillant-Couturier.

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

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

Remboursement de la Sécurité sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

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

TITRE I - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne **domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français**. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Les formules dédiées « Premium » sont ouvertes aux personnes âgées de 50 ans et plus qui adhèrent au plus tard dans les trois ans suivant la date de liquidation effective de leur pension vieillesse. Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties Frais de santé qu'il a choisies, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents

niveaux de garanties des modules proposés.

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

- les bénéficiaires de la garantie Frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

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

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

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

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

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

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du mandat SEPA dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,
- le cas échéant, du versement d'un mois de cotisation et du droit d'entrée.

À défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

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

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

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

Celle-ci prend effet, au plus tôt, au premier jour suivant la date de la signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception par la Mutuelle du bulletin dans les 15 jours suivant la signature et de la fourniture de toutes les pièces justificatives prévues à l'article 2 du présent règlement.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

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

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

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

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

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

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

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

À adresser à : Mutuelle Humanis Nationale - Direction administrative - 41932 Blois cedex 9.

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

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

5.1 - Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se

renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle.

5.2 - Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser :

• à la demande du membre participant :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre,
- en cours d'année si le membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire Frais de santé, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse au 1^{er} jour du mois civil suivant le mois de réception des justificatifs précités.

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

• à la demande de la Mutuelle :

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

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

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

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

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

• en cas de décès du membre participant.

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

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

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

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

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

1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :

- accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;

- accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la sécurité sociale.

2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 - Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte les conditions mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

À ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- Conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.
- Conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Sécurité sociale, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2^o de l'article L. 321-1 du Code de la sécurité sociale).
- Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'assuré social lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

7.2 - Choix et changement de garantie

7.2.1 La gamme se compose de différentes formules :

- quatre formules [F1], [F2], [F3] et [F4] proposant différents niveaux de garanties croissants, constituées chacune de trois modules de garanties :
 - un module Hospitalisation / Soins courants / Maternité,
 - un module Optique / Dentaire,
 - un module Prothèses Médicales / Cure Thermale,

Le membre participant a la possibilité de souscrire une formule préétablie. Il peut également composer sa propre formule à partir des niveaux de garanties des modules des quatre formules précitées. Dans ce cas, il doit obligatoirement choisir des modules dont les niveaux de garantie (limités à 3) sont consécutifs.

Les trois formules [F2], [F3] et [F4] composées de différents modules de la gamme offrent la possibilité au membre participant de souscrire l'« option budget » afin de diminuer le montant de sa cotisation en renonçant à certaines garanties.

- des formules [F5], [Premium 1], [Premium 2], [Premium 3] et [Premium 4].

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

Le changement de formule, de module ou d'option, peut intervenir après 12 mois de présence dans la garantie précédemment souscrite et engage le membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient le 1^{er} janvier suivant la demande.

Le changement de garantie vers un niveau supérieur N+2 ou le passage de la formule / module 4 vers la formule 5 **implique, pour les prothèses prises en charge par la Sécurité sociale et les implants, le maintien des conditions de remboursement de l'ancien niveau de garantie pendant 12 mois.** Les conditions de remboursement de la nouvelle formule / module s'appliquent à partir du 13^{ème} mois.

De plus, le passage de la formule / module 4 vers la formule 5 **implique également pendant 12 mois le remboursement des honoraires et actes techniques en milieu hospitalier sur la base de la formule / module 4.**

7.3 - Bénéficiaires

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

- le membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leur besoin et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgé de moins de 21 ans et être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin. L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^{ème} anniversaire,
 - être âgé de moins de 26 ans, et :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficiant d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation.

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année en cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

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

7.4 - Délais d'attente

Pendant les 6 premiers mois de l'adhésion :

- **la prestation Honoraires en cas d'hospitalisation facturés par un médecin ayant signé le contrat d'accès aux soins des formules / modules 3,4 et 5 est limitée à 150 % de la base de remboursement, sauf si les soins résultent d'un accident. Elle est limitée à 130 % de la base de remboursement pour les honoraires facturés par un médecin non signataire du contrat d'accès aux soins.**

Pendant les 9 premiers mois de l'adhésion :

- **la prestation « Allocation de naissance ou d'adoption » de l'ensemble des formules / modules, n'est pas versée.**

Pendant les 12 premiers mois de l'adhésion :

- **le forfait prévu pour les postes « Chirurgie réfractive » de l'ensemble des formules / modules, n'est pas versé.**

Toutefois, les membres participants et/ou bénéficiaires qui peuvent justifier d'une affiliation antérieure à une couverture complémentaire santé équivalente à celle souscrite, dont la date de résiliation date de moins de 3 mois, bénéficieront des remboursements correspondant au niveau souscrit dès le premier jour de leur adhésion.

7.5 - Définition - Prestations garanties

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

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

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

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

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

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, **et dans la limite des frais réels engagés.**

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

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

En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/module choisie, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisie, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après :

Hospitalisation :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - **Frais chirurgicaux proprement dits.**
- **Hospitalisation médicale :**
 - **Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.**
 - **Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.**
 - Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
 - Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non le contrat d'accès aux soins.

Chambre Particulière : Selon la formule/module choisie, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit) ainsi que la chambre particulière en ambulatoire.

La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 180 jours par année civile lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale. Elle est limitée à 30 jours par année civile en psychiatrie, en séjour de convalescence et de rééducation.

Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.

Forfait journalier hospitalier : Le forfait journalier est versé sans limitation de durée (**à l'exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux**).

Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale : Les forfaits « **frais d'accompagnement** » sont versés, selon la formule / module souscrite, en cas d'hospitalisation :

- d'un adulte, bénéficiaire assuré au présent règlement dont l'accompagnant est nécessairement le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, assuré ou non au titre du règlement,
- ou d'un enfant, bénéficiaire assuré au présent règlement.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maison de parents), le transport de la personne accompagnante (frais calculés sur la base du barème kilométrique de la Sécurité sociale), et la restauration.

Les forfaits sont versés dans la double limite d'un plafond de dépenses par jour et de 10 jours par année civile.

Soins courants :

Pour l'ensemble des formules / modules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Optique :

Verres et monture : Equipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du type de verre (verre simple ou progressif), du défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et de sa gravité selon une échelle de mesure définie comme suit :

Classe 1 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme ≤ 2 .

Classe 2 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme ≤ 2 .

Classe 3 : Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 4,25 à 6 / Astigmatisme ≤ 4 .

Classe 4 : Myopie, Hypermétropie de 6,25 à 8 / Astigmatisme ≤ 4 ou Myopie, Hypermétropie de 0 à 8 / Astigmatisme $\geq 4,25$.

Classe 5 : Myopie, Hypermétropie $\geq 8,25$ / Astigmatisme toutes corrections.

Les prestations dépendent également du choix du professionnel de santé (opticien conventionné dans le réseau Itélis ou opticien non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.

Des forfaits « monture enfant », « monture adulte », « verre adulte » et « verre enfant » sont versés, dans les conditions précisées ci-dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le membre participant.

Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité sociale : Ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.

Chirurgie réfractive : selon la formule / module choisie, un forfait est versé une seule fois par œil pendant toute la durée de l'adhésion, sur présentation de la facture acquittée. Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

En fonction de la formule / module retenue, la Mutuelle peut prendre en charge les garanties suivantes, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- Soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale.
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale.
Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement.
- Inlays - Onlays pris en charge par la Sécurité sociale.
- Implants non pris en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse un forfait par dent et dans la limite de 3 dents par année civile. **Le pilier sur implant n'est pas pris en charge au titre du présent règlement.**
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), réparations sur prothèses et inlay-core. La prise en charge par la Mutuelle diffère selon la position de la dent définie comme suit :
 - dents du sourire (antérieures) : n° 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44,
 - dents du fond (postérieures) : n° 16, 17, 18, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.
- Couronnes dentaires transitoires non prises en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse un forfait par dent et dans la limite de 3 dents par année civile.
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.
- Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale : la Mutuelle verse un forfait par bénéficiaire dans la limite de deux fois pour toute la durée de l'adhésion du membre participant.

Selon la formule / module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité sociale.

Pour l'ensemble des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes Soins dentaires et Inlays / Onlays). Ce plafond évolue la deuxième année, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion et ce, dans la formule souscrite. Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du Ticket Modérateur.

Appareillage :

Selon la formule / module choisie, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Selon la formule / module choisie, un forfait annuel complémentaire s'ajoute. Il est versé sur présentation d'une prescription médicale.

Selon la formule / module choisie, un forfait complémentaire pour les « Prothèses auditives » s'ajoute dans la limite d'un appareil tous les 4 ans.

Forfait naissance ou adoption :

Selon la formule / module choisie, une allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption est versée pour chaque naissance ou adoption. Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Cette allocation est versée si l'enfant est inscrit dans les deux mois suivant sa naissance (ou son adoption) au titre de l'adhésion de l'un des parents, déjà adhérent au présent règlement au moment de la naissance ou de l'adoption.

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de therme, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Les frais de transport sont calculés sur la base du barème kilométrique fixé par la Sécurité sociale.

Les frais d'hébergement sont remboursés dans la limite des frais engagés.

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Médecine alternative :

Selon la formule / module choisie, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les diététiciens, les podologues et pédicures, les psychologues et les psychothérapeutes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les homéopathes et les acupuncteurs.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire ADELI.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

Prévention :

La Mutuelle prend en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur les actes de prévention ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Soins divers : Selon la formule / module choisie, la Mutuelle verse un forfait annuel dans la limite des frais engagés pour :

- l'examen de mesure de densité osseuse,
- les substituts tabagiques (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, **à l'exclusion de la cigarette électronique**),
- la contraception féminine et masculine,
- la pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale.

Vaccination non remboursée : Selon la formule / module choisie, la Mutuelle verse un forfait annuel dans la limite des frais engagés, notamment pour les vaccins antigrippe et les vaccinations internationales.

7.6 - Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

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

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES A CERTAINES GARANTIES

8.1 - Assistance

Les prestations d'assistance décrites dans la notice annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant. Elles sont assurées par l'assistant mentionné dans ladite notice.

8.2 - Service de protection juridique médicale

Les prestations de protection juridique médicale décrites dans la notice annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant. Elles sont assurées par l'assistant mentionné dans ladite notice.

8.3 - Fonds social

Le membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

La demande sera adressée au président de la Mutuelle et devra préciser, par écrit, l'objet et le montant de la prise en charge sollicitée. Tous autres documents utiles pourront être demandés pour compléter l'examen du dossier.

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

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

Elles sont établies pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites,
- du département de résidence du membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité sociale de rattachement sera retenu),
- du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'ancienneté de l'adhésion,
- de l'âge, c'est-à-dire qu'il y a changement de cotisation au 1^{er} janvier de l'année suivant le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre du 18^{ème} anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

Toutefois, pour les formules « Premium », la cotisation « Enfant » s'applique jusqu'à l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.3 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié, tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

La cotisation des nouveaux nés, dont l'un des parents est adhérent au présent règlement à la naissance, est offerte durant les trois premiers mois de leur adhésion, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :

- la demande d'adhésion doit intervenir dans les 2 mois suivant leur naissance ;
- et l'adhésion doit prendre effet au jour de leur naissance.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des

garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique, selon la périodicité retenue par le membre participant.

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

Si la date d'adhésion du membre participant ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

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

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - REVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats du règlement Radiance Humanis Santé.

Elles sont modifiées chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Les cotisations et / ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à des

mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

Le changement de cotisations et / ou des garanties doit être notifié au membre participant au plus tard deux mois avant sa date de prise d'effet.

TITRE IV - VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 - Paiement des cotisations

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

13.2 - Demandes de prestations

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

La Mutuelle se réserve le droit de demander au membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative.

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

• Garantie Frais de santé

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

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

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

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

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

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

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées

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

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci 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 avis de réception adressée par la Mutuelle 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 en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 - Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

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

16.2 - Loi applicable

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

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.3 - Langue utilisée

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

16.4 - Fonds de garantie

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et

unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDE D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le membre participant peut contacter la Mutuelle Humanis Nationale à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

**Mutuelle Humanis Nationale
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 Saran Cedex**

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion.

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste après la réponse fournie le membre participant, ses ayants droit ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

**FNMF
Médiateur de la Médiation fédérale mutualiste
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15
e-mail : mediation@mutualite.fr**

Le règlement de la médiation fédérale mutualiste est communiqué sur simple demande.

La saisine du médiateur fédéral interrompt la prescription.

Le médiateur fédéral rend un avis motivé dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle il a été saisi.

L'avis du médiateur s'impose à la Mutuelle et ne préjuge pas du droit du membre participant ou de l'ayant droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 - Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

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

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

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

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

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

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

19.2 - Loi informatique et libertés

Les informations nominatives recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer l'adhésion du membre participant.

Le membre participant ou le cas échéant ses bénéficiaires, peuvent demander communication, rectification ou suppression de données les concernant en adressant un courrier par lettre simple à l'adresse suivante :

**Mutuelle Humanis Nationale
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex
ou par courriel à : contact-cnif@humanis.com.**

Le membre participant peut s'opposer à ce que les informations le concernant soient communiquées à des entreprises externes dans un but de prospection commerciale en adressant un courrier par lettre simple à l'adresse ci-dessus.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PIÈCES À JOINDRE AUX DEMANDES DE PRESTATIONS

	BÉNÉFICIAIRE NOÉMIE
Dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la base de la Sécurité sociale
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Factures acquittées d'hébergement et de restauration Attestation sur l'honneur ou récapitulatif des frais de transport
Chambre particulière	Facture acquittée
Verres et monture	Facture acquittée + Prescription médicale En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée nominative
Couronne dentaire provisoire	Facture acquittée nominative
Parodontologie	Facture acquittée nominative
Implantologie	Facture acquittée nominative
Orthodontie non prise en charge	Facture acquittée précisant la date des soins
Appareillage	Facture acquittée nominative
Forfait naissance	Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille
Forfait adoption	Certificat définitif d'adoption
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Attestation ou facture de la cure thermale mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine alternative	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro AMELIE ou le numéro d'immatriculation FINESS, les dates et le nombre des séances effectuées)
Traitement anti tabac	Facture acquittée nominative
Examen de mesure de la densité osseuse	Facture acquittée nominative
Vaccins non remboursés	Facture acquittée nominative
Contraception	Facture acquittée nominative
Pharmacie prescrite et non remboursée	Prescription médicale + Facture acquittée nominative

	NON BÉNÉFICIAIRE NOÉMIE
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale + Justificatifs ci-dessus

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : facture originale acquittée

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités des garanties souscrites.

GARANTIES RADIANCE HUMANIS SANTÉ

		F1	F2	F3	F4
MODULE HOSPITALISATION SOINS COURANTS					
HOSPITALISATION					
Honoraires	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	150%	200%	300%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	-	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	-	100%	100%	100%	100%
Forfait «18€» pour acte lourd	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)					
Chambre particulière	-	-	50€/jour	70€/jour	90€/jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	-	-	20€/jour	20€/jour
Frais d'accompagnement	-	-	20€/jour	20€/jour	30€/jour
Allocation de naissance ou d'adoption	-	-	100€	200€	300€
SOINS COURANTS					
Généralistes Auxiliaires médicaux Analyses médicales Imagerie médicale	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	125%	150%	200%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	100%	130%	180%
Spécialistes	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	150%	200%	300%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	130%	180%	200%
Petite chirurgie	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	150%	200%	300%
Actes de spécialité	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	130%	180%	200%
Forfait «18€» pour acte lourd	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	-	-	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 65 et 30% par la Sécurité sociale	-	100%	-	-	-
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	-	80%	-	-	-
Transport	-	100%	100%	100%	100%
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)					
Médecine alternative Diététicien Pédicure, Podologue Psychologue, Psychotérapeute	-	-	30€/séance 2 séances par an	35€/séance 3 séances par an	40€/séance 3 séances par an
Examen de la mesure de densité osseuse Substituts tabagiques Contraception Pharmacie prescrite non remboursée	-	-	30€	60€	90€
Vaccination non remboursée	-	-	20€	40€	60€
MODULE DENTAIRE OPTIQUE					
DENTAIRE					
Soins dentaires	-	100%	100%	100%	100%
Inlays-onlays	-	100%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires	-	-	-	-	-
	Dent du sourire	-	100%	200%	300%
Dent du fond	-	100%	200%	250%	300%
Inlays-cores	-	100%	125%	150%	200%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	-	100%	200%	300%	400%
Plafond de remboursement	-	-	Année 1 : 600€ Suivantes : 1000€	Année 1 : 1000€ Suivantes : 1400€	Année 1 : 1400€ Suivantes : 1800€
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)					
Couronne provisoire	-	-	20€/dent	40€/dent	60€/dent
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	-	600€	1200€
Implant	-	-	-	200€/dent	400€/dent
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	50€	100€	200€

		F1	F2	F3	F4	
OPTIQUE						
Equipement adulte	-	-	-	-	-	
Monture	-		50€	75€	100€	
Verre simple foyer - réseau Itelis (par verre)	classe 1	100%	55€	60€	80€	
	classe 2			75€	95€	
	classe 3			90€	110€	
	classe 4			130€	150€	
	classe 5			150€	170€	
Verre simple foyer - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1		45€		50€	65€
	classe 2				65€	80€
	classe 3				80€	95€
	classe 4				120€	135€
	classe 5				140€	155€
Verre progressif - réseau Itelis (par verre)	classe 1		95€		120€	140€
	classe 2				135€	155€
	classe 3				150€	170€
	classe 4				190€	210€
	classe 5				210€	230€
Verre progressif - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1	85€		100€	115€	
	classe 2			115€	130€	
	classe 3			130€	145€	
	classe 4			170€	185€	
	classe 5			190€	205€	
Equipement enfant	-	-	-	-	-	
Monture	-		30€	55€	80€	
Verre simple foyer - réseau Itelis (par verre)	classe 1	100%	55€	50€	70€	
	classe 2			65€	85€	
	classe 3			80€	100€	
	classe 4			120€	140€	
	classe 5			140€	160€	
Verre simple foyer - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1		45€		40€	55€
	classe 2				55€	70€
	classe 3				70€	85€
	classe 4				110€	125€
	classe 5				130€	145€
Verre progressif - réseau Itelis (par verre)	classe 1		95€			
	classe 2					
	classe 3					
	classe 4					
	classe 5					
Verre progressif - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1	85€				
	classe 2					
	classe 3					
	classe 4					
	classe 5					
Lentilles	-	100%	100€	130€	160€	
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)						
Forfait supplémentaire Monture	-	-	30€	40€	50€	
Forfait supplémentaire Lentilles	-	-	50€	65€	80€	
Chirurgie réfractive	-	-	-	500€/œil	600€/œil	
MODULE PROTHÈSES MÉDICALES CURE THERMALE						
PROTHÈSES MÉDICALES						
Appareillage (hors auditif)	-	100%	150%	200%	250%	
Appareils auditifs	-	100%	150%	200%	250%	
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)						
Forfait supplémentaire Appareillage (hors auditif)	-	-	50€	75€	100€	
Forfait supplémentaire Appareils auditifs	-	-	100€/appareil	200€/appareil	300€/appareil	
CURE THERMALE						
Honoraires et soins	-	100%	100%	100%	100%	
Garanties complémentaires (non versées en cas de souscription à l'option Budget)						
Transport et hébergement	-	-	100€	200€	400€	

Comprendre vos remboursements :

Les garanties s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues au règlement mutualiste.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais effectivement supportés par le membre participant.

		Premium 1	Premium 2	Premium 3	Premium 4	F5
HOSPITALISATION						
Honoraires	Signataire du contrat d'accès aux soins	200%	200%	300%	300%	400%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	180%	180%	200%	200%	200%
Frais de séjour	-	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Transport	-	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait «18€» pour acte lourd	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	-	70€/jour	70€/jour	90€/jour	90€/jour	110€/jour
Chambre particulière en ambulatoire	-	20€/jour	20€/jour	20€/jour	20€/jour	20€/jour
Frais d'accompagnement	-	20€/jour	20€/jour	30€/jour	30€/jour	30€/jour
Allocation de naissance ou d'adoption	-	200€	200€	300€	300€	400€
SOINS COURANTS						
Généralistes Auxiliaires médicaux Analyses médicales Imagerie médicale	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	125%	150%	200%	250%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	100%	130%	180%	200%
Spécialistes	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	150%	200%	300%	400%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	130%	180%	200%	200%
Petite chirurgie Actes de spécialité	Signataire du contrat d'accès aux soins	100%	150%	200%	300%	400%
	Non signataire du contrat d'accès aux soins	100%	130%	180%	200%	200%
Forfait «18€» pour acte lourd	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	-	-	100%	100%	100%	100%
Pharmacie remboursée à 65 et 30% par la Sécurité sociale	-	100%	-	-	-	-
Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale	-	80%	-	-	-	-
Transport	-	100%	100%	100%	100%	100%
Médecine alternative Diététicien Pédicure, Podologue Psychologue, Psychothérapeute	-	-	30€/séance 2 séances par an	35€/séance 3 séances par an	40€/séance 3 séances par an	50€/séance 3 séances par an
Examen de la mesure de densité osseuse Substituts tabagiques Contraception Pharmacie prescrite non remboursée	-	-	30€	60€	90€	120€
Vaccination non remboursée	-	-	20€	40€	60€	80€
Prévention	-	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE						
Soins dentaires	-	100%	100%	100%	100%	100%
Inlays-onlays	-	100%	100%	200%	250%	350%
Prothèses dentaires	-	-	-	-	-	-
	Dent du sourire	-	100%	100%	200%	300%
Dent du fond	-	100%	100%	200%	250%	350%
Inlays-cores	-	100%	100%	125%	150%	250%
Couronne provisoire	-	-	-	20€/dent	40€/dent	80€/dent
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	-	100%	100%	200%	300%	500%
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	-	-	600€	1800€
Implant	-	-	-	-	200€/dent	600€/dent
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	-	-	50€	100€	300€
Plafond de remboursement	-	-	-	Année 1 : 600€ Suivantes : 1000€	Année 1 : 1000€ Suivantes : 1400€	Année 1 : 1800€ Suivantes : 2200€

		Premium 1	Premium 2	Premium 3	Premium 4	F5	
OPTIQUE							
Equipelement adulte	-	-	-	-	-	-	
Monture	-		80€	115€	150€	150€	
Verre simple foyer - réseau Itelis (par verre)	classe 1	100%	55€	60€	80€	90€	
	classe 2			75€	95€	115€	
	classe 3			90€	110€	130€	
	classe 4			130€	150€	170€	
	classe 5			150€	170€	190€	
Verre simple foyer - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1		45€	50€	65€	75€	
	classe 2			65€	80€	100€	
	classe 3			80€	95€	110€	
	classe 4			120€	135€	150€	
	classe 5			140€	155€	170€	
Verre progressif - réseau Itelis (par verre)	classe 1		95€	120€	140€	150€	
	classe 2			135€	155€	175€	
	classe 3			150€	170€	190€	
	classe 4			190€	210€	230€	
	classe 5			210€	230€	250€	
Verre progressif - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1	85€	100€	115€	125€		
	classe 2		115€	130€	150€		
	classe 3		130€	145€	160€		
	classe 4		170€	185€	200€		
	classe 5		190€	205€	220€		
Equipelement enfant	-	-	-	-	-	-	
Monture	-		60€	95€	130€	130€	
Verre simple foyer - réseau Itelis (par verre)	classe 1	100%	55€	50€	70€	80€	
	classe 2			65€	85€	105€	
	classe 3			80€	100€	120€	
	classe 4			120€	140€	160€	
	classe 5			140€	160€	180€	
Verre simple foyer - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1		45€	40€	55€	65€	
	classe 2			55€	70€	90€	
	classe 3			70€	85€	100€	
	classe 4			110€	125€	140€	
	classe 5			130€	145€	160€	
Verre progressif - réseau Itelis (par verre)	classe 1		95€				
	classe 2				140€	160€	180€
	classe 3						
	classe 4						
	classe 5						
Verre progressif - hors réseau Itelis (par verre)	classe 1	85€					
	classe 2			130€	145€	160€	
	classe 3						
	classe 4						
	classe 5						
Lentilles	-	100%	150€	195€	240€	285€	
Chirurgie réfractive	-	-	-	500€/oeil	600€/oeil	700€/oeil	
PROTHÈSES MÉDICALES							
Appareillage (hors auditif)	-	100%	100%	150% + 50€	200% + 75€	300% + 125€	
Appareils auditifs	-	100%	100%	150% + 100€/appareil	200% + 200€/appareil	300% + 400€/appareil	
CURE THERMALE							
Honoraires et soins	-	100%	100%	100%	100%	100%	
Transport et hébergement	-	-	-	100€	200€	600€	

Comprendre vos remboursements :

Les garanties s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins et dans les conditions et limites prévues au règlement mutualiste.

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Les forfaits exprimés en euros sont complémentaires aux éventuelles prestations versées au titre du régime de base de la Sécurité sociale.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais effectivement supportés par le membre participant.

