

RÈGLEMENT MUTUALISTE

MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS
ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

ÉDITION JANVIER 2021

Règlement mutualiste adopté conformément aux nouvelles dispositions du code de la mutualité (ordonnance du 19 avril 2001 et des textes réglementaires d'application).

ARTICLE I : Préambule

CHAPITRE I : Obligations des adhérents envers la mutuelle

Section 1 – Dispositions générales relatives aux cotisations
Section 2 – Cotisations

CHAPITRE II : Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Section 1 – Dispositions générales relatives aux prestations
Section 2 - Prestations accordées par la mutuelle

CHAPITRE III : Action sociale

CHAPITRE IV : Délais d'attente lors de l'adhésion à la mutuelle

CHAPITRE V : Autres services proposés aux adhérents

CHAPITRE VI : Mutation - Démission - Radiation - Exclusion

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

ANNEXES

Tableaux des prestations

Tableaux des cotisations

Article I :

PRÉAMBULE

Le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre le membre participant et la mutuelle, notamment en ce qui concerne les cotisations et les prestations. Il est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration.

Toute personne qui souhaite être membre de la MNH fait acte d'adhésion dans le respect des conditions définies dans le présent règlement mutualiste. Chaque membre participant reçoit, par ailleurs, un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications statutaires et réglementaires sont portées à sa connaissance. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définis par le règlement. Le présent règlement mutualiste ne concerne pas les membres participants qui adhèrent dans le cadre d'un contrat collectif de complémentaire santé. Les membres participants de la Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social sont répartis en quatre catégories :

→ Catégorie I :

Membres participants visés par les dispositions de l'article 6 a) à g), i) et m) des statuts, adhérant à titre individuel.

→ Catégorie II :

Membres participants adhérant à titre individuel ou collectif visés à l'article 6 h) des statuts.

→ Catégorie III :

Membres participants visés aux articles 6 j), k) et l) et 9 des statuts.

→ Catégorie IV :

Membres participants adhérant dans le cadre d'un contrat collectif de complémentaire santé.

Ces membres participants peuvent bénéficier des garanties suivantes :

- Garantie MNH Evolya (niveaux Primo, 1, 2, 3, 4) : catégorie I
- Garantie MNH Evolya^M (niveaux Primo, 2, 3, 4) : catégorie III
- Garanties MNH Evolya Seniors (niveaux 1 à 4) et MNH Essentya Seniors (niveaux 1 à 3) : catégories I et III
- Garantie MNH Quiétude : catégorie I. Garantie réservée aux membres participants non retraités démissionnaires, adhérant seuls sans ayant droit inscrit.
- Garantie MNH Evolya Libéraux de santé (niveaux 1 à 4) : catégorie II.

Les prestations assurées par la mutuelle varient selon la garantie souscrite par le membre participant.

Elles s'imposent à tous les ayants droit du membre participant inscrits à la mutuelle,

Sauf :

- lorsqu'un membre participant de la catégorie I ou III change de catégorie et passe en catégorie IV. Dans ce cas les ascendants, déjà inscrits, conservent la garantie souscrite antérieurement.
- lorsqu' :
 - un membre participant n'est pas retraité et que son ou ses ayant(s) droit le sont,
 - ou inversement, un membre participant est retraité et que son ou ses ayant(s) droit ne le sont pas.Dans ce cas, les adhérents non retraités bénéficient automatiquement de MNH Evolya ou de MNH Evolya^M. Les adhérents retraités, ainsi que les ascendants quel que soit leur âge, bénéficient automatiquement de MNH Evolya Seniors. Le même niveau de garantie s'applique à toutes ces personnes.
- lorsque le conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin d'un adhérent qui choisit MNH Evolya Primo ou MNH Evolya^M Primo est retraité ; il bénéficiera automatiquement de MNH Evolya I Seniors et devient membre participant.
- lorsque l'ayant droit d'un membre participant bénéficiant de MNH Essentya Seniors n'a pas la qualité de retraité ou ne souhaite pas bénéficier de MNH Essentya Seniors. Dans ce cas, l'ayant droit concerné peut bénéficier de la garantie de son choix et devient alors membre participant.

CHAPITRE I OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

Section 1 - Dispositions générales relatives aux cotisations

Article 2 :

PAIEMENT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle. 1,80 % de cette cotisation nette des taxes en vigueur, est reversée à MNH Prévoyance, mutuelle dédiée créée par la MNH, sauf pour les garanties MNH Evolya I et MNH Evolya Primo.

Cette cotisation est appelée mensuellement ou trimestriellement par avance. Cette cotisation est précomptée sur leur rémunération ou sur leur pension CNRACL*, prélevée sur le compte bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne ou réglée par tout autre moyen.

Les membres participants peuvent opter pour le paiement mensuel de leurs cotisations à condition d'autoriser la mutuelle à prélever leurs cotisations sur un compte bancaire, postal ou de Caisse d'Épargne ou sur leur pension CNRACL.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Fédérations et Unions) cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

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

Aucune dispense de cotisation ne peut être accordée en dehors des cas prévus aux articles 5 et 6 du présent règlement mutualiste.

**CNRACL : caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.*

Article 3 :

En cas de réadhésion à la mutuelle dans un délai qui n'excède pas 2 ans à partir de la démission ou de la radiation, il est tenu compte de l'ancienneté acquise à la date de la démission ou de la radiation telle que prévue aux articles 8, 9 et 10 du règlement mutualiste.

Article 4 :

Pour être recevable, toute réclamation portant sur des cotisations appelées ou précomptées doit parvenir au bureau du conseil d'administration dans un délai de 2 ans à compter de la date d'appel ou de la date du précompte des cotisations. De même, les régularisations de cotisations demandées par la

mutuelle, pour quelque motif que ce soit, ne peuvent concerner une période antérieure de plus de 2 ans au jour de la demande. D'autre part, en cas de régularisation des allocations complémentaires, notamment si le plein traitement est rétabli avec effet rétroactif par suite de la décision de l'établissement suite à l'avis du Comité médical, l'adhérent s'engage à reverser à la mutuelle les sommes indûment perçues ou, dans le cas où une convention est signée avec l'établissement employeur, à autoriser l'établissement à prélever la somme indûment perçue lors du rappel de plein traitement.

Article 5 :

Pour les retraités bénéficiant d'une faible pension mensuelle ou trimestrielle et non imposables sur le revenu, les cotisations peuvent être prises en charge en tout ou en partie, sur demande des intéressés, après examen de la situation de chaque cas particulier.

Article 6 :

Le membre participant est dispensé, s'il le souhaite et sur présentation d'un justificatif, pour lui-même ainsi éventuellement que pour ses ayants droit du paiement de ses cotisations pendant la durée du service civique ou autres formes de volontariat prévues par le code du service national, ou d'un séjour prolongé à l'étranger (de 3 mois minimum). Il n'a pas droit, pendant cette période, aux avantages accordés par la mutuelle. Ses éventuels ayants droit peuvent continuer de bénéficier de tous les avantages statutaires, moyennant le paiement d'une cotisation réduite du fait de son absence.

Article 7 :

Le membre participant qui a effectué un service civique ou autres formes de volontariat prévues par le code du service national ou un séjour prolongé à l'étranger, bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages accordés par la mutuelle pourvu qu'il s'acquitte à partir de cette date de ses obligations statutaires.

Les ayants droit des membres participants qui ont effectué un service civique ou autres formes de volontariat prévues par le code du service national ou un séjour prolongé à l'étranger, bénéficient de plein droit, dès leur retour, des avantages de la mutuelle, sous réserve qu'ils remplissent encore à ce moment les conditions statutaires et que le paiement de leurs cotisations soit repris.

Section 2 - Cotisations

Article 8 :

I - RÈGLES APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS NON RETRAITÉS RELEVANT DE LA CATÉGORIE I GARANTIES MNH EVOLYA (NIVEAUX PRIMO À 4) ET MNH QUIÉTUDE

□ ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations applicable est le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-1 pour :

- Le membre participant,
- Le conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve,
- Les enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, enfants orphelins, ainsi que les personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail.

□ TAUX DE GARANTIE

Des taux de garantie, déterminés par âge, s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle :

- Du membre participant,
- Du conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année de naissance.

Des taux de garantie forfaitaires s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle des enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, enfants orphelins, ainsi que des personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail.

Ces taux figurent au sein des tableaux de cotisations en annexe du présent règlement mutualiste.

□ ANCIENNETÉ

L'ancienneté d'adhésion est calculée par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année d'adhésion ou l'année au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint, si l'adhésion a eu lieu avant cet âge. Une minoration de 0,50 % est accordée par année d'ancienneté dans la limite du niveau atteint au 1^{er} janvier 2010.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX GARANTIES MNH EVOLYA (PRIMO, 1, 2, 3 ET 4)

□ BÉNÉFICIAIRES DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Les mutualistes, relevant de l'application de la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle, qui choisissent de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur à celui prévu par ladite loi, se voient appliquer, sur leur cotisation, un coefficient réducteur de 80 %.

□ BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE D'ALSACE MOSELLE

Pour les bénéficiaires du régime local de l'Assurance maladie obligatoire d'Alsace Moselle, inscrits à la mutuelle en qualité de membres participants ou d'ayants droit, les cotisations déterminées dans les conditions ci-dessus, sont affectées d'un coefficient de 0,60.

Cette disposition particulière s'applique sous réserve exclusive de la production annuelle par les intéressés de la justification de leur appartenance au régime local de l'Assurance maladie obligatoire d'Alsace Moselle.

□ AGENTS TITULAIRES ET STAGIAIRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS

Pour les agents titulaires, stagiaires, élèves et étudiants de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, inscrits à la MNH en qualité de membres participants ou de conjoints, les cotisations déterminées dans les conditions ci-dessus, sont affectées d'un coefficient de 0,90.

L'application de ce coefficient est soumise au maintien du décret n°77.962 du 11 août 1977 et de la convention de délégation conclue entre l'APHP et la MNH en date du 21 février 2018.

II - RÈGLES APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS RETRAITÉS RELEVANT DE LA CATÉGORIE I - GARANTIES MNH EVOLYA SENIORS (NIVEAUX 1 À 4) ET MNH ESSENTYA SENIORS (NIVEAUX 1 À 3)

□ ASSIETTE DES COTISATIONS

→ Membre participant, conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve : plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-2.

→ Enfants

Enfants salariés ou non à la charge des membres participants, enfants orphelins, enfants reconnus comme retraité et ce quel que soit leur âge, ainsi que les personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail : plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-2 affecté d'un coefficient :

- niveau 1 : 0,94 pour un enfant, 2 fois 0,94 pour 2 enfants et plus,
- niveau 2 : 0,96 pour un enfant, 2 fois 0,96 pour 2 enfants et plus,
- niveau 3 : 0,92 pour un enfant, 2 fois 0,92 pour 2 enfants et plus,
- niveau 4 : 0,92 pour un enfant, 2 fois 0,92 pour 2 enfants et plus.

→ Ascendants

Plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-2, affecté d'un coefficient :

- 2,76 par ascendant inscrit pour le niveau 1
- 2,83 par ascendant inscrit pour le niveau 2
- 2,70 par ascendant inscrit pour le niveau 3
- 2,70 par ascendant inscrit pour le niveau 4

□ TAUX DE GARANTIE

Un taux de garantie s'applique à l'assiette déterminée aux alinéas précédents, égal à :

→ garantie MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4) :

- niveau 1 : 0,73338 %
- niveau 2 : 0,84660 %
- niveau 3 : 1,13832 %
- niveau 4 : 1,35558 %

→ garantie MNH Essentya Seniors (niveaux I à 3) :

- niveau 1 : 0,67524 %
- niveau 2 : 0,78030 %
- niveau 3 : 1,04856 %

Les mutualistes, relevant de l'application de la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle, qui choisissent de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur à celui prévu par ladite loi, se voient appliquer un taux de garantie dite "surcomplémentaire" déterminé ainsi qu'il suit :

- niveau 1 : 0,11424 %
- niveau 2 : 0,14076 %
- niveau 3 : 0,27846 %
- niveau 4 : 0,33150 %

□ COEFFICIENT DE CONTRIBUTION

Un coefficient de contribution s'applique au produit du taux de garantie par l'assiette définie ci-dessus pour le membre participant et son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin. Il résulte de la combinaison entre :

- le coefficient d'évolution des prestations, qui est déterminé en fonction de l'âge du membre participant ou de son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin.
- la bonification à l'ancienneté, qui est déterminée par l'ancienneté d'adhésion à la mutuelle du membre participant ou de son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année de naissance. Il est défini un âge de référence de 18 ans auquel est affecté un coefficient d'évolution des prestations de référence d'une valeur de 1,00.

Le coefficient d'évolution des prestations applicable chaque année est égal au coefficient de référence majoré d'une valeur égale à la différence entre l'âge de référence et l'âge calculé multiplié par 0,05 point.

Ce coefficient cesse d'évoluer après :

- 41 ans d'adhésion en 2011
- 42 ans d'adhésion en 2012
- 43 ans d'adhésion en 2013
- 44 ans d'adhésion en 2014
- 45 ans d'adhésion à compter de 2015.

L'ancienneté d'adhésion est calculée par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année d'adhésion ou l'année au cours de laquelle l'âge de 18 ans

est atteint, si l'adhésion a eu lieu avant cet âge. Une minoration de 0,50 % est accordée par année d'ancienneté dans la limite du niveau atteint au 1er janvier 2010.

L'ancienneté d'adhésion est réputée être au minimum de :

- 6 ans pour le niveau 1
- 8 ans pour le niveau 2
- 10 ans pour le niveau 3

□ BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE D'ALSACE MOSELLE

Pour les bénéficiaires du régime local de l'Assurance maladie obligatoire d'Alsace Moselle, inscrits à la mutuelle en qualité de membres participants ou d'ayants droit, les cotisations déterminées dans les conditions ci-dessus sont affectées d'un coefficient de 0,60.

Cette disposition particulière s'applique sous réserve exclusive de la production annuelle par les intéressés de la justification de leur appartenance au régime local de l'Assurance maladie obligatoire d'Alsace Moselle.

Article 9 :

RÈGLES APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS RELEVANT DE LA CATÉGORIE II GARANTIE MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ (NIVEAUX I À 4)

□ ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations applicable est le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-1 pour :

- Le membre participant,
- Le conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve,
- Les enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, enfants orphelins, ainsi que les personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail,
- Les ascendants.

□ TAUX DE GARANTIE

Des taux de garantie déterminés par âge, s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle :

- Du membre participant,
- Du conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année de naissance.

Des taux de garantie forfaitaires s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle :

- Des enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, enfants orphelins, ainsi que des personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail ;
- Des ascendants.

Ces taux figurent au sein des tableaux de cotisations en annexe du présent règlement mutualiste.

Les mutualistes, relevant de l'application de la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle, qui choisissent de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur à celui prévu par ladite loi, se voient appliquer sur leur cotisation, un coefficient réducteur de 80 %.

□ ANCIENNETÉ

L'ancienneté d'adhésion est calculée par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année d'adhésion ou l'année au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint, si l'adhésion a eu lieu avant cet âge. Une minoration de 0,50 % est accordée par année d'ancienneté dans la limite du niveau atteint au 1er janvier 2010.

□ BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE D'ALSACE MOSELLE

Idem catégorie I.

Article 10 :

I - RÈGLES APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS NON RETRAITÉS RELEVANT DE LA CATÉGORIE III - GARANTIES MNH EVOLYA^M (niveaux Primo, 2, 3, 4)

□ ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations applicable est le plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} juillet de l'année N-1 pour :

- Le membre participant,
- Le conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve,
- Les enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, enfants orphelins, ainsi que les personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail.

□ TAUX DE GARANTIE

Des taux de garantie, déterminés par âge, s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle :

- Du membre participant,
- Du conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et veuf ou veuve.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année de naissance.

Des taux de garantie forfaitaires s'appliquent à l'assiette ci-dessus et permettent d'obtenir le montant de la cotisation mensuelle des enfants salariés ou non, à la charge des membres participants, des enfants orphelins, ainsi que des personnes à charge des membres participants atteintes d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer un travail.

Ces taux figurent au sein des tableaux de cotisations en annexe du présent règlement mutualiste.

Les mutualistes relevant de l'application de la loi du 27 juillet 1999 instituant la couverture maladie universelle, qui choisissent de bénéficier d'un niveau de garantie supérieur à celui prévu par ladite loi, se voient appliquer, sur leurs cotisations, un coefficient réducteur de 80 %.

□ ANCIENNETÉ

L'ancienneté d'adhésion est calculée par différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année d'adhésion ou l'année au cours de laquelle l'âge de 18 ans est atteint, si l'adhésion a eu lieu avant cet âge. Une minoration de 0,50 % est accordée par année d'ancienneté dans la limite du niveau atteint au 1er janvier 2010.

En outre, les membres participants et les conjoints, non retraités et de moins de 65 ans, de la catégorie 3 qui atteignent 5 ans d'ancienneté (différence de millésime entre l'année civile au cours de laquelle la cotisation est due et l'année d'adhésion), bénéficient d'une réduction de 10 % sur leur cotisation.

□ BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE D'ALSACE MOSELLE

Idem catégorie I.

II - RÈGLES APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS RETRAITÉS RELEVANT DE LA CATÉGORIE III - GARANTIES MNH EVOLYA SENIORS (NIVEAUX I À 4), MNH ESSENTYA SENIORS (NIVEAUX I À 3)

□ ASSIETTE DES COTISATIONS

Idem catégorie I.

□ TAUX DE GARANTIE

Idem catégorie I.

□ COEFFICIENT DE CONTRIBUTION

Idem catégorie I.

□ BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME LOCAL DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE D'ALSACE MOSELLE

Idem catégorie I.

Article 11 :

MINORATION DE COTISATIONS

Une minoration de cotisations est accordée aux adhérents des catégories I et III (sauf pour ceux bénéficiant de la garantie MNH Essentya Seniors niveaux I à 3), remplissant les conditions définies ci-après, sur présentation d'un justificatif fiscal. Les situations familiales ci-après s'entendent "situations familiales fiscales".

En ce qui concerne les revenus, est pris en compte le revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition. Les cotisations dues par les ascendants ne bénéficient d'aucune minoration.

Barème pour minoration de cotisations (base 2021)				
Personne seule	Personne seule + enfant(s)	Couple	Couple + enfant(s)	Minoration
Moins de 9 972 €	Moins de 12 465 €	Moins de 14 956 €	Moins de 17 449 €	25 %
9 972 € à moins de 12 847 €	12 465 € à moins de 16 058 €	14 956 € à moins de 19 270 €	17 449 € à moins de 22 478 €	15 %
12 847 € à 15 586 €	16 058 € à 19 485 €	19 270 € à 23 383 €	22 478 € à 27 278 €	5 %

Les seuils de revenus définis dans ce barème sont revalorisés chaque année en fonction de l'évolution annuelle du salaire minimum de la fonction publique constatée au 1^{er} juillet de l'année précédente.

Article 12 :

Pour toute nouvelle adhésion prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2003 une majoration de cotisations est appliquée au membre participant et/ou à son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin âgé de 55 ans ou plus au moment de l'adhésion (sauf pour ceux bénéficiant de la garantie MNH Essentya Seniors niveaux 1 à 3).

Elle sera fixée comme suit :

Âge à l'adhésion	Taux
55 à 59 ans	10 %
60 à 64 ans	15 %
65 à 69 ans	20 %
70 à 74 ans	25 %
75 ans et plus	30 %

CHAPITRE II OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

Section 1 - Dispositions générales relatives aux prestations

Article 13 :

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. De même, le montant des allocations complémentaires pour perte de salaire ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

Dans le cas où le cumul des prestations servies, tant en vertu des présents statuts que par une caisse d'Assurance maladie obligatoire ou par d'autres organismes publics ou privés, aboutirait

à un remboursement supérieur au montant total des dépenses réelles, les prestations accordées par la mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Article 14 :

Les demandes de prestations présentées par les mutualistes ou les factures présentées par les établissements publics ou privés, accompagnées des justifications prévues dans le présent règlement doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter :

- soit de la date d'établissement du relevé de prestations de l'organisme d'Assurance maladie obligatoire,
- soit de la date d'achat des médicaments,
- soit de la date d'acquit de la facture,
- soit de l'acte médical ou chirurgical,
- soit enfin de la date de l'événement (de l'accouchement, de l'adoption, du mariage, du PACS ou du décès).

Pour être recevable, toute réclamation portant sur des prestations accordées ou refusées doit parvenir au bureau du conseil d'administration dans un délai de six mois à compter soit du paiement, soit de la décision de refus de paiement des dites prestations. Les réclamations portant sur les prestations doivent être obligatoirement formulées par écrit. Le point de départ du délai de recevabilité des réclamations est fixé, soit à la date d'encaissement effectif de la ou des prestations en cause, soit à la date de réception de la lettre de refus de paiement.

Article 15 :

Pour l'ensemble des médicaments, ne sont en aucun cas remboursés les produits :

- non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire et/ou non prévus dans le tableau des prestations,
- non prescrits par ordonnance médicale.

À la demande de prestations doit être joint, soit :

- le relevé de remboursement de soins de l'Assurance maladie obligatoire,
- la facture délivrée par le pharmacien.

Article 16 :

En ce qui concerne les prestations médicales, la demande de prestations doit être accompagnée, soit du relevé de remboursement de soins de la Sécurité sociale, soit de l'ordonnance médicale, soit de la ou des factures dûment acquittées.

Article 17 :

En ce qui concerne les prestations "hospitalisation", la demande de remboursement doit être accompagnée soit :

- de l'avis des sommes à payer acquitté ou accompagné d'une attestation de paiement,
- de la facture acquittée ou accompagnée d'un reçu de paiement.

Article 18 :

L'intervention de la mutuelle pour les prestations "pharmaceutiques", "médicales" et "hospitalisation", revenant aux membres ayant la qualité d'agents hospitaliers, ne se substitue pas aux dispositions du statut de la fonction publique hospitalière applicables en l'espèce aux agents intéressés et qui ont un caractère obligatoire pour les établissements employeurs.

Article 19 :

Conformément aux dispositions de l'article L 375-1 du code de la Sécurité sociale, les maladies, blessures ou infirmités résultant d'une faute intentionnelle d'un membre participant ou de l'un de ses ayants droit ne peuvent donner lieu à aucune prestation de la part de la mutuelle à l'exception, éventuellement, des aides exceptionnelles non remboursables.

Article 20 :

À l'occasion du versement des prestations de quelque nature qu'elles soient, la mutuelle peut faire appel en vue d'un contrôle sur place ou sur pièces à un médecin autre que le médecin traitant de l'intéressé.

L'adhérent dispose de la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

La décision de recours à un praticien appartient au bureau du conseil d'administration.

Section 2 - Prestations accordées par la mutuelle

I - LES CONTRATS SOLIDAIRES ET RESPONSABLES : MNH EVOLYA (NIVEAUX 2, 3, 4) MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ (NIVEAUX 1 À 4), MNH EVOLYA^M (NIVEAUX 2, 3, 4), MNH EVOLYA SENIORS (NIVEAUX 1 À 4) MNH ESSENTYA SENIORS (NIVEAUX 1 À 3).

Les prestations accordées par la MNH, détaillées dans le tableau des prestations en annexe, sont conformes aux prescriptions édictées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale qui définissent le contrat responsable.

Les prestations ci-dessous énumérées s'appliquent aux membres participants des catégories I, II et III. La mutuelle assure, dans le cadre de contrats responsables et solidaires, le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des garanties, du respect ou non par l'adhérent et/ou ses ayants droit du parcours de soins coordonnés*. Elle prend également en charge, conformément à la législation, le ticket modérateur pour les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale dans chacune des garanties.

Pour les équipements et prothèses du 100% santé**, les niveaux de prises en charge de la MNH sont fixés de façon à garantir un accès sans reste à charge pour les adhérents.

La MNH met en œuvre le tiers payant avec les professionnels conventionnés sur les prestations inscrites sur la carte de tiers

**tels que définis règlementairement.

payant délivrée par la mutuelle et notamment sur les prestations versées dans le cadre d'un contrat responsable pour les garanties mentionnées ci-dessus.

En parcours de soins coordonnés ou situations assimilées*, et sous réserve de la présentation du dossier médical personnalisé, les prestations prévues aux articles 21 et 23 du présent règlement s'appliquent comme énoncées dans chacune des garanties. Hors parcours de soins coordonnés, qu'il s'agisse de soins ambulatoires, de soins externes ou d'hospitalisations, la mutuelle ne prend pas en charge les éventuelles majorations du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires.

Les dépassements d'honoraires, la participation optique et la prise en charge du forfait journalier encadrés en application de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale sont pris en charge par la mutuelle.

Par ailleurs, la mutuelle ne prend en charge ni la participation forfaitaire prévue par la loi, ni la franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré prévue par l'article L 322-2-III du code de la Sécurité sociale.

*Conformément à la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie et à la convention médicale du 12 janvier 2005.

II - LES CONTRATS SOLIDAIRES ET NON RESPONSABLES : MNH EVOLYA (NIVEAU PRIMO) MNH EVOLYA^M (NIVEAUX PRIMO).

Ces garanties ne répondent pas à l'ensemble des exigences de l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale qui définissent le contrat responsable.

Article 21 :

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DES GARANTIES

→ **MNH Evolya (niveaux Primo, 1, 2, 3,4), MNH Evolya^M (niveaux Primo 2,3,4)** : réservées aux membres participants non retraités, à l'exception de ceux qui exercent à titre libéral une activité médicale ou paramédicale.

→ **MNH Evolya Seniors (niveaux 1 à 4), MNH Essentya Seniors (niveaux 1 à 3)** : réservées aux membres participants retraités.

→ **MNH Quiétude** : réservée aux membres participants de la catégorie I démissionnaires, adhérent seuls sans ayant droit inscrit et remplissant les conditions pour bénéficier des allocations complémentaires pour perte de salaire.

S'agissant d'une garantie de maintien, MNH Quiétude n'est pas proposée aux nouveaux adhérents.

Elle offre les prestations suivantes :

- Les allocations complémentaires : 25 % au maximum du salaire de base ou 40 % au maximum du salaire de base inférieur ou égal à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique.
- Autres prestations décrites dans le règlement mutualiste MNH Prévoyance (naissance, adoption, mariage et participation aux frais funéraires).

→ **MNH Evolya Libéraux de santé (niveaux 1 à 4)** : réservée aux membres participants qui exercent à titre libéral une activité médicale ou paramédicale.

Article 22 :

PARTICULARITÉS DES GARANTIES, MNH EVOLYA, MNH EVOLYA^M, MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ ET MNH EVOLYA SENIORS

→ *Garanties MNH Evolya, MNH Evolya^M et MNH Evolya Seniors :*

Tout membre participant ou ayant droit (conjoint, enfant handicapé), adhérent à MNH Evolya (niveaux Primo, 1, 2, 3,4) ou MNH Evolya^M (niveaux Primo, 2, 3, 4) bénéficie automatiquement de MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4) dès lors qu'il informe la MNH de sa condition de retraité.

Tout membre participant – hors précompte sur salaire – et tout ayant droit (conjoint, enfant handicapé) adhérent à MNH Evolya (niveaux Primo, 1, 2, 3, 4) est considéré être en retraite au 1^{er} janvier de l'année où il atteindra ses 65 ans et bénéficiera automatiquement de MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4).

Les enfants ayants droit sont inscrits ou maintenus à MNH Evolya ou MNH Evolya^M au même niveau que le membre participant qu'il soit inscrit en MNH Evolya ou MNH Evolya Seniors.

→ *Garanties MNH Evolya Libéraux de santé :*

Tout membre participant qui informe la MNH de sa condition de retraité sera transféré en catégorie III et bénéficiera automatiquement de MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4). Ses ayants droit (conjoint, enfant ou ascendant) bénéficieront de MNH Evolya ou MNH Evolya Seniors s'ils remplissent les conditions.

Article 23 :

RÈGLES DE REMBOURSEMENT

Les taux et montants des remboursements accordés par la MNH figurent dans le tableau des prestations en annexe, en fonction de la garantie souscrite.

Précisions concernant certaines prestations :

→ **Ostéopathie, chiropractie, psychologie :**

Donnent lieu au versement du forfait prévu dans certaines garanties, les séances effectuées exclusivement par :

- Des ostéopathes diplômés et membres du Registre des Ostéopathes de France,
- des chiropracteurs de l'Association Française de Chiropractie,
- des psychologues.

→ **Prestations optique :**

La prise en charge s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans*. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

*la période de 2 ans s'entend à compter de la date de délivrance de l'équipement.

Les forfaits lentilles peuvent être versés en une ou plusieurs fois. Les lentilles sans participation Sécurité sociale, inscrites sur

la liste des produits et des prestations remboursables (LPPR) doivent être délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale pour que la participation MNH prévue dans certaines garanties soit versée.

Le forfait chirurgie réfractive est versé sur présentation de la facture acquittée avec identification du praticien et précisant l'œil opéré.

→ **Prothèses dentaires :**

La MNH complète les remboursements de la Sécurité sociale et intervient dans certaines garanties au-delà de la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et dans la limite d'un plafond annuel par bénéficiaire qui diffère selon la garantie (tel qu'indiqué dans le tableau de prestations en annexe). Ce plafond annuel ne s'applique pas aux prothèses dentaires relevant du 100 % santé.

→ **Implantologie dentaire et parodontologie :**

Les forfaits s'entendent par année civile.

→ **Allocations complémentaires :**

Dans le cas de perte de salaire, totale ou partielle, par maladie ou accident de travail, les allocations complémentaires peuvent être servies aux membres participants de la catégorie I ou ayants droit des garanties MNH Evolya (niveaux Primo, 1, 2, 3, 4), ou MNH Quiétude répondant aux conditions ci-après précisées. Aucune allocation complémentaire pour perte de salaire n'est accordée en garantie MNH Evolya^M (niveaux Primo, 2, 3, 4), MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4), MNH Essentya (niveau I à 3).

Bénéficient exclusivement de cette prestation les membres participants et ayants droit, personnels des services et établissements visés à l'article 6 a) à g) et i) des statuts :

- en activité, en détachement ou en disponibilité d'office par maladie ou accident de travail,
- en disponibilité pour suivre des études et qui perçoivent soit une bourse, soit une allocation d'études, à condition que ces études soient en rapport avec l'une des fonctions hospitalières,
- en disponibilité pour tout autre motif que ceux précités et qui, en cours de congé, ont repris une activité dans l'un des établissements et services visés à l'article 6 a) à g), et i) des statuts.

Les justificatifs ci-après doivent être fournis à l'issue de chaque mois au cours duquel a été enregistrée la perte de salaire :

- demande de prestation à compléter par l'établissement employeur à raison d'une attestation par mois à indemniser,
- bulletins de paie du mois précédant la date d'arrêt initiale de travail,
- bulletin de paie du mois où figure la perte de salaire.

Le cas échéant :

- relevé d'indemnités journalières de l'Assurance maladie obligatoire relatif à la période à indemniser,
- décision du comité médical,
- périodes indemnisées par le Comité de gestion des œuvres sociales,
- relevés de prestations de même nature effectués par un organisme autre que la mutuelle,
- bulletin de salaire sur lequel figurent les indemnités de la Caisse de prévoyance,
- copie du contrat de travail.

Les allocations complémentaires sont servies :

- à compter du 1^{er} jour non indemnisé par le Comité de gestion des œuvres sociales ou tout autre organisme,

- pendant une période de 9 mois, continue ou discontinue, renouvelable tous les 2 ans.

En aucun cas, le 1^{er} jour de carence n'est pris en charge par la MNH.

Les arrêts de travail démarrés antérieurement à la date d'adhésion ne sont pas pris en charge.

Cette prestation est calculée sur le salaire de base et répartie à raison de 1/30^e par jour de maladie à indemniser. Les allocations à caractère familial et les indemnités fonctionnelles et professionnelles n'entrent pas dans la détermination du revenu. Le montant des allocations complémentaires ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent. A ce titre, les éventuelles prestations de même nature servies par d'autres organismes, tels que l'Assurance maladie obligatoire, les Comités de gestion des œuvres sociales, les caisses de prévoyance, etc., peuvent être déduites de la participation de la mutuelle.

Article 23 bis :

ACTION PRÉVENTION

Une ou plusieurs actions "prévention" en liaison avec le programme de promotion de la santé peuvent être menées au bénéfice des adhérents. La nature et le montant de ces actions, valables un an, sont définies chaque année par le conseil d'administration dans le cadre d'une délégation accordée par l'assemblée générale.

Article 24 :

LIGNE CLAIRE

Ligne claire est un centre d'appels téléphoniques mis à disposition des adhérents hormis pour ceux bénéficiant de la garantie MNH Evolya Primo et MNH Evolya^M Primo et MNH Essentya Seniors. Elle permet aux personnes d'obtenir rapidement et simplement une réponse aux questions qui concernent leur santé. Elle fournit par ailleurs des informations d'ordre général sur la santé. Ce service apporte une aide aux adhérents concernés pour leur permettre de trouver des professionnels de santé et/ou des établissements de santé selon des critères géographiques et qualitatifs.

Grâce à Ligne claire, ces adhérents ont accès à quatre services :

- **Le service d'analyse des devis optique, dentaire et prothèses auditives** qui donne aux adhérents un avis motivé sur la nature, la qualité, le prix des prestations qui leur sont proposées. Les avis de Ligne claire visent simplement à aider l'adhérent à prendre sa décision.
- **Le service d'orientation dans le domaine de la santé**, qui aide les adhérents à trouver des professionnels et des établissements de santé selon des critères géographiques ou qualitatifs.
- **Le service d'orientation et l'accompagnement dans le secteur social**, qui permet aux adhérents de trouver une assistante sociale, les aiguille vers l'association ou l'organisme compétent, leur propose un accompagnement dans leur demande et facilite leurs démarches.
- **Le service de prévention et d'information santé**, qui permet de sensibiliser les adhérents et de répondre à leurs questions sur les grands domaines concernant : l'alimentation,

le tabagisme, l'alcoolisme, la pédiatrie, la gérontologie...

CHAPITRE III ACTION SOCIALE

Article 25 :

ACTION SOCIALE

Il est créé au sein de la mutuelle un fonds d'action sociale alimenté des dotations décidées chaque année par le vote de l'assemblée générale de la mutuelle et correspondant au maximum à 2 % du montant global des recettes issues des cotisations des adhérents. L'action sociale de la mutuelle pourra, par exemple, prendre la forme de bourses d'études, d'aides au profit des handicapés, de secours exceptionnels, etc.

Tout dossier fera l'objet d'une étude particulière et sera à ce titre systématiquement traité par le Comité de gestion en charge de l'action sociale qui se prononcera sur la délivrance ou non de l'aide.

La mise en œuvre de cette action sociale est précisée au sein d'un règlement, adopté par le conseil d'administration de la MNH, accessible sur l'espace adhérent MNH ou disponible sur simple demande.

CHAPITRE IV DELAIS D'ATTENTE

Article 26 :

Le droit aux prestations prend effet le premier jour du mois qui suit le paiement de la première cotisation, pour toutes les prestations couvertes par la MNH.

Les délais d'attente liés à un changement de garantie prévu au présent article courent à partir du premier jour du mois qui suit le paiement de la première cotisation.

a) Règles applicables aux changements entre les garanties MNH Evolya (niveaux primo, 1, 2, 3, 4), MNH Evolya^M (niveaux primo, 2, 3, 4) et MNH Evolya Seniors (niveaux I à 4) et MNH Essentya Seniors (niveaux I à 3) : le choix pour un membre participant et ses ayants droit de l'une de ces garanties ou niveaux s'impose pour une durée minimale de 2 ans sauf en cas de passage à une garantie ou un niveau supérieur. Lorsqu'un membre participant choisit une garantie ou un niveau inférieur, étant entendu qu'il est présent depuis 2 ans au moins dans la garantie ou le niveau initial, celle-ci prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit le paiement de la nouvelle cotisation.

b) Règles applicables aux changements de niveau dans MNH Evolya Libéraux de santé : pour les membres participants et ayants droit relevant de la catégorie II, les règles définies au paragraphe a) s'appliquent en cas de changement de niveau.

Article 27 :

Les enfants nouveau-nés d'un membre participant ou adoptés par lui deviennent ayants droit dès leur naissance ou leur entrée au foyer à condition que leur inscription soit effectuée par leurs parents dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'entrée au foyer, et que la première cotisation soit payée à la fin du deuxième mois qui suit le mois de la naissance ou de l'entrée au foyer.

CHAPITRE V AUTRES SERVICES PROPOSÉS AUX ADHÉRENTS

Article 28 :

La mutuelle est amenée à proposer d'autres produits et services à ses adhérents dont les descriptifs sont disponibles sur le site www.mnh.fr ou dans des dépliants pouvant être envoyés aux adhérents sur leur demande.

CHAPITRE VI MUTATION, DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Article 29 :

Les règles concernant la mutation et l'exclusion sont précisées aux articles 13 et 16 des statuts. Concernant la démission, l'article 14 des statuts prévoit que tout membre de la mutuelle peut démissionner à effet du 31 décembre de l'année en cours, en envoyant une lettre recommandée adressée au président de la mutuelle ou un envoi recommandé électronique à la mutuelle au plus tard deux mois avant la date précitée.

A compter de l'entrée en vigueur des dispositions de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, il dispose également de la faculté de dénoncer son adhésion à tout moment, sans frais ni pénalités, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année d'adhésion. Dans ce cas, la dénonciation prend effet au dernier jour du mois suivant un délai de 30 jours à compter de la réception de la notification par la Mutuelle ou de son nouvel assureur par l'un des moyens ci-après.

A compter de l'entrée en vigueur des dispositions de la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, tout membre de la mutuelle peut démissionner tous les ans, en adressant une notification

à la mutuelle:

- soit par lettre simple ou tout autre support durable ;
- soit par lettre recommandée ou recommandé électronique ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par mail dans le cadre d'une adhésion qui avait été réalisée sur internet ;
- soit par acte extra-judiciaire.

Concernant la radiation, l'article 15 des statuts renvoie à l'article L.221-7 du code de la mutualité repris ci-après :

« À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier la garantie dix 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 de la garantie. La garantie non résiliée reprend effet pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement ».

Article 30 :

Les membres quittant la Mutuelle pour quelque cause que ce soit doivent restituer au siège social leur carte mutualiste et celle(s) de leur(s) ayant(s) droit.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Article 31 :

La mutuelle ne peut instituer, en faveur de certains membres participants, aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié, notamment par les risques apportés, les cotisations fournies ou la situation de famille des intéressés.

Article 32 :

SUBROGATION

Article 32-1

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité de tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Pour l'application du présent article, tout accident survenant à un membre participant de la mutuelle ou à l'un de ses ayants droit, doit être signalé sans délai au siège social.

Article 32-2

Par le présent article, les agents titulaires et stagiaires de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) en activité, adhérents de la MNH, autorisent cette dernière à se subroger automatiquement dans leurs droits aux fins de recouvrer auprès de l'AP-HP le versement des prestations à la charge de celle-ci en application de la réglementation en vigueur et conformément à la convention passée à cet effet entre l'AP-HP et la MNH.

Article 33 :

Les prestations, les taux et les montants des cotisations prévus dans le présent règlement mutualiste sont adaptés de manière à assurer l'économie des systèmes prestations/cotisations.

Article 34 :

PROCÉDURE DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION

Article 34-1

Une réclamation est l'expression d'une insatisfaction ou d'un mécontentement formulée par un adhérent ou l'un de ses ayants droit à l'encontre de la MNH ou d'un de ses prestataires malgré la réponse qui lui a été apportée par son interlocuteur. L'adhérent ou l'un de ses ayants droit peut adresser, à son conseiller habituel ou au Service Satisfaction Clients par courrier à l'adresse MNH – Service Satisfaction Clients – 45213 Montargis Cedex ou par mail à courrier@mnh.fr ou par téléphone au 3031 ou par fax au 02 38 90 78 51, toute réclamation en précisant la nature de la réclamation, le numéro de contrat et les coordonnées auxquelles l'intéressé souhaite être recontacté. Toutes les réclamations, quel que soit le canal de réception font l'objet d'un accusé de réception dans un délai de dix ⁽¹⁰⁾ jours ouvrables suivant la date de réception de la demande. Elles sont traitées sous un délai de deux ⁽²⁾ mois suivant la date de réception de la demande.

Article 34-2

En cas de rejet ou de refus de faire droit en totalité ou partiellement à la réclamation, le médiateur de la Fédération nationale de la mutualité française peut être saisi par l'adhérent ou l'un de ses ayants droit dans le délai d'un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la mutuelle.

La demande de saisine du médiateur de la FNMF peut être adressée à la mutuelle aux coordonnées précisées à l'article 34-1 du présent règlement qui la transmet à la FNMF, ou transmise directement à la FNMF soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ; soit par mail à mediation@mutualite.fr ; soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le règlement de la médiation de la FNMF précisant les modalités de recours au médiateur est consultable sur le site suivant : <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

Le médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé dont les parties à la médiation seront informées.

La décision du médiateur de la FNMF ne s'impose pas aux parties.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit de l'adhérent, d'un ayant droit ou de la mutuelle à saisir la justice.

**TABLEAUX
DES PRESTATIONS**

**TABLEAUX
DES COTISATIONS**

MNH EVOLYA :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ

SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE						
		PRIMO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4		
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH		
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux ⁽¹⁾ :							
	Généralistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	100%	140% ⁽²⁾	195% ⁽²⁾	
	Généralistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	100%	120% ⁽²⁾	175% ⁽²⁾	
	Spécialistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	100%	150% ⁽²⁾	220% ⁽²⁾	
	Spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	100%	130% ⁽²⁾	200% ⁽²⁾	
	Actes SF (Sages-femmes)	70%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments :							
	Médicaments remboursés à 30% et 65% par la Sécurité sociale	30%/65%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale	15%	15%	100%	100%	100%	100%	
	Dispositifs médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Honoraires paramédicaux :							
	Actes AM (Auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, infirmiers ...)	60%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Matériel médical :							
	Matériel médical (Orthopédie - Prothèses)	60%	60%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait matériel médical (accepté Sécurité sociale)	-	-	-	-	100 €	200 €	
	Prothèses capillaires - mammaires	60%	60%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait par prothèse capillaire - mammaire (acceptée Sécurité sociale)	-	-	-	120 €	120 €	150 €	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Imageries médicales ⁽¹⁾	70%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Transport	65%	100%	100%	100%	100%	100%	
Soins externes ⁽¹⁾	60%/65%/70%	100%	100%	100%	100%	100%		
Forfait ostéopathie/chiropractie/psychologie	-	-	-	60 € 30 €/séance	120 € 40 €/séance	160 € 40 €/séance		
Forfait ostéodensitométrie	-	-	-	30 €	40 €	50 €		
Forfait annuel contraception	-	30 €	30 €	40 €	50 €	60 €		
CURES THERMALES EXTERNES LIBRES HORS HOSPITALISATION	Honoraires médicaux	70%	70%	70%	70%	100%		
	Traitement thermal	65%	65%	65%	65%	100%		
	Forfait	-	-	-	-	-	200 €	
DENTAIRE	Soins	70%	70%	100%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires 100% santé ⁽³⁾	70%	70%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾				
	Prothèses dentaires hors 100% santé ^{(3) (4)}	Tarifs maîtrisés ^{(3) (4)}	70%	70%	100%	260% Plafond annuel de 500 € sur les dépassements d'honoraires	335% Plafond annuel de 5000€ sur les dépassements d'honoraires	430% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires
		Tarifs libres ^{(3) (4)}	70%	70%	100%	A hauteur des prix limite de facturation		
	Forfait annuel implantologie /parodontologie	-	-	-	-	-	500 €	
	Orthodontie (acceptée Sécurité sociale)	70%/100%	70%/100%	100%	225%	275%	300%	
AIDES AUDITIVES	Equipeement auditifs 100% santé ^{(3) (13)}	60%	60%	Aucun reste à charge				
	Equipements auditifs hors 100% santé ^{(3) (13)}							
	Equipeement par oreille - bénéficiaires de plus de 20 ans	60%	240 €	400 €	400 €	900 €	1 150 €	
	Equipeement par oreille - bénéficiaires jusqu'à 20 ans ou atteints de cécité	60%	840 €	1 400 €	1 400 €	1 650 €	1 700 €	
Piles et accessoires	60%	60%	100%	100%	100%	100%		

MNH EVOLYA :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE					
		PRIMO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
OPTIQUE	Equipements optiques 100% santé ^{(3) (4)}						
	Monture	60%	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
	Verres	60%	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
	Equipements optiques hors 100% santé ^{(3) (4)}						
	Monture et verres	60%	60%	100%	60%	60%	60%
	Forfait monture ^(6*)	-	-	-	50 €	65 €	70 €
	Forfait par verre simple ^(6*)	-	-	-	60 €	100 €	120 €
	Forfait par verre complexe ^(6*)	-	-	-	110 €	150 €	170 €
	Forfait par verre très complexe ^(6*)	-	-	-	130 €	200 €	200 €
	Suppléments et prestations optiques ⁽⁷⁾	60%	60%	100%, à hauteur des prix limites de vente pour les actes concernés			
Lentilles remboursées Sécurité sociale ou non (forfait annuel)	60%/-	60%/-	50 €	120 €	180 €	220 €	
Chirurgie réfractive (forfait annuel par œil)	-	-	-	-	-	250 €	
HOSPITALISATION	Séjour	80%	100% (limités à 15 jours/ an)	100%	100%	100%	100%
	Chambre particulière (si conventionnement hospitalier mutualiste) ^{(8) (9)}	-	-	-	frais réels limités à 15 jours/an ⁽¹⁰⁾	frais réels limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	frais réels limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière (hors conventionnement hospitalier mutualiste) ⁽⁸⁾	-	-	-	40€/jour limités à 15 jours/an ⁽¹⁰⁾	50€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	70€/jour limités 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière sans nuitée	-	-	-	25€/jour limités à 15 jours/an ⁽¹⁰⁾	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
	Forfait hospitalier	-	Frais réels (limités à 15 jours / an)	Sans limitation de montant et de durée			
	Frais d'accompagnant (enfant de -de 12 ans inscrit à la MNH) ⁽¹¹⁾	-	-	-	13€/jour	16€/jour	16€/jour
	Location de téléviseur ⁽¹²⁾	-	-	-	-	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation
	Honoraires ⁽¹⁾ :						
	Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	100%	140%	170%
	Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	100%	120%	150%

(1) Prise en charge de la participation forfaitaire pour actes lourds

(2) Visites médicalement justifiées, sinon participation MNH = 30%

(3) Tels que définis réglementairement

(4) Le plafond annuel sur les dépassements d'honoraires (de 500 € ou 5 000 € selon le niveau de garantie) s'applique sur l'ensemble des prothèses hors 100% santé.

(5) A hauteur des prix limites de vente ou de facturation imposés au professionnel de santé.

(6) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.»

(6*) Remboursement incluant le ticket modérateur

(7) Prestations d'adaptation de la correction, appareillage, verres avec filtre et autres suppléments (prisme, verres antiphotos, verres iséiconiques).

(8) Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

(9) Dans la limite des tarifs négociés

(10) La limitation annuelle s'applique sur l'ensemble des frais de chambre particulière.

(11) Sans limite d'âge pour les enfants ou personnes à charge handicapés

(12) Hors centre de convalescence, centre de rééducation, maison de repos, centre de soins de suite et de réadaptation et centre de cure thermique

(13) La prise en charge des aides auditives est limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE					
		PRIMO	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4		
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH		
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux ⁽¹⁾ :						
	Généralistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	130% ⁽²⁾	195% ⁽²⁾	
	Généralistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	110% ⁽²⁾	175% ⁽²⁾	
	Spécialistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	140% ⁽²⁾	220% ⁽²⁾	
	Spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	120% ⁽²⁾	200% ⁽²⁾	
	Actes SF (Sages-femmes)	70%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments :						
	Médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale	65%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments remboursés à 30% par la Sécurité sociale	30%	30%	30%	100%	100%	
	Médicaments remboursés à 15% par la Sécurité sociale	15%	15%	15%	100%	100%	
	Dispositifs médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	
	Honoraires paramédicaux :						
	Actes AM (Auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, infirmiers ...)	60%	100%	100%	100%	100%	
	Matériel médical :						
	Matériel médical (Orthopédie - Prothèses)	60%	60%	100%	100%	100%	
	Forfait matériel médical (accepté Sécurité sociale)	-	-	-	100 €	200 €	
	Prothèses capillaires - mammaires	60%	60%	100%	100%	100%	
	Forfait prothèses capillaires - mammaires acceptées Sécurité sociale	-	-	-	120 €	150 €	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%	100%	
	Imageries médicales ⁽¹⁾	70%	100%	100%	100%	100%	
Transport	65%	100%	100%	100%	100%		
Soins externes ⁽¹⁾	60%/65%/70%	100%	100%	100%	100%		
Forfait annuel contraception	-	-	-	50 €	60 €		
Forfait annuel ostéopathie - chiropractie	-	-	40 € 20 €/séance	90 € 30 €/séance	120 € 30 €/séance		
CURES THERMALES EXTERNES LIBRES HORS HOSPITALISATION	Honoraires médicaux	70%	70%	70%	70%	100%	
	Traitement thermal	65%	65%	65%	65%	100%	
	Forfait	-	-	-	-	200 €	
DENTAIRE	Soins	70%	70%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires 100% santé ⁽³⁾	70%	70%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
	Prothèses dentaires hors 100% santé ^{(3) (4)}	Tarifs maîtrisés ^{(3) (4)}	70%	70%	260% Plafond annuel de 350€ sur les dépassements d'honoraires"	335% Plafond annuel de 750 € sur les dépassements d'honoraires"	430% Plafond annuel de 1000 € sur les dépassements d'honoraires"
		Tarifs libres ^{(3) (4)}	70%	70%	A hauteur des prix limite de facturation		
	Forfait annuel implantologie /parodontologie	-	-	-	-	200 €	
	Orthodontie (acceptée Sécurité sociale)	70%/100%	70%/100%	150%	200%	250%	
AIDES AUDITIVES	Equipement auditifs 100% santé ^{(3) (13)}	60%	Aucun reste à charge				
	Equipements auditifs hors 100% santé ^{(3) (13)}						
	Equipement par oreille - bénéficiaires de plus de 20 ans	60%	240 €	400 €	900 €	1150 €	
	Equipement par oreille - bénéficiaires jusqu'à 20 ans ou atteints de cécité	60%	840 €	1400 €	1650 €	1700 €	
Piles et accessoires	60%	60%	100%	100%	100%		

MNH EVOLYA^M :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
		PRIMO	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
OPTIQUE	Equipements optiques 100% santé ^{(3) (4)}					
	Monture	60%	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾		
	Verres	60%	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾		
	Equipements optiques hors 100% santé ^{(3) (4)}					
	Monture et verres	60%	60%	60%	60%	60%
	Forfait monture ^(6*)	-	-	50 €	65 €	70 €
	Forfait par verre simple ^(6*)	-	-	80 €	100 €	120 €
	Forfait par verre complexe ^(6*)	-	-	110 €	150 €	170 €
	Forfait par verre très complexe ^(6*)	-	-	150 €	200 €	200 €
	Suppléments et prestations optiques ⁽⁷⁾	60%	60%	100%, à hauteur des prix limites de vente pour les actes concernés		
Lentilles remboursées Sécurité sociale ou non (forfait annuel)	60%/-	60%/-	50 €	80 €	150 €	
Chirurgie réfractive (forfait annuel par œil)	-	-	-	-	250 €	
HOSPITALISATION	Séjour	80%	100% (limités à 15 jours/ an)	100%	100%	100%
	Chambre particulière (si conventionnement hospitalier mutualiste) ^{(8) (9)}	-	-	frais réels (limités à 15 jours/an) ⁽¹⁰⁾	frais réels (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾	frais réels (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière (hors conventionnement hospitalier mutualiste) ⁽⁸⁾	-	-	40 €/jour (limités à 15 jours/an) ⁽¹⁰⁾	50 €/jour (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾	70 €/jour (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière sans nuitée	-	-	25 €/jour (limités à 15 jours/an) ⁽¹⁰⁾	25 €/jour (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾	25 €/jour (limités à 20 jours/an) ⁽¹⁰⁾
	Forfait hospitalier	-	Frais réels (limités à 15 jours / an)	Sans limitation de montant et de durée		
	Frais d'accompagnant (enfant de -de 12 ans inscrit à la MNH) ⁽¹¹⁾	-	-	-	16€/jour	16€/jour
	Location de téléviseur ⁽¹²⁾	-	-	-	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation
	Honoraires ⁽¹³⁾ :					
	Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	130%	170%
	Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	110%	150%

(1) Prise en charge de la participation forfaitaire pour actes lourds

(2) Visites médicalement justifiées, sinon participation MNH = 30%

(3) Tels que définis réglementairement

(4) Le plafond annuel sur les dépassements d'honoraires (de 350 €, 750 € ou 1 000 € selon le niveau de garantie) s'applique sur l'ensemble des prothèses hors 100% santé.

(5) A hauteur des prix limites de vente ou de facturation imposés au professionnel de santé.

(6) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(6*) Remboursement incluant le ticket modérateur

(7) Prestations d'adaptation de la correction, appairage, verres avec filtre et autres suppléments (prisme, verres antiphotos, verres iséiconiques).

(8) Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

(9) Dans la limite des tarifs négociés

(10) La limitation annuelle s'applique sur l'ensemble des frais de chambre particulière.

(11) Sans limite d'âge pour les enfants ou personnes à charge handicapés

(12) Hors centre de convalescence, centre de rééducation, maison de repos, centre de soins de suite et de réadaptation et centre de cure thermique

(13) La prise en charge des aides auditives est limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

MNH EVOLYA SENIORS :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	
			TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux ⁽¹⁾ :						
	Généralistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	145% ⁽²⁾	195% ⁽²⁾	
	Généralistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	125% ⁽²⁾	175% ⁽²⁾	
	Spécialistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	170% ⁽²⁾	220% ⁽²⁾	
	Spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	150% ⁽²⁾	200% ⁽²⁾	
	Actes SF (Sages-femmes)	70%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments :						
	Médicaments remboursés à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale	15%/30%/65%	100%	100%	100%	100%	
	Dispositifs médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	
	Honoraires paramédicaux :						
	Actes AM (Auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, infirmiers ...)	60%	100%	100%	100%	100%	
	Matériel médical :						
	Matériel médical (Orthopédie - Prothèses)	60%	100%	105%	150%	150%	
	Forfait matériel médical (accepté Sécurité sociale)	-	-	-	80 €	100 €	
	Prothèses capillaires - mammaires	60%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait par prothèse capillaire - mammaire acceptée Sécurité sociale	-	-	120 €	120 €	150 €	
	Forfait annuel grand appareillage (fauteuil, lit médicalisé, ...)	-	50 €	100 €	150 €	200 €	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%	100%	
	Imageries médicales ⁽¹⁾	70%	100%	100%	100%	100%	
Transport	65%	100%	100%	100%	100%		
Soins externes ⁽¹⁾	60%/65%/70%	100%	100%	100%	100%		
Forfait annuel ostéopathie - chiropractie	-	20 €	40 € 20 €/séance	60€ 20 €/séance	80 € 20 €/séance		
CURES THERMALES EXTERNES LIBRES HORS HOSPITALISATION	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	100%	
	Traitement thermal	65%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait	-	50 €	100 €	200 €	250 €	
DENTAIRE	Soins	70%	100%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires 100% santé ⁽³⁾	70%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾				
	Prothèses dentaires hors 100% santé ⁽³⁾⁽⁴⁾	Tarifs maîtrisés ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	335% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	430% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires
		Tarifs libres ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	335% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires	430% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires
	Forfait annuel implantologie	-	-	-	150 €	200 €	
	Orthodontie (acceptée Sécurité sociale)	70%/100%	100%	100%	100%	100%	
AIDES AUDITIVES	Equipement auditifs 100% santé ^{(3) (12)}	60%	Aucun reste à charge				
	Equipements auditifs hors 100% santé ^{(3) (12)}						
	Equipement par oreille	60%	500 €	650 €	1 050 €	1 150 €	
	Equipement par oreille - bénéficiaires atteints de cécité	60%	1 500 €	1 600 €	1 650 €	1 700 €	
Piles et accessoires	60%	100%	100%	100%	100%		

MNH EVOLYA SENIORS :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH
OPTIQUE					
Equipements optiques 100% santé ^{(3) (4)}					
Monture	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
Verres	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
Equipements optiques hors 100% santé ^{(3) (4)}					
Monture et verres	60%	60%	60%	60%	60%
Forfait monture ^(6*)	-	40 €	50 €	65 €	70 €
Forfait par verre simple ^(6*)	-	73 €	95 €	118 €	140 €
Forfait par verre complexe ^(6*)	-	96 €	126 €	146 €	171 €
Forfait par verre très complexe ^(6*)	-	137 €	167 €	187 €	207 €
Suppléments et prestations optiques ⁽⁷⁾	60%	100%, à hauteur des prix limite de vente pour les actes concernés			
Lentilles remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	60%	46 €w	195 €	265 €	300 €
Lunettes et fournitures non remboursées Sécurité sociale	-	-	-	100%	100%
Chirurgie réfractive (forfait annuel par oeil)	-	-	100 €	150 €	200 €
Lentilles non remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	-	31 €	50 €	80 €	120 €
Forfait annuel basse vision (ex. loupe)	-	20 €	30 €	40 €	50 €
HOSPITALISATION					
Séjour	80%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière (si conventionnement hospitalier mutualiste) ^{(8) (9)}	-	frais réels limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾			
Chambre particulière (hors conventionnement hospitalier mutualiste) ⁽⁸⁾	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	40€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	60€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	70€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
Chambre particulière sans nuitée	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾			
Forfait hospitalier	-	Sans limitation de montant et de durée			
Frais d'accompagnant (hospitalisation seniors)	-	20€/jour 30 jours/an	20€/jour 30 jours/an	20€/jour 30 jours/an	20€/jour 30 jours/an
Location de téléviseur ⁽¹¹⁾	-	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation			
Honoraires ⁽¹¹⁾ :					
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	145%	170%
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	125%	150%
PREVENTION					
Vaccin antigrippe	-	frais réels			
Vaccins voyage (forfait annuel)	-	30 €	30 €	30 €	30 €
Ostéodensitométrie (remboursée Sécurité sociale)	70%	100%	100%	100%	100%
Forfait ostéodensitométrie (remboursée ou non Sécurité sociale)	-	30 €	30 €	40 €	50 €
Pédicure / Podologue (forfait annuel 20 € maxi/séance)	-	40 €	60 €	80 €	100 €

(1) Prise en charge de la participation forfaitaire pour actes lourds

(2) Visites médicalement justifiées, sinon participation MNH = 30%

(3) Tels que définis réglementairement

(4) Le plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires s'applique sur l'ensemble des prothèses hors 100% santé.

(5) A hauteur des prix limites de vente ou de facturation imposés au professionnel de santé.

(6) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment en cas d'évolution de la vue.»

(6*) Remboursement incluant le ticket modérateur

(7) Prestations d'adaptation de la correction, appairage, verres avec filtre et autres suppléments (prisme, verres antipétis, verres iséiconiques).

(8) Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

(9) Dans la limite des tarifs négociés

(10) La limitation annuelle s'applique sur l'ensemble des frais de chambre particulière.

(11) Hors centre de convalescence, centre de rééducation, maison de repos, centre de soins de suite et de réadaptation et centre de cure thermale

(12) La prise en charge des aides auditives est limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

MNH ESSENTYA SENIORS :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ

SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux ⁽¹⁾ :				
	Généralistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	145% ⁽²⁾	
	Généralistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	125% ⁽²⁾	
	Spécialistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	170% ⁽²⁾	
	Spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	150% ⁽²⁾	
	Actes SF (Sages-femmes)	70%	100%	100%	
	Médicaments :				
	Médicaments remboursés à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale	15%/30%/65%	100%	100%	
	Dispositifs médicaux	60%	100%	100%	
	Honoraires paramédicaux :				
	Actes AM (Auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, infirmiers ...)	60%	100%	100%	
	Matériel médical :				
	Matériel médical (Orthopédie - Prothèses)	60%	100%	150%	
	Forfait matériel médical (accepté Sécurité sociale)	-	-	80 €	
	Prothèses capillaires - mammaires	60%	100%	100%	
	Forfait par prothèse capillaire - mammaire acceptée Sécurité sociale	-	-	120 €	
	Forfait annuel grand appareillage (fauteuil, lit médicalisé, ...)	-	50 €	150 €	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	
	Imageries médicales ⁽¹⁾	70%	100%	100%	
	Transport	65%	100%	100%	
Soins externes ⁽¹⁾	60%/65%/70%	100%	100%		
Forfait annuel ostéopathie - chiropractie	-	20 €	60€ 20 €/séance		
			20 €/séance		
CURES THERMALES EXTERNES LIBRES HORS HOSPITALISATION	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	
	Traitement thermal	65%	100%	100%	
	Forfait	-	50 €	200 €	
DENTAIRE	Soins	70%	100%	100%	
	Prothèses dentaires 100% santé ⁽³⁾	70%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾		
	Prothèses dentaires hors 100% santé ⁽³⁾⁽⁴⁾	Tarifs maîtrisés ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires
		Tarifs libres ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires
	Forfait annuel implantologie	-	-	-	150 €
	Orthodontie (acceptée Sécurité sociale)	70%/100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES	Équipement auditifs 100% santé ^{(3) (12)}	60%	Aucun reste à charge		
	Équipements auditifs hors 100% santé ^{(3) (12)}				
	Équipement par oreille	60%	500 €	650 €	1 050 €
	Équipement par oreille - bénéficiaires atteints de cécité	60%	1 500 €	1 600 €	1 650 €
Piles et accessoires	60%	100%	100%	100%	

MNH ESSENTYA SENIORS :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ

SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE			
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
OPTIQUE	Equipements optiques 100% santé ^{(3) (4)}				
	Monture	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾		
	Verres	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾		
	Equipements optiques hors 100% santé ^{(3) (4)}				
	Monture et verres	60%	60%	60%	60%
	Forfait monture ^(6*)	-	40 €	50 €	65 €
	Forfait par verre simple ^(6*)	-	73 €	95 €	118 €
	Forfait par verre complexe ^(6*)	-	96 €	126 €	146 €
	Forfait par verre très complexe ^(6*)	-	137 €	167 €	187 €
	Suppléments et prestations optiques ⁽⁷⁾	60%	100%, à hauteur des prix limite de vente pour les actes concernés		
	Lentilles remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	60%	46 €	195 €	265 €
	Lunettes et fournitures non remboursées Sécurité sociale	-	-	-	100%
	Chirurgie réfractive (forfait annuel par oeil)	-	-	100 €	150 €
	Lentilles non remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	-	31 €	50 €	80 €
Forfait annuel basse vision (ex. loupe)	-	20 €	30 €	40 €	
HOSPITALISATION	Séjour	80%	100%	100%	100%
	Chambre particulière (si conventionnement hospitalier mutualiste) ^{(8) (9)}	-	frais réels limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾		
	Chambre particulière (hors conventionnement hospitalier mutualiste) ⁽⁸⁾	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	40€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	60€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière sans nuitée	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾		
	Forfait hospitalier	-	Sans limitation de montant et de durée		
	Frais d'accompagnant (hospitalisation seniors)	-	20€/jour 30 jours/an		
	Location de téléviseur ⁽¹¹⁾	-	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation		
	Honoraires ⁽¹⁾ :				
	Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	145%
	Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	125%
PREVENTION	Vaccin antigrippe	-	frais réels	frais réels	frais réels
	Vaccins voyage (forfait annuel)	-	30 €	30 €	30 €
	Ostéodensitométrie (remboursée Sécurité sociale)	70%	100%	100%	100%
	Forfait ostéodensitométrie (remboursée ou non Sécurité sociale)	-	30 €	30 €	40 €
	Pédicure / Podologue (forfait annuel 20 € maxi/séance)	-	40 €	60 €	80 €

(1) Prise en charge de la participation forfaitaire pour actes lourds

(2) Visites médicalement justifiées, sinon participation MNH = 30%

(3) Tels que définis réglementairement

(4) Le plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires s'applique sur l'ensemble des prothèses hors 100% santé.

(5) A hauteur des prix limites de vente ou de facturation imposés au professionnel de santé.

(6) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment en cas d'évolution de la vue.

(6*) Remboursement incluant le ticket modérateur

(7) Prestations d'adaptation de la correction, appairage, verres avec filtre et autres suppléments (prisme, verres antiptosis, verres iséconiques).

(8) Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

(9) Dans la limite des tarifs négociés

(10) La limitation annuelle s'applique sur l'ensemble des frais de chambre particulière.

(11) Hors centre de convalescence, centre de rééducation, maison de repos, centre de soins de suite et de réadaptation et centre de cure thermale

(12) La prise en charge des aides auditives est limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ

SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS		Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
			NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	
			TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
SOINS COURANTS	Honoraires médicaux ⁽¹⁾ :						
	Généralistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	145% ⁽²⁾	195% ⁽²⁾	
	Généralistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	125% ⁽²⁾	175% ⁽²⁾	
	Spécialistes adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	170% ⁽²⁾	220% ⁽²⁾	
	Spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	70%	100%	100%	150% ⁽²⁾	200% ⁽²⁾	
	Actes SF (Sages-femmes)	70%	100%	100%	100%	100%	
	Médicaments :						
	Médicaments remboursés à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale	15%/30%/65%	100%	100%	100%	100%	
	Dispositifs médicaux	60%	100%	100%	100%	100%	
	Honoraires paramédicaux :						
	Actes AM (Auxiliaires médicaux : kinésithérapeutes, infirmiers ...)	60%	100%	100%	100%	100%	
	Matériel médical :						
	Matériel médical (Orthopédie - Prothèses)	60%	100%	105%	150%	150%	
	Forfait matériel médical (accepté Sécurité sociale)	-	-	-	80 €	100 €	
	Prothèses capillaires - mammaires	60%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait par prothèse capillaire - mammaire acceptée Sécurité sociale	-	-	120 €	120 €	150 €	
	Analyses et examens de laboratoire	60%	100%	100%	100%	100%	
	Imageries médicales ⁽¹⁾	70%	100%	100%	100%	100%	
Transport	65%	100%	100%	100%	100%		
Soins externes ⁽¹⁾	60%/65%/70%	100%	100%	100%	100%		
Forfait annuel contraception	-	30 €	40 €	50 €	60 €		
Forfait annuel ostéopathie - chiropractie	-	20 €	40 € 20 €/séance	60€ 20 €/séance	80 € 20 €/séance		
CURES THERMALES EXTERNES LIBRES HORS HOSPITALISATION	Honoraires médicaux	70%	100%	100%	100%	100%	
	Traitement thermal	65%	100%	100%	100%	100%	
	Forfait	-	-	40 €	155 €	200 €	
DENTAIRE	Soins	70%	100%	100%	100%	100%	
	Prothèses dentaires 100% santé ⁽³⁾	70%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾				
	Prothèses dentaires hors 100% santé ^{(3) (4)}	Tarifs maîtrisés ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	335% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	430% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires
		Tarifs libres ^{(3) (4)}	70%	195% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires	260% Plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires	335% Plafond annuel de 5000 € sur les dépassements d'honoraires	430% Plafond annuel de 5 000€ sur les dépassements
	Forfait annuel implantologie	-	-	-	150 €	200 €	
	Orthodontie (acceptée Sécurité sociale)	70%/100%	100%	150%	200%	250%	
AIDES AUDITIVES	Equipement auditifs 100% santé ^{(3) (13)}	60%	Aucun reste à charge				
	Equipements auditifs hors 100% santé ^{(3) (13)}						
	Equipement par oreille - bénéficiaires de plus de 20 ans	60%	450 €	600 €	1 050 €	1 150 €	
	Equipement par oreille - bénéficiaires jusqu'à 20 ans ou atteints de cécité	60%	1 450 €	1 550 €	1 650 €	1 700 €	
Piles et accessoires	60%	100%	100%	100%	100%		

MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ :

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES À CELLES SERVIES PAR LA SÉCURITÉ

SOCIALE DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

NATURE DES PRESTATIONS	Taux de remboursement S.S Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire	TAUX DE REMBOURSEMENT SUR LA BASE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE				
		NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	
		TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	TOTAL SS + MNH	
OPTIQUE	Equipements optiques 100% santé ^{(3) (4)}					
	Monture	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
	Verres	60%	Aucun reste à charge ⁽⁵⁾			
	Equipements optiques hors 100% santé ^{(3) (4)}					
	Monture et verres	60%	60%	60%	60%	60%
	Forfait monture ^(6*)	-	40 €	50 €	65 €	70 €
	Forfait par verre simple ^(6*)	-	73 €	95 €	118 €	140 €
	Forfait par verre complexe ^(6*)	-	96 €	126 €	146 €	171 €
	Forfait par verre très complexe ^(6*)	-	137 €	167 €	187 €	207 €
	Suppléments et prestations optiques ⁽⁷⁾	60%	100%, à hauteur des prix limite de vente pour les actes concernés			
	Lentilles remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	60%	46 €	195 €	265 €	300 €
	Lunettes et fournitures non remboursées Sécurité sociale	-	-	-	100%	100%
	Chirurgie réfractive (forfait annuel par oeil)	-	-	100 €	150 €	200 €
Lentilles non remboursées Sécurité sociale (forfait annuel)	-	31 €	50 €	80 €	120 €	
HOSPITALISATION	Séjour	80%	100%	100%	100%	100%
	Chambre particulière (si conventionnement hospitalier mutualiste) ^{(8) (9)}	-	frais réels limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾			
	Chambre particulière (hors conventionnement hospitalier mutualiste) ⁽⁸⁾	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	40€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	60€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾	70€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾
	Chambre particulière sans nuitée	-	25€/jour limités à 30 jours/an en psychiatrie ⁽¹⁰⁾			
	Forfait hospitalier	-	Sans limitation de montant et de durée			
	Frais d'accompagnant enfant de -de 12 ans inscrit à la MNH ⁽¹¹⁾	-	13€/jour	13€/jour	16€/jour	16€/jour
	Location de téléviseur ⁽¹²⁾	-	Frais réels limités à 30 jours par hospitalisation			
	Honoraires ⁽¹⁾ :					
	Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	145%	170%
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	80%	100%	100%	125%	150%	
PRESTATIONS PREVENTION	Ostéodensitométrie (remboursée Sécurité sociale)	70%	100%	100%	100%	100%
	Forfait ostéodensitométrie (remboursée ou non Sécurité sociale)	-	30 €	30 €	40 €	50 €
PRESTATIONS SUPPLEMENTAIRES ⁽¹³⁾	Naissance ou adoption		150 €	150 €	150 €	150 €
	Mariage ou Pacs du membre participant		50 €	50 €	50 €	50 €
	Orphelin de père et de mère (allocation annuelle)		800 €	800 €	800 €	800 €
	Participation aux frais funéraires		500 €	500 €	500 €	500 €

(1) Prise en charge de la participation forfaitaire pour actes lourds

(2) Visites médicalement justifiées, sinon participation MNH = 30%

(3) Tels que définis réglementairement

(4) Le plafond annuel de 5 000 € sur les dépassements d'honoraires s'applique sur l'ensemble des prothèses hors 100% santé.

(5) A hauteur des prix limites de vente ou de facturation imposés au professionnel de santé.

(6) Remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

(6*) Remboursement incluant le ticket modérateur

(7) Prestations d'adaptation de la correction, appairage, verres avec filtre et autres suppléments (prisme, verres antiptosis, verres iséiconiques).

(8) Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

(9) Dans la limite des tarifs négociés

(10) La limitation annuelle s'applique sur l'ensemble des frais de chambre particulière.

(11) Sans limite d'âge pour les enfants ou personnes à charge handicapés

(12) Hors centre de convalescence, centre de rééducation, maison de repos, centre de soins de suite et de réadaptation et centre de cure thermique

(13) La prise en charge des aides auditives est limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

ALLOCATIONS ET PARTICIPATIONS DIVERSES

MNH EVOLYA

NATURE DES PRESTATIONS

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU PRIMO	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Indemnités pour perte de salaire par maladie ou accident du travail (réservées aux hospitaliers et assimilés ayant un traitement indiciaire de base supérieur à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique)	25% du traitement de base indiciaire	25% du traitement de base indiciaire	25% du traitement de base indiciaire	30% du traitement de base indiciaire	35% du traitement de base indiciaire
Indemnités pour perte de salaire par maladie ou accident du travail (réservées aux hospitaliers et assimilés ayant un traitement indiciaire de base inférieur ou égal à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique)	40% du traitement de base indiciaire	40% du traitement de base indiciaire	40% du traitement de base indiciaire	40% du traitement de base indiciaire	40% du traitement de base indiciaire

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

Naissance ou adoption	-	-	150€	150€	150€
Orphelin de père et de mère (allocation annuelle)	-	-	800€	800€	800€
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	-	-	50€	50€	50€
Décès : participation aux frais funéraires	-	-	500€	500€	500€

MNH EVOLYA^M

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU PRIMO	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Naissance ou adoption	-	150€	150€	150€
Orphelin de père et de mère (allocation annuelle)	800	800€	800€	800€
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	-	50€	50€	50€
Décès : participation aux frais funéraires	-	500€	500€	500€

MNH EVOLYA SENIORS

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	50€	50€	50€	50€
Décès : participation aux frais funéraires	500€	500€	500€	500€

MNH ESSENTYA SENIORS

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	50€	50€	50€
Décès : participation aux frais funéraires	500€	500€	500€

MNH EVOLYA LIBÉRAUX DE SANTÉ

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

NATURE DES PRESTATIONS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Naissance ou adoption	150€	150€	150€	150€
Orphelin de père et mère (allocation annuelle)	800€	800€	800€	800€
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	50€	50€	50€	50€
Décès : participation aux frais funéraires	500€	500€	500€	500€

MNH QUIÉTUDE

NATURE DES PRESTATIONS

NATURE DES PRESTATIONS	MNH QUIÉTUDE
Indemnités pour perte de salaire par maladie ou accident du travail (réservées aux hospitaliers et assimilés ayant un traitement indiciaire de base supérieur à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique)	25% du traitement de base indiciaire
Indemnités pour perte de salaire par maladie ou accident du travail (réservées aux hospitaliers et assimilés ayant un traitement indiciaire de base inférieur ou égal à celui correspondant à l'indice minimum de la fonction publique)	40% du traitement de base indiciaire

ALLOCATIONS FORFAITAIRES ASSURÉES PAR MNH PRÉVOYANCE *

Naissance ou adoption	150€
Orphelin de père et mère (allocation annuelle)	-
Prime de mariage (réservée à l'adhérent principal) versée également au membre participant concluant un PACS	50€
Décès : participation aux frais funéraires	500€

GARANTIE MNH EVOLYA GARANTIE MNH QUIÉTUDE

TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AUX NON RETRAITES DE LA CATÉGORIE 1

Âge du membre participant	MNH Evolya Primo	MNH Evolya 1	MNH Evolya 2	MNH Evolya 3	MNH Evolya 4	MNH Quiétude
18 ans	0,2904%	0,3957%	0,5964%	0,8097%	1,4772%	0,1546%
19 ans	0,3123%	0,4456%	0,6514%	0,8638%	1,5572%	0,1623%
20 ans	0,3364%	0,4956%	0,7064%	0,9179%	1,6372%	0,1700%
21 ans	0,3593%	0,5455%	0,7614%	0,9720%	1,7172%	0,1777%
22 ans	0,3841%	0,5822%	0,8018%	1,0259%	1,7971%	0,1855%
23 ans	0,4113%	0,6188%	0,8422%	1,0797%	1,8770%	0,1932%
24 ans	0,4413%	0,6554%	0,8824%	1,1333%	1,9568%	0,2009%
25 ans	0,4688%	0,6919%	0,9226%	1,1869%	2,0366%	0,2086%
26 ans	0,4925%	0,7284%	0,9628%	1,2402%	2,1163%	0,2164%
27 ans	0,5245%	0,7648%	1,0028%	1,2935%	2,1960%	0,2241%
28 ans	0,5523%	0,8011%	1,0428%	1,3467%	2,2756%	0,2318%
29 ans	0,5942%	0,8373%	1,0828%	1,3997%	2,3552%	0,2396%
30 ans	0,6321%	0,8735%	1,1226%	1,4526%	2,4348%	0,2473%
31 ans	0,6638%	0,9097%	1,1624%	1,5055%	2,5143%	0,2550%
32 ans	0,6877%	0,9458%	1,2022%	1,5582%	2,5937%	0,2627%
33 ans	0,7108%	0,9818%	1,2419%	1,6109%	2,6731%	0,2705%
34 ans	0,7365%	1,0179%	1,2815%	1,6635%	2,7525%	0,2782%
35 ans	0,7625%	1,0538%	1,3211%	1,7160%	2,8319%	0,2859%
36 ans	0,7867%	1,0897%	1,3607%	1,7684%	2,9112%	0,2936%
37 ans	0,8122%	1,1256%	1,4002%	1,8208%	2,9905%	0,3014%
38 ans	0,8393%	1,1614%	1,4396%	1,8730%	3,0697%	0,3091%
39 ans	0,8680%	1,1972%	1,4790%	1,9253%	3,1490%	0,3168%
40 ans	0,8984%	1,2330%	1,5184%	1,9774%	3,2282%	0,3246%
41 ans	0,9306%	1,2687%	1,5577%	2,0295%	3,3073%	0,3323%
42 ans	0,9647%	1,3044%	1,5970%	2,0815%	3,3864%	0,3400%
43 ans	1,0008%	1,3400%	1,6363%	2,1335%	3,4655%	0,3477%
44 ans	1,0390%	1,3756%	1,6755%	2,1855%	3,5446%	0,3555%
45 ans	1,0793%	1,4112%	1,7147%	2,2373%	3,6237%	0,3632%
46 ans	1,1219%	1,4468%	1,7539%	2,2892%	3,7027%	0,3709%
47 ans	1,1668%	1,4823%	1,7930%	2,3409%	3,7817%	0,3786%
48 ans	1,2142%	1,5178%	1,8321%	2,3927%	3,8606%	0,3864%
49 ans	1,2640%	1,5533%	1,8711%	2,4444%	3,9396%	0,3941%
50 ans	1,3165%	1,5887%	1,9102%	2,4960%	4,0185%	0,4018%
51 ans	1,3717%	1,6242%	1,9492%	2,5477%	4,0974%	0,4096%
52 ans	1,4297%	1,6596%	1,9882%	2,5992%	4,1763%	0,4173%
53 ans	1,4687%	1,6949%	2,0271%	2,6508%	4,2551%	0,4250%
54 ans	1,5094%	1,7303%	2,0661%	2,7023%	4,3339%	0,4327%
55 ans	1,5519%	1,7656%	2,1050%	2,7538%	4,4128%	0,4405%
56 ans	1,5961%	1,8010%	2,1439%	2,8052%	4,4915%	0,4482%
57 ans	1,6422%	1,8362%	2,1827%	2,8566%	4,5703%	0,4559%
58 ans	1,6901%	1,8715%	2,2216%	2,9080%	4,6491%	0,4637%
59 ans	1,7516%	1,9068%	2,2604%	2,9593%	4,7278%	0,4714%
60 ans	1,8033%	1,9420%	2,2992%	3,0106%	4,8065%	0,4791%
61 ans	1,8568%	1,9772%	2,3380%	3,0619%	4,8852%	0,4868%
62 ans	1,8874%	2,0124%	2,3767%	3,1132%	4,9639%	0,4946%
63 ans	1,9319%	2,0476%	2,4155%	3,1644%	5,0425%	0,5023%
64 ans et +	1,9658%	2,0828%	2,4542%	3,2157%	5,1212%	0,5100%
Enfants	0,4976%	0,6733%	0,7743%	0,9496%	1,1581%	

TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AUX NON RETRAITES DE LA CATEGORIE 3 – ANCIENNETE <= 5

Âge du membre participant	MNH Evolya ^M Primo	MNH Evolya ^M 2	MNH Evolya ^M 3	MNH Evolya ^M 4
18 ans	0,4871%	1,0562%	1,2164%	2,4361%
19 ans	0,5005%	1,0998%	1,2779%	2,5077%
20 ans	0,5139%	1,1434%	1,3393%	2,5792%
21 ans	0,5338%	1,1871%	1,4008%	2,6507%
22 ans	0,5613%	1,2307%	1,4616%	2,7223%
23 ans	0,5895%	1,2743%	1,5217%	2,7940%
24 ans	0,6182%	1,3180%	1,5813%	2,8658%
25 ans	0,6475%	1,3616%	1,6402%	2,9377%
26 ans	0,6774%	1,4052%	1,6986%	3,0096%
27 ans	0,7078%	1,4488%	1,7565%	3,0816%
28 ans	0,7389%	1,4925%	1,8140%	3,1537%
29 ans	0,7705%	1,5361%	1,8710%	3,2258%
30 ans	0,8028%	1,5797%	1,9275%	3,2981%
31 ans	0,8356%	1,6234%	1,9837%	3,3703%
32 ans	0,8690%	1,6670%	2,0395%	3,4427%
33 ans	0,9030%	1,7106%	2,0949%	3,5151%
34 ans	0,9376%	1,7542%	2,1500%	3,5876%
35 ans	0,9727%	1,7979%	2,2048%	3,6601%
36 ans	1,0085%	1,8415%	2,2593%	3,7328%
37 ans	1,0448%	1,8851%	2,3135%	3,8054%
38 ans	1,0818%	1,9288%	2,3674%	3,8782%
39 ans	1,1193%	1,9724%	2,4210%	3,9509%
40 ans	1,1574%	2,0160%	2,4744%	4,0238%
41 ans	1,1960%	2,0597%	2,5276%	4,0967%
42 ans	1,2353%	2,1033%	2,5805%	4,1696%
43 ans	1,2752%	2,1469%	2,6332%	4,2426%
44 ans	1,3156%	2,1905%	2,6857%	4,3157%
45 ans	1,3567%	2,2342%	2,7380%	4,3888%
46 ans	1,3983%	2,2778%	2,7901%	4,4620%
47 ans	1,4405%	2,3214%	2,8421%	4,5352%
48 ans	1,4833%	2,3651%	2,8938%	4,6085%
49 ans	1,5266%	2,4087%	2,9455%	4,6818%
50 ans	1,5706%	2,4523%	2,9969%	4,7551%
51 ans	1,6152%	2,4960%	3,0482%	4,8285%
52 ans	1,6603%	2,5396%	3,0993%	4,9020%
53 ans	1,7060%	2,5832%	3,1503%	4,9755%
54 ans	1,7523%	2,6268%	3,2012%	5,0490%
55 ans	1,7992%	2,6705%	3,2519%	5,1226%
56 ans	1,8467%	2,7141%	3,3025%	5,1962%
57 ans	1,8948%	2,7577%	3,3530%	5,2699%
58 ans	1,9434%	2,8014%	3,4034%	5,3436%
59 ans	1,9926%	2,8450%	3,4537%	5,4174%
60 ans	2,0425%	2,8886%	3,5038%	5,4912%
61 ans	2,0929%	2,9322%	3,5539%	5,5650%
62 ans	2,1439%	2,9759%	3,6038%	5,6388%
63 ans	2,1955%	3,0195%	3,6537%	5,7127%
64 ans et +	2,2476%	3,0631%	3,7035%	5,7867%
Enfants	0,5639%	0,7823%	1,0214%	1,2507%

TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AUX NON RETRAITES DE LA CATEGORIE 2

Âge du membre participant	MNH Evolya 1 libéraux de santé	MNH Evolya 2 libéraux de santé	MNH Evolya 3 libéraux de santé	MNH Evolya 4 libéraux de santé
18 ans	0,6996%	0,7994%	1,0639%	1,3338%
19 ans	0,7346%	0,8394%	1,1171%	1,4005%
20 ans	0,7697%	0,8794%	1,1703%	1,4672%
21 ans	0,8047%	0,9194%	1,2236%	1,5339%
22 ans	0,8397%	0,9594%	1,2768%	1,6007%
23 ans	0,8747%	0,9994%	1,3300%	1,6674%
24 ans	0,9097%	1,0394%	1,3832%	1,7341%
25 ans	0,9447%	1,0794%	1,4365%	1,8008%
26 ans	0,9797%	1,1194%	1,4897%	1,8675%
27 ans	1,0148%	1,1594%	1,5429%	1,9343%
28 ans	1,0498%	1,1994%	1,5961%	2,0010%
29 ans	1,0848%	1,2394%	1,6494%	2,0677%
30 ans	1,1198%	1,2794%	1,7026%	2,1344%
31 ans	1,1548%	1,3194%	1,7558%	2,2012%
32 ans	1,1898%	1,3594%	1,8090%	2,2679%
33 ans	1,2248%	1,3994%	1,8623%	2,3346%
34 ans	1,2598%	1,4394%	1,9155%	2,4013%
35 ans	1,2949%	1,4794%	1,9687%	2,4680%
36 ans	1,3299%	1,5195%	2,0220%	2,5348%
37 ans	1,3649%	1,5595%	2,0752%	2,6015%
38 ans	1,3999%	1,5995%	2,1284%	2,6682%
39 ans	1,4349%	1,6395%	2,1816%	2,7349%
40 ans	1,4699%	1,6795%	2,2349%	2,8016%
41 ans	1,5049%	1,7195%	2,2881%	2,8684%
42 ans	1,5400%	1,7595%	2,3413%	2,9351%
43 ans	1,5750%	1,7995%	2,3945%	3,0018%
44 ans	1,6100%	1,8395%	2,4478%	3,0685%
45 ans	1,6450%	1,8795%	2,5010%	3,1353%
46 ans	1,6800%	1,9195%	2,5542%	3,2020%
47 ans	1,7150%	1,9595%	2,6074%	3,2687%
48 ans	1,7500%	1,9995%	2,6607%	3,3354%
49 ans	1,7851%	2,0395%	2,7139%	3,4021%
50 ans	1,8201%	2,0795%	2,7671%	3,4689%
51 ans	1,8551%	2,1195%	2,8204%	3,5356%
52 ans	1,8901%	2,1595%	2,8736%	3,6023%
53 ans	1,9251%	2,1995%	2,9268%	3,6690%
54 ans	1,9601%	2,2395%	2,9800%	3,7358%
55 ans	1,9951%	2,2795%	3,0333%	3,8025%
56 ans	2,0302%	2,3195%	3,0865%	3,8692%
57 ans	2,0652%	2,3595%	3,1397%	3,9359%
58 ans	2,1002%	2,3995%	3,1929%	4,0026%
59 ans	2,1352%	2,4395%	3,2462%	4,0694%
60 ans	2,1702%	2,4795%	3,2994%	4,1361%
61 ans	2,2052%	2,5195%	3,3526%	4,2028%
62 ans	2,2402%	2,5595%	3,4059%	4,2695%
63 ans	2,2752%	2,5995%	3,4591%	4,3363%
64 ans et +	2,3103%	2,6395%	3,5123%	4,4030%
Enfants	0,6785%	0,7999%	1,0308%	1,2275%
Ascendants	1,9924%	2,3584%	3,0254%	3,6028%



MNH Siège social 45213 Montargis Cedex

Tél. 3031 (Service et appel gratuits) - Fax 02 38 90 75 75 - www.mnh.fr - www.mnh-mag.fr

Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social. La MNH et MNH Prévoyance sont deux mutuelles régies par les dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculées au Répertoire SIRENE sous les numéros SIREN 775 606 361 pour la MNH et 484 436 811 pour MNH Prévoyance