

REGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX DE MARSEILLE 2021/2022

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée Mutuelle des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Marseille (MIAIHM) est établie à Marseille (13009), au 270 boulevard de Sainte Marguerite, Hôpital Sainte Marguerite. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée sous le numéro SIREN 329 234 991.

LEXIQUE

Article 1 : Définitions

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

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

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

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

- équipements de classe A en optique,
 - actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques
 - équipements de classe 1 pour les aides auditives.
- **Prix Limite de vente (PLV)** : Prix maximum que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% Santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la Sécurité sociale, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale (LPP).

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

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 2 : Objet

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

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

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

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

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

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

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement :

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

Article 3 : Produit et garanties

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

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

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

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

ADHESION

Article 4 : Conditions d'adhésion

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

1) Les membres participants Mono-appartenants :

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

- L) Les vacataires avec 8 vacations hebdomadaires ou plus sur justifications de leur administration,
 - M) Les personnels Faisant Fonction d'Internes (FFI),
 - N) Les personnels temporaires, après avis du Conseil d'Administration.
- 2) Les membres participants Bi-appartenants :
- A) Les Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCUPH),
 - B) Les Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PUPH),
- 3) Les membres honoraires,
- 4) Les ayants droits,
- 5) Les personnes en disponibilité, en mobilité ou en détachement prévu dans le statut de leur fonction d'origine à la condition qu'ils demandent à conserver le bénéfice des garanties accordées par la Mutuelle dans les trois mois qui suivent la date d'effet de leur disponibilité, mobilité ou détachement.

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

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

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

5-1 : Cotisations

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

Les montants du produit figurent en annexe 5.

Pour adhérer au produit « HEYME Medical », le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné.

Ainsi pour les produits nouvellement souscrits, le paiement s'effectuera soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements est de 12 mensualités égales. Il en est de même lorsque le produit est reconduit tacitement.

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

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

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

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

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

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

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

Article 6 : Renonciation

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

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

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

Article 7 : Radiation

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

Article 8 : Durée et tacite reconduction

8-1 : Durée

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

8-2 : Tacite reconduction

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

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

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours

suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

Article 9 : Objet des garanties mutualistes

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

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant (ou de l'ayant droit), après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le membre participant (ou ayant droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

Article 10 : Ouverture et fin de droits aux prestations

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

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

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

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

Article 11 : Champ d'intervention

11-1 : Dispositions générales

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

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

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

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

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

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

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

11-2 : Contrats responsables

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

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

11-3 : Les indemnités journalières

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

11-4 : Les garanties en inclusion

Sont également incluses dans le produit « HEYME Medical », les garanties de Prévoyance Décès, Incapacité et Invalidité (pour les Bi-appartenants), de Responsabilité Civile Professionnelle (les conditions particulières sont mises à disposition des membres participants sur le site de la Mutuelle (www.miaihm.fr) et des offres de réductions.

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

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

12-1 : Les soins courants et l'hospitalisation

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

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

comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

12-2 : L'optique

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

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

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

a. Le « panier 100% santé » (ou panier sans reste à charge)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale

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

- par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
 - par période d'un an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
 - par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an s'applique.
- i. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux adultes et aux enfants de 16 ans et plus, est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
 - ii. Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux enfants de moins de 16 ans, pour les verres, en cas de dégradation des performances oculaires objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
 - iii. Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière (cf. annexe 2).

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire. En outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, la Mutuelle s'assure de l'absence de prise en charge durant lesdites périodes au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle par le membre participant ou l'ayant droit concerné.

Lorsque le membre participant (ou ayant droit) acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour le membre participant (ou ayant droit) ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties du contrat peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus.
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

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

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

d. Le forfait lentilles

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

12-3 : Le dentaire

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

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

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

a. Le panier 100% Santé

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

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

b. Paniers à tarifs maîtrisés et libres

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

c. Prestations complémentaires

Sont également pris en charge :

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

12.4 : Les aides auditives

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

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

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

i. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

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

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

ii. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

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

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

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

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

Ces règles tiennent compte des quatre années antérieures.

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

12.5 : Les autres prestations

- Actes de prévention.

12.6 : Risques limités et exclus

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

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

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

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

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

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

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

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

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

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

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

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

les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

12. Pour les forfaits : date d'exécution.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 14 : Obligation d'information du membre participant

Le membre participant s'engage à :

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

Article 15 : Expertise en cas de désaccord

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

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

Article 16 : Subrogation

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

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

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

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

Article 17 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 18 : Modalités de résiliation

18-1 : Résiliation annuelle

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

18-2 : Résiliation à tout moment

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

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

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

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

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

Cadre général

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

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

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

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

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

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

Suspension et résiliation pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, le produit ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier le produit, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation du produit.

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

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

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

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

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

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

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

Résiliation pour un départ à l'étranger

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

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

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

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

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

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

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

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

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

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

Sur les réclamations

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

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

Sur la médiation

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

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par le membre participant ou par la Mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la Mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que le membre participant a adressé à la Mutuelle.

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

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

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM – 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

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

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

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

Article 20 : Protection des données personnelles

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

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La mutuelle a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

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

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

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

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

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

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

CAS	VERRES	PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE PAR EQUIPEMENT COMPRENANT LE TARIF DE RESPONSABILITE (DEUX VERRES ET MONTURE)
A	<u>DEUX VERRES UNIFOCAL</u> - SPHERIQUES DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S (SPHERE + CYLINDRE) EST INFERIEURE OU EGALE A 6,00 DIOPTRIES	190 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.
B	<u>VERRE 1</u> VERRE UNIFOCAL - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S (SPHERE + CYLINDRE) EST INFERIEURE OU EGALE A 6,00 DIOPTRIES <u>VERRE 2</u> VERRE UNIFOCAL - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -6,00 A + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -6,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 6,00 DIOPTRIES OU VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -4,00 ET + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST INFERIEURE OU EGALE A 8,00 DIOPTRIES.	300 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.
C	<u>VERRE 1 – VERRE UNIFOCAL</u> - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S (SPHERE + CYLINDRE) EST INFERIEURE OU EGALE A 6,00 DIOPTRIES <u>VERRE 2 - VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF</u> - SPHERIQUES DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -4,00 A + 4,00 DIOPTRIES ;	300 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.

	- SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -8,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 8,00 DIOPTRIES.	
D	<u>DEUX VERRES APPARTENANT A UNE DES CATEGORIES CI-DESSOUS PRECISEES</u> VERRE UNIFOCAL - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -6,00 A + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -6,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 6,00 DIOPTRIES. OU VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -4,00 ET + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST INFERIEURE OU EGALE A 8,00 DIOPTRIES.	300 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.
E	<u>VERRE 1 – VERRE APPARTENANT A UNE DES CATEGORIES CI-DESSOUS PRECISEES</u> VERRE UNIFOCAL - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -6,00 A + 6,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -6,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -6,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 6,00 DIOPTRIES OU VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -4,00 ET + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST INFERIEUR OU EGAL A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST INFERIEURE OU EGALE A 8,00 DIOPTRIES <u>VERRE 2 - VERRE MULTIFOCAL OU PROGRESSIF</u> - SPHERIQUE DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -4,00 A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -8,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ;	300 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.

	- SPHERO-CYLINDRIQUE DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 8,00 DIOPTRIES.	
F	<u>DEUX VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS</u> - SPHERIQUES DONT LA SPHERE EST HORS ZONE DE -4,00 A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST COMPRISE ENTRE -8,00 ET 0 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR A + 4,00 DIOPTRIES ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST INFERIEURE A -8,00 DIOPTRIES ET DONT LE CYLINDRE EST SUPERIEUR OU EGAL A 0,25 DIOPTRIE ; - SPHERO-CYLINDRIQUES DONT LA SPHERE EST POSITIVE ET DONT LA SOMME S EST SUPERIEURE A 8,00 DIOPTRIES.	300 € DONT 100 € AU MAXIMUM POUR LA MONTURE.

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

ASSURES CONCERNES	ASSURES DE 16 ANS ET PLUS	ASSURES DE MOINS DE 16 ANS
PERIODICITE DE RENOUVELLEMENT DE DROIT COMMUN	2 ANS SUIVANT LA DERNIERE FACTURATION	1 AN SUIVANT LA DERNIERE FACTURATION ET 6 MOIS POUR LES ENFANTS JUSQU'A 6 ANS EN CAS DE MAUVAISE ADAPTATION DE LA MONTURE A LA MORPHOLOGIE DU VISAGE
RENOUVELLEMENT ANTICIPE EN CAS D'EVOLUTION DE LA VUE		
PERIODICITE DE RENOUVELLEMENT DEROGATOIRE	1 AN POUR LE RENOUVELLEMENT DE LA PRISE EN CHARGE D'UN <u>EQUIPEMENT COMPLET</u> (2 VERRES + MONTURE)	RENOUVELLEMENT DE LA PRISE EN CHARGE POSSIBLE SANS DELAI POUR L'ACQUISITION DE <u>VERRES</u>
CAS D'APPLICATION DE LA PERIODICITE DEROGATOIRE	- VARIATIONS DE LA SPHERE OU DU CYLINDRE D'AU MOINS 0,5 DIOPTRIE D'UN VERRE, OU D'AU MOINS 0,25 DIOPTRIE POUR CHACUN DES DEUX VERRES ; - VARIATION D'AU MOINS 0,5 DIOPTRIE DE L'ADDITION (POUR UN VERRE), OU D'AU MOINS 0,25 DIOPTRIE POUR CHACUN DES DEUX VERRES EN CAS DE PRESBYTIE ET EN L'ABSENCE DE VARIATION DE LA VISION DE LOIN ; - SOMME DES VARIATIONS (EN VALEUR ABSOLUE) DE LOIN ET DE PRES D'AU MOINS 0,5 DIOPTRIE (POUR UN VERRE), EN CAS DE PRESBYTIE ET EN PRESENCE DE VARIATION DE LA VISION DE LOIN ; - VARIATION DE L'AXE DU CYLINDRE DE PLUS DE 20° POUR UN CYLINDRE (+) INFERIEUR OU EGAL A 1,00 DIOPTRIE ; - VARIATION DE L'AXE DU CYLINDRE DE PLUS DE 10° POUR UN CYLINDRE (+) DE 1,25 A 4,00 DIOPTRIES ; - VARIATION DE L'AXE DU CYLINDRE DE PLUS DE 5° POUR UN CYLINDRE (+) > 4,00 DIOPTRIES.	
CONSTATATION DE L'EVOLUTION DE LA VUE	SOIT PRESENTATION A L'OPTICIEN D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MEDICALE ET COMPARAISON AVEC L'ANCIENNE, SOIT LORSQUE L'OPTICIEN-LUNETIER ADAPTE LA PRESCRIPTION MEDICALE LORS D'UN RENOUVELLEMENT DE DELIVRANCE	PRESENTATION A L'OPTICIEN D'UNE NOUVELLE PRESCRIPTION MEDICALE OPHTALMOLOGIQUE

RENOUVELLEMENT ANTICIPE EN CAS D'EVOLUTION DE LA REFRACTION LIEE A DES SITUATIONS MEDICALE PARTICULIERES	
PERIODICITE DE RENOUVELLEM ENT DEROGATOIRE	AUCUN DELAI DE RENOUELEMENT DES <u>VERRES</u>
CAS D'APPLICATION DE LA PERIODICITE DEROGATOIRE	<i>TROUBLES DE REFRACTION ASSOCIES A UNE PATHOLOGIE OPHTALMOLOGIQUE</i> - GLAUCOME ; - HYPERTENSION INTRAOCULAIRE ISOLEE ; - DMLA ET ATTEINTES MACULAIRES EVOLUTIVES ; - RETINOPATHIE DIABETIQUE ; - OPERATION DE LA CATARACTE DATANT DE MOINS DE 1 AN ; - CATARACTE EVOLUTIVE A COMPOSANTE REFRACTIVE ; - TUMEURS OCULAIRES ET PALPEBRALES ; - ANTECEDENTS DE CHIRURGIE REFRACTIVE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ; - ANTECEDENTS DE TRAUMATISME DE L'OEIL SEVERE DATANT DE MOINS DE 1 AN ; - GREFFE DE CORNEE DATANT DE MOINS DE 1 AN ; - KERATOCONE EVOLUTIF ; - KERATOPATHIES EVOLUTIVES ; - DYSTROPHIE CORNEENNE ;

Annexe 3 : Modèle de lettre de renonciation

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

UMGP - MIAIHM
CS 70010 – 13272
MARSEILLE CEDEX 08

A....., le

Vos références :

N° de sécurité sociale :

N° de membre participant :

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

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

Madame, Monsieur,

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

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

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

Signature,

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

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

Annexe 4 : Tableau des garanties Santé « Mutuelle MIAIHM »

TABEAU DES GARANTIES 2021

Régime
Responsable
Remboursements
Mutuelle incluant
le régime de base

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

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

SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux généralistes / spécialistes	100% BR
Actes techniques médicaux (chirurgie, obstétrique, anesthésie, radiologie, prélèvements)	100% BR
Forfait sur les actes dits "lourds"	Frais réels
Honoraires paramédicaux	100% BR
Analyses et examens de biologie	100% BR
Médicaments - pharmacie	
Médicaments remboursés à 65% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 30% par le R.O.	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le R.O.	100% BR
Matériel médical	
Dispositifs médicaux et appareillages ⁽³⁾	100% BR
Grand appareillage (y compris véhicule pour handicapé physique accepté par le R.O.) ⁽⁴⁾	100% BR
Autres prestations	
Majorations et indemnités de déplacement remboursées par le R.O.	100% BR

(3) A l'exception des prothèses optiques, auditives, grand appareillage et des véhicules pour handicapés. Se reporter aux postes correspondants.
(4) Podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants. La notion de véhicule englobe les fauteuils roulants, poussettes, tricycles et chassés.

SOINS TRANSMIS PAR LA SECURITE SOCIALE ET DISPENSES A L'ETRANGER	
Soins à l'étranger remboursés par le R.O. ⁽⁵⁾	100% BR

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

DENTAIRE	
Honoraires 100% santé tels que définis réglementairement	
Soins et prothèses dentaires ⁽⁶⁾	100% SANTÉ 100% BR 100% PLV
Honoraires autres que 100% santé	
Soins dentaires remboursés par le R.O. (y compris implantologie prise en charge)	100% BR
Prothèses dentaires à tarif libre et tarif maîtrise remboursées par le R.O. ⁽⁶⁾	300% BR limités aux HLF
Orthodontie remboursée par le R.O.	150% BR

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

OPTIQUE	
Équipements 100% santé tels que définis réglementairement - CLASSE A	
Monture et verres ⁽⁷⁾	100% SANTÉ 100% BR 100% PLV
Suppléments et prestations optiques ⁽⁸⁾	
ÉQUIPEMENT A TARIF LIBRE - CLASSE B ⁽⁹⁾	
Monture	100 €
Verre simple	45 €
Verre complexe	100 €
Verre très complexe	100 €
Suppléments et prestations optiques plafonnés ⁽⁸⁾	frais réels limités aux PLV
Autres suppléments et prestations optiques non plafonnés	100% BR
ÉQUIPEMENTS MIXTES 100% SANTÉ ET TARIFS LIBRES	
Monture de classe A + au moins 1 verre de classe B ou monture de classe B + au moins 1 verre de classe A ⁽¹⁰⁾	Se référer aux postes correspon- dants
LENTILLES	
Lentilles remboursées par le R.O.	(Plafond/an) 100% BR + 160 €
Lentilles non remboursées par le R.O.	(Plafond/an) 100 €

(7) Le remboursement des montures et verres 100% Santé classe A s'effectue à hauteur des prix limites de vente (ou PLV) fixés par l'arrêté du 6 mars 2019.
(8) Prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appariage de verres (prestations facturables une seule fois pour 2 verres d'indice de réfraction différent), suppléments pour verres et montures affectés de PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019. Les remboursements de la garantie MIAIHM s'effectuent à hauteur des PLV.
(9) Suivant les dispositions du décret du 11 janvier 2019, la somme des remboursements du régime obligatoire et des régimes complémentaires est limitée à 100 € par monture, 160 € par verre simple, 300 € par verre complexe et 350 € par verre très complexe.
(10) Le remboursement s'effectue à hauteur des dispositions de la garantie MIAIHM définies pour l'élément de l'équipement de classe B ou dans la limite des PLV fixés par l'arrêté du 6 mars 2019 pour l'élément de l'équipement de classe A.
(11) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans à compter de la dernière consommation pour les adultes et enfants de plus de 16 ans et d'un an pour les enfants de moins de 16 ans. Ce renouvellement peut être anticipé selon certaines conditions définies par l'arrêté du 3 décembre 2018.

AIDES AUDITIVES	
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ TELS QUE DÉFINIS RÉGLEMENTAIREMENT - CLASSE I	
Aide auditive adulte, enfant et personne atteinte de cécité ⁽¹²⁾	100% SANTÉ 100% BR 100% PLV
ÉQUIPEMENT A TARIF LIBRE - CLASSE II	
Aide auditive adulte, enfant et personne atteinte de cécité ⁽¹³⁾	100% BR
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le R.O.	100% BR

(12) Le remboursement s'effectue à hauteur des prix limites de vente (PLV) fixés par l'arrêté du 14 novembre 2018.
(13) Suivant les dispositions du décret du 11 janvier 2019, la somme des remboursements du régime obligatoire et des régimes complémentaires est limitée à 1700 € par aide auditive.
(14) Suivant les dispositions de l'arrêté du 14 novembre 2018, limité à la prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation.

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

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

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

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

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

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

Annexe 5 : Tableaux de cotisations mensuelles

Statuts	Echelons	Cotisations
Internes	1ère année	29,82 €
Internes	2ème année	32,30 €
Internes	3ème année	34,03 €
Internes	4ème année	34,05 €
Internes	5ème année	34,08 €
Docteur Junior	1ère année	34,13 €
Docteur Junior	2ème année	34,13 €
Internes	Année de recherche	31,06 €
Internes	Dispo 1ère année	15,01 €
Internes	Dispo 2ème année	16,26 €
Internes	Dispo 3ème année	17,13 €
Internes	Dispo 4ème année	17,14 €
Internes	Dispo 5ème année	17,15 €
Conjoint Internes		14,16 €
Enfant Internes		14,16 €
Chefs de clinique assistants (CCA) - Les assistants hospitalo universitaires (AHU)	Avant 2 ans	43,66 €
Chefs de clinique assistants (CCA) - Les assistants hospitalo universitaires (AHU)	Après 2 ans	50,85 €
Chefs de clinique assistants (CCA) - Les assistants hospitalo universitaires (AHU)	Dispo Avant 2 ans	21,91 €
Chefs de clinique assistants (CCA) - Les assistants hospitalo universitaires (AHU)	Dispo Après 2 ans	25,51 €
Conjoint chefs de clinique assistants (CCA) - assistants hospitalo universitaire		23,09 €
Enfant chefs de clinique assistants (CCA) - assistants hospitalo universitaire		23,09 €
Les assistants généralistes	1ère et 2ème année	34,99 €
Les assistants généralistes	3ème et 4ème année	40,30 €
Les assistants généralistes	5ème et 6ème année	43,87 €
Les assistants spécialistes	1ère et 2ème année	40,30 €
Les assistants spécialistes	3ème et 4ème année	43,87 €
Les assistants spécialistes	5ème et 6ème année	49,57 €
Conjoint assistants spécialistes		21,88 €
Enfant assistants spécialistes		21,88 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 1	60,93 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 2	61,96 €

Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 3	63,41 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 4	65,06 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 5	67,96 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 6	72,72 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 7	77,89 €
Les praticiens hospitalo universitaires (PHU)	Echelon 8	80,37 €
Conjoint praticiens hospitalo universitaires (PHU)		23,96 €
Enfant praticiens hospitalo universitaires (PHU)		23,96 €
PH ATTACHES	Echelon 1	64,45 €
PH ATTACHES	Echelon 2	67,79 €
PH ATTACHES	Echelon 3	73,79 €
PH ATTACHES	Echelon 4	83,39 €
PH ATTACHES	Echelon 5	90,41 €
PH ATTACHES	Echelon 6	94,81 €
PH ATTACHES	Echelon 7	100,85 €
PH ATTACHES	Echelon 8	104,92 €
PH ATTACHES	Echelon 9	106,70 €
PH ATTACHES	Echelon 10	109,19 €
PH ATTACHES	Echelon 11	112,04 €
PH ATTACHES	Echelon 12	117,03 €
Conjoint PH ATTACHES		24,78 €
Enfant PH ATTACHES		24,78 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 1	71,46 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 2	74,64 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 3	79,86 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 3 2ème année	79,86 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 4 1ère année	85,54 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 4 2ème année	85,54 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 5 1ère année	88,27 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 5 2ème année	88,27 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 6 1ère année	91,45 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 6 2ème année	91,45 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 7 1ère année	98,26 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 7 2ème année	98,26 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 8 1ère année	102,35 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 8 2ème année	102,35 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 9 1ère année	116,36 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 9 2ème année	116,36 €

les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 10 1ère année	121,51 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 10 2ème année	121,51 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 11 1ère année	128,26 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 11 2ème année	128,26 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 12 1ère année	135,01 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 12 2ème année	135,01 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 12 3ème année	135,01 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 12 4ème année	135,01 €
les praticiens hospitaliers à temps plein	Echelon 13	144,46 €
Conjoint praticiens hospitaliers à temps plein		26,47 €
Enfant praticiens hospitaliers à temps plein		26,47 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Avant 3 ans	66,19 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 3 ans	73,71 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 6 ans	81,18 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 9 ans	88,62 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 12 ans	96,07 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 15 ans	103,51 €
les maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)	Après 18 ans	110,69 €
Conjoint maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)		24,39 €
Enfant maitres de conférences des universités - Praticiens hospitaliers (MCUPH)		24,39 €
Les professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)	Avant 3 ans	83,38 €
Les professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)	Après 3 ans	94,32 €
Les professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)	Après 6 ans	102,52 €
Les professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)	Après 9 ans	121,65 €
Les professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)	Après 12 ans	138,05 €

Conjoint professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)		25,44 €
Enfant professeurs des universités - Praticiens hospitaliers (PUPH)		25,44 €
Retraités		71,05 €
Conjoint retraité		71,05 €
Enfant retraité		37,17 €

PH A TEMPS PARTIEL EN ACTIVITE :

PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 1	20%	22,41 €
		30%	33,61 €
		40%	44,82 €
		50%	56,02 €
		60%	67,23 €
		70%	78,43 €
		80%	89,63 €
		90%	100,84 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 2	20%	23,41 €
		30%	35,11 €
		40%	46,81 €
		50%	58,51 €
		60%	70,22 €
		70%	81,92 €
		80%	93,62 €
		90%	105,33 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 3 1ERE ANNEE	20%	25,04 €
		30%	37,57 €
		40%	50,09 €
		50%	62,61 €
		60%	75,13 €
		70%	87,65 €
		80%	100,18 €
		90%	112,70 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 3 2EME ANNEE	20%	25,04 €
		30%	37,57 €
		40%	50,09 €
		50%	62,61 €
		60%	75,13 €
		70%	87,65 €
		80%	100,18 €
		90%	112,70 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 4 1ERE ANNEE	20%	26,82 €
		30%	40,24 €
		40%	53,65 €
		50%	67,06 €
		60%	80,47 €
		70%	93,89 €

		80%	107,30 €
		90%	120,71 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 4 2EME ANNEE	20%	26,82 €
		30%	40,24 €
		40%	53,65 €
		50%	67,06 €
		60%	80,47 €
		70%	93,89 €
		80%	107,30 €
		90%	120,71 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 5 1ERE ANNEE	20%	27,68 €
		30%	41,52 €
		40%	55,36 €
		50%	69,20 €
		60%	83,04 €
		70%	96,88 €
		80%	110,72 €
		90%	124,56 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 5 2EME ANNEE	20%	27,68 €
		30%	41,52 €
		40%	55,36 €
		50%	69,20 €
		60%	83,04 €
		70%	96,88 €
		80%	110,72 €
		90%	124,56 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 6 1ERE ANNEE	20%	28,68 €
		30%	43,02 €
		40%	57,35 €
		50%	71,69 €
		60%	86,03 €
		70%	100,37 €
		80%	114,71 €
		90%	129,05 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 6 2EME ANNEE	20%	28,68 €
		30%	43,02 €
		40%	57,35 €
		50%	71,69 €
		60%	86,03 €
		70%	100,37 €
		80%	114,71 €
		90%	129,05 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 7 1ERE ANNEE	20%	30,81 €
		30%	46,22 €
		40%	61,63 €
		50%	77,03 €
		60%	92,44 €

		70%	107,85 €
		80%	123,25 €
		90%	138,66 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 7 2EME ANNEE	20%	30,81 €
		30%	46,22 €
		40%	61,63 €
		50%	77,03 €
		60%	92,44 €
		70%	107,85 €
		80%	123,25 €
		90%	138,66 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 8 1ERE ANNEE	20%	32,10 €
		30%	48,14 €
		40%	64,19 €
		50%	80,24 €
		60%	96,29 €
		70%	112,34 €
		80%	128,38 €
		90%	144,43 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 8 2EME ANNEE	20%	32,10 €
		30%	48,14 €
		40%	64,19 €
		50%	80,24 €
		60%	96,29 €
		70%	112,34 €
		80%	128,38 €
		90%	144,43 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 9 1ERE ANNEE	20%	36,49 €
		30%	54,73 €
		40%	72,98 €
		50%	91,22 €
		60%	109,47 €
		70%	127,71 €
		80%	145,96 €
		90%	164,20 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 9 2EME ANNEE	20%	36,49 €
		30%	54,73 €
		40%	72,98 €
		50%	91,22 €
		60%	109,47 €
		70%	127,71 €
		80%	145,96 €
		90%	164,20 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 10 1ERE ANNEE	20%	38,10 €
		30%	57,16 €
		40%	76,21 €
		50%	95,26 €

		60%	114,31 €
		70%	133,36 €
		80%	152,42 €
		90%	171,47 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 10 2EME ANNEE	20%	38,10 €
		30%	57,16 €
		40%	76,21 €
		50%	95,26 €
		60%	114,31 €
		70%	133,36 €
		80%	152,42 €
		90%	171,47 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 11 1ERE ANNEE	20%	40,22 €
		30%	60,33 €
		40%	80,44 €
		50%	100,55 €
		60%	120,66 €
		70%	140,77 €
		80%	160,88 €
		90%	180,99 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 11 2EME ANNEE	20%	40,22 €
		30%	60,33 €
		40%	80,44 €
		50%	100,55 €
		60%	120,66 €
		70%	140,77 €
		80%	160,88 €
		90%	180,99 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 12 1ERE ANNEE	20%	42,34 €
		30%	63,51 €
		40%	84,68 €
		50%	105,84 €
		60%	127,01 €
		70%	148,18 €
		80%	169,35 €
		90%	190,52 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 12 2EME ANNEE	20%	42,34 €
		30%	63,51 €
		40%	84,68 €
		50%	105,84 €
		60%	127,01 €
		70%	148,18 €
		80%	169,35 €
		90%	190,52 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 12 3EME ANNEE	20%	42,34 €
		30%	63,51 €
		40%	84,68 €

		50%	105,84 €
		60%	127,01 €
		70%	148,18 €
		80%	169,35 €
		90%	190,52 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 12 4EME ANNEE	20%	42,34 €
		30%	63,51 €
		40%	84,68 €
		50%	105,84 €
		60%	127,01 €
		70%	148,18 €
		80%	169,35 €
		90%	190,52 €
PH TEMPS PARTIEL	ECHELON 13	20%	45,30 €
		30%	67,95 €
		40%	90,60 €
		50%	113,25 €
		60%	135,90 €
		70%	158,55 €
		80%	181,20 €
		90%	203,85 €
ENFANT / CONJOINT		20%	9,26 €
ENFANT / CONJOINT		30%	13,89 €
ENFANT / CONJOINT		40%	18,53 €
ENFANT / CONJOINT		50%	23,16 €
ENFANT / CONJOINT		60%	27,79 €
ENFANT / CONJOINT		70%	32,42 €
ENFANT / CONJOINT		80%	37,05 €
ENFANT / CONJOINT		90%	41,68 €

TOUT LE RESTE DES STATUTS EN DISPONIBILITE :

LES ASSISTANTS GENERALISTES	DISPO 1ERE ET 2EME ANNEE	17,61 €
LES ASSISTANTS GENERALISTES	DISPO 3EME ET 4EME ANNEE	20,28 €
LES ASSISTANTS GENERALISTES	DISPO 5EME ET 6EME ANNEE	22,08 €
LES ASSISTANTS SPECIALISTES	DISPO 1ERE ET 2EME ANNEE	20,28 €
LES ASSISTANTS SPECIALISTES	DISPO 3EME ET 4EME ANNEE	22,08 €
LES ASSISTANTS SPECIALISTES	DISPO 5EME ET 6EME ANNEE	24,95 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 1	30,57 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 2	31,09 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 3	31,81 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 4	32,64 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 5	34,09 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 6	36,48 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 7	39,08 €
LES PRATICIENS HOSPITALO UNIVERSITAIRES (PHU)	DISPO ECHELON 8	40,32 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 1	32,22 €

PH ATTACHES	DISPO ECHELON 2	33,89 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 3	36,90 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 4	41,69 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 5	45,20 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 6	47,41 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 7	50,43 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 8	52,46 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 9	53,35 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 10	54,60 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 11	56,02 €
PH ATTACHES	DISPO ECHELON 12	58,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 1	35,73 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 2	37,32 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 3	39,93 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	39,93 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	42,77 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	42,77 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	44,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	44,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	45,72 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	45,72 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	49,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	49,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	51,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	51,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	58,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	58,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	60,76 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	60,76 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	64,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 11 2EME ANNEE	64,13 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 12 1ERE ANNEE	67,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 12 2EME ANNEE	67,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 12 3EME ANNEE	67,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 12 4EME ANNEE	67,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN	DISPO ECHELON 13	72,23 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 1	11,20 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 1	16,81 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 1	22,41 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 1	28,01 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 1	33,61 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 1	39,21 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 1	44,82 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 1	50,42 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 2	11,70 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 2	17,55 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 2	23,41 €

LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 2	29,26 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 2	35,11 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 2	40,96 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 2	46,81 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 2	52,66 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 3	12,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 3	18,78 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 3	25,04 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 3	31,31 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 3	37,57 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 3	43,83 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 3	50,09 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 3	56,35 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	12,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	18,78 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	25,04 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	31,31 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	37,57 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	43,83 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	50,09 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 3 2EME ANNEE	56,35 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	13,41 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	20,12 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	26,82 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	33,53 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	40,24 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	46,94 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	53,65 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 4 1ERE ANNEE	60,36 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	13,41 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	20,12 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	26,82 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	33,53 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	40,24 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	46,94 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	53,65 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 4 2EME ANNEE	60,36 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	13,84 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	20,76 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	27,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	34,60 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	41,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	48,44 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	55,36 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 5 1ERE ANNEE	62,28 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	13,84 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	20,76 €

LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	27,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	34,60 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	41,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	48,44 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	55,36 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 5 2EME ANNEE	62,28 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	14,34 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	21,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	28,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	35,85 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	43,02 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	50,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	57,35 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 6 1ERE ANNEE	64,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	14,34 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	21,51 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	28,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	35,85 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	43,02 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	50,18 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	57,35 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 6 2EME ANNEE	64,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	15,41 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	23,11 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	30,81 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	38,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	46,22 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	53,92 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	61,63 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 7 1ERE ANNEE	69,33 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	15,41 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	23,11 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	30,81 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	38,52 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	46,22 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	53,92 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	61,63 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 7 2EME ANNEE	69,33 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	16,05 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	24,07 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	32,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	40,12 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	48,14 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	56,17 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	64,19 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 8 1ERE ANNEE	72,22 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	16,05 €

LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	24,07 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	32,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	40,12 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	48,14 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	56,17 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	64,19 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 8 2EME ANNEE	72,22 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	18,24 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	27,37 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	36,49 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	45,61 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	54,73 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	63,86 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	72,98 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 9 1ERE ANNEE	82,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	18,24 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	27,37 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	36,49 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	45,61 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	54,73 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	63,86 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	72,98 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 9 2EME ANNEE	82,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	19,05 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	28,58 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	38,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	47,63 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	57,16 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	66,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	76,21 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 10 1ERE ANNEE	85,73 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	19,05 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	28,58 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	38,10 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	47,63 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	57,16 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	66,68 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	76,21 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 10 2EME ANNEE	85,73 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 20 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	20,11 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 30 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	30,17 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 40 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	40,22 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 50 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	50,28 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 60 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	60,33 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 70 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	70,39 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 80 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	80,44 €
LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 11 1ERE ANNEE	90,50 €

[illegible]

LES PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL 90 %	DISPO ECHELON 13	101,93 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO AVANT 3 ANS	33,21 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 3 ANS	36,98 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 6 ANS	40,73 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 9 ANS	44,46 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 12 ANS	48,20 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 15 ANS	51,93 €
LES MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCUPH)	DISPO APRES 18 ANS	55,53 €
LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (PUPH)	DISPO AVANT 3 ANS	41,83 €
LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (PUPH)	DISPO APRES 3 ANS	47,32 €
LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (PUPH)	DISPO APRES 6 ANS	51,43 €
LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (PUPH)	DISPO APRES 9 ANS	61,03 €
LES PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (PUPH)	DISPO APRES 12 ANS	69,26 €