



RÈGLEMENT MUTUALISTE

ANNEXE 2

Règlement Fédéral Hospitalier

ANNEXE N° 2

RÈGLEMENT FÉDÉRAL POUR LA COUVERTURE DU RISQUE HOSPITALISATION

TITRE I - PRINCIPES GÉNÉRAUX

ARTICLE 1-1 - CATÉGORIES COUVERTES

Sont admis à bénéficier des dispositions du présent Règlement fédéral pour la couverture du risque hospitalisation dans les établissements autres que ceux visés à l'Article 2-2, accrédités ou en attente d'accréditation par l'ANAES et nécessairement conventionnés avec les organismes de Sécurité Sociale, les adhérents des Mutuelles fédérées ainsi que leurs ayants-droit qu'ils soient gérés ou non pour la part du régime obligatoire en section locale ministérielle ou en section locale interministérielle.

ARTICLE 1-2 - RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS AVEC LA MFP

Un réseau d'établissements conventionnés avec la Mutualité Fonction Publique (MFP) est institué par voie d'accords conventionnels conclus entre les Unions Départementales de la Mutualité et/ou la MFP avec :

- des établissements de santé qui outre les conditions indiquées à l'Article 1-1 répondent à un certain nombre de critères prédictifs de la qualité globale au regard du service au patient ainsi qu'à des conditions tarifaires,
- les praticiens qui y exercent.

Les établissements mutualistes ont vocation à participer au réseau conventionné, sous réserve de s'inscrire dans les objectifs de qualité du service et de maîtrise des coûts de la MFP.

Les personnes couvertes, telles que définies à l'Article 1-1, admises dans un établissement du réseau bénéficient de la dispense d'avance des frais tels que définis à l'Article 3.1 et sur les bases prévues à l'Article 3-2 du présent Règlement.

ARTICLE 1-3 - MODE DE VALIDATION DU RÉSEAU DÉPARTEMENTAL

Abrogé (*Décision du CA du 28 mai 2001*).

ARTICLE 1-4 - LIBRE CHOIX

Les Mutuelles adhérentes à la MFP qui appliquent le Règlement fédéral pour la couverture du risque hospitalisation garantissent le libre choix :

- des praticiens parmi ceux qui sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- de l'établissement de santé à condition toutefois qu'il soit conventionné avec les organismes de Sécurité Sociale.

Dans les établissements du réseau, le libre choix s'exerce parmi les praticiens qui ont conclu une convention avec la MFP. Des dispositions spécifiques à l'hospitalisation en urgence sont précisées à l'Article 4.8 ci-dessous.

ARTICLE 1-5 - INFORMATION DES ADHÉRENTS SUR LES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS

Afin de pouvoir exercer un libre choix, les adhérents mutualistes ou leurs ayants-droit justiciables d'une hospitalisation ont accès à une information régulièrement mise à jour sur l'état du réseau d'établissements conventionnés.

TITRE II - CHAMP D'APPLICATION

ARTICLE 2-1 - ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SÉJOURS VISÉS

Le présent Règlement vise les établissements de santé suivants dispensant des soins de courte durée et/ou des soins de suite et de réadaptation :

- Établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH).
- Établissements privés relevant de l'Article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996.
- Établissements sanitaires autres que ceux visés à l'Article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (hôpitaux militaires...).

A - HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE AVEC ET SANS HÉBERGEMENT

Sont visés par le Règlement les séjours hospitaliers s'effectuant dans les établissements de santé publics et privés dispensant des soins de courte durée concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, y compris la psychiatrie ainsi que les services de soins palliatifs (Code de la Santé Publique, Article L 711-2 1°/a).

B - HOSPITALISATION POUR SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Sont également visés par le champ d'application du Règlement, les séjours hospitaliers s'effectuant dans les établissements de santé publics et privés dispensant des soins de suite et de réadaptation (Code de la Santé publique, Article L 711-2 1°/b).

Entrent dans ce cadre les établissements suivants :

- Centres de convalescence,
- Centres de réadaptation,
- Centres de convalescence, cure et réadaptation,
- Maisons de repos,
- Maisons de convalescence,
- Maisons de repos et de convalescence,
- Maisons de régime,
- Maisons de repos pour mères et leurs enfants de moins de 18 mois,
- Maisons de réadaptation fonctionnelle, à l'exclusion de la thalassothérapie,
- Centres de post cure pour malades mentaux,
- Centres de moyen séjour de cure médicale,
- Établissements de lutte contre la tuberculose,
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaire,
- Pouponnières à caractère sanitaire,
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire permanent,
- Centre de post-cure pour alcoolique,
- Centres "conventionnés" de soins spécialisés pour toxicomanes.

C - HOSPITALISATION À DOMICILE

Sont également visés par le champ d'application du Règlement, les structures dites d'hospitalisation à domicile permettant d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés (Code de la Santé Publique, Article R 712-2-1).

ARTICLE 2-2 - ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET SÉJOURS NON VISÉS

Sont exclus du présent Règlement, tous les séjours de longue durée, notamment les séjours dans les établissements ou services ci-après :

- Centres de rééducation professionnelle,
- Établissements ou sections de long séjour des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), ou des établissements relevant de l'Article 24 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996,
- Sections de long séjour et de cure médicale pour personnes âgées,
- Hôpitaux thermaux ou sections thermales des établissements de santé publics,
- IMP, IMPro, C.A.T, centres médico-pédagogiques.

TITRE III - FRAIS COUVERTS

ARTICLE 3-1 - FRAIS COUVERTS PAR LE RÈGLEMENT

Sont couverts par le présent Règlement la part restant à la charge de l'assuré après intervention du régime obligatoire, à savoir : ticket modérateur (hors majorations), forfait journalier hospitalier, honoraires au niveau négocié avec les médecins, supplément pour chambre particulière au niveau négocié avec les établissements dans la limite d'une participation forfaitaire, frais d'accompagnant et SMUR.

ARTICLE 3-2 - FRAIS COUVERTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS APPARTENANT AU RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS

Établissements visés à l'Article 2-1
Ticket modérateur restant à la charge de l'assuré (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale). (Frais de structures et de soins, SMUR).
Frais d'honoraires médicaux des médecins exerçant en cliniques privées : pour les médecins du secteur I et les médecins du secteur II conventionnés avec la MFP, le ticket modérateur est pris en charge intégralement (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale) ainsi que les dépassements d'honoraires au niveau négocié (à l'exception des dépassements facturés hors parcours de soins coordonnés).
Frais de séjour hospitalier : dans un établissement du réseau, la "prestation de séjour hospitalier" (PSH) garantit à l'adhérent la prise en charge : <ul style="list-style-type: none">• du forfait journalier hospitalier à sa tarification réglementaire,• du supplément pour chambre particulière à hauteur du tarif négocié dans la limite de la prestation de séjour hospitalier imputée du montant du FJH. Cas particulier : <ul style="list-style-type: none">• Pour les séjours exonérés du FJH : la prestation pour supplément en chambre particulière est égale à la PSH imputée de la valeur réglementaire du FJH. La participation est servie à hauteur du tarif négocié dans la limite de la prestation pour chambre particulière.
Prestation de chambre particulière en maternité : dans un établissement du réseau et pour les séjours hospitaliers relevant du risque maternité, le présent Règlement fixe une prestation pour la couverture du supplément de chambre particulière. La participation est servie à hauteur du tarif négocié dans la limite de la prestation chambre particulière.
Frais d'accompagnant : les frais d'accompagnant en hospitalisation, facturés par l'établissement, d'un enfant de moins de 10 ans ou d'un enfant handicapé de moins de 20 ans sont pris en charge intégralement à hauteur du tarif négocié.

ARTICLE 3-3 - FRAIS COUVERTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS HORS RÉSEAU CONVENTIONNÉ

Établissements de santé visés à l'Article 2-1
Ticket modérateur restant à la charge de l'assuré (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale). (Frais de structures et de soins et SMUR).
Frais d'honoraires médicaux des médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées : le ticket modérateur est pris en charge intégralement (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale).
Forfait journalier hospitalier : dans les conditions statutaires de chaque Mutuelle.
Frais de suppléments pour chambre particulière : dans la limite d'un forfait départemental.
Frais d'accompagnant : dans la limite d'un forfait national.

ARTICLE 3-4 - FRAIS EXCLUS DU RFH

Les honoraires dus à l'activité libérale des praticiens hospitaliers exerçant au sein des hôpitaux publics ne rentrent pas dans le champ d'application du RFH.

TITRE IV - RÈGLEMENT ET PRISE EN CHARGE MUTUALISTE DES FRAIS ENGAGÉS

I - RÈGLEMENT DES FRAIS ENGAGÉS

ARTICLE 4-1 - PROCÉDURE DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Lorsque l'adhérent mutualiste fréquente un établissement de santé du réseau, il bénéficie de la dispense d'avance des frais. L'établissement et les praticiens conventionnés sont réglés directement par la Mutuelle.

ARTICLE 4-2 - PROCÉDURE DE RÈGLEMENT DIRECT PAR LE MUTUALISTE

Lorsque l'adhérent mutualiste fréquente un établissement hors réseau, il règle directement à l'établissement les frais non couverts par le régime obligatoire, à savoir :

- Ticket modérateur des frais de structure et de soins, et des honoraires,
- Suppléments pour chambre particulière,
- Frais d'accompagnant éventuels,
- Forfait journalier hospitalier,
- Suppléments d'honoraires,
- Frais personnels.

ARTICLE 4-3 - DURÉE DE SÉJOUR

La prise en charge mutualiste est limitée à la durée de séjour admise par le régime obligatoire.

II - PRISE EN CHARGE MUTUALISTE

ARTICLE 4-4 - ÉTABLISSEMENTS APPARTENANT AU RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS

Dans les établissements du réseau, ce sont, en ce qui concerne les honoraires médicaux, les tarifs négociés qui constituent le plafond de remboursement et, en ce qui concerne les frais d'hébergement, le tarif négocié ou le niveau de participation forfaitaire dans les conditions fixées à l'Article 3-2.

ARTICLE 4-5 - ÉTABLISSEMENTS HORS RÉSEAU CONVENTIONNÉ

Dans les établissements hors réseau, l'adhérent qui devra avoir réglé préalablement l'établissement pour tous les frais non couverts par le régime obligatoire, sera remboursé conformément aux conditions fixées à l'Article 3-3.

III - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ENGAGÉS

ARTICLE 4-6 - FRÉQUENTATION D'UN ÉTABLISSEMENT AUTRE QUE LE PLUS PROCHE

Abrogé (Décision du CA du 19/12/2005)

ARTICLE 4-7 - SÉJOURS CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT

Les hospitalisations consécutives à un accident de droit commun, sportif ou scolaire, seront prises en charge, sans préjudice de la récupération des sommes auprès des tiers responsables.

Lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident de service, ou à un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, reconnue par l'Administration ou par la Caisse Primaire, le présent Règlement ne s'applique qu'aux frais non remboursables par la Sécurité Sociale, sans préjudice de la récupération des sommes engagées par la Mutuelle, auprès des tiers responsables.

ARTICLE 4-8 - HOSPITALISATION EN URGENCE

L'adhérent hospitalisé en urgence sans pouvoir choisir l'établissement d'accueil sera garanti d'un remboursement du supplément pour chambre particulière, à hauteur des frais qu'il aura engagés et dans la limite du niveau de participation forfaitaire du lieu d'accueil prévu pour les établissements conventionnés avec la MFP, que l'établissement soit ou non conventionné avec la MFP, sans pour autant appliquer la délégation de paiement.

TITRE V - MESURES D'APPLICATION

ARTICLE 5-1 - DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DU RÈGLEMENT

Le présent Règlement est applicable au 1er janvier 2006. Il se substitue à celui adopté par l'Assemblée Générale du 15 décembre 1994.

ARTICLE 5-2 - INTERPRÉTATION DU RÈGLEMENT FÉDÉRAL HOSPITALISATION

Toutes difficultés d'interprétation ou de mise en œuvre du présent Règlement sont soumises au Bureau Fédéral de la MFP.

ARTICLE 5-3 - CONDITION D'APPLICATION DU RÈGLEMENT FÉDÉRAL HOSPITALISATION

L'application du présent Règlement peut être éventuellement suspendue par décision du Conseil d'Administration, en cas de modifications substantielles des modalités de prise en charge de l'assurance maladie liées notamment à la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé et de la classification commune des actes médicaux et plus généralement de toutes modifications législatives et réglementaires issues de la loi du 13 août 2004 et de la convention médicale du 12 janvier 2005.