

**REGLEMENT FEDERAL POUR LA COUVERTURE DU RISQUE HOSPITALISATION
APPLICABLE AU 1^{er} JANVIER 2014**

TITRE I - PRINCIPES GENERAUX

ARTICLE 1-1 - CATEGORIES 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, certifiés ou en attente de certification par l'HAS 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 - RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES 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 Régionales 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 RESEAU DEPARTEMENTAL

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 ADHERENTS SUR LES ETABLISSEMENTS DU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

Afin de pouvoir exercer un libre choix, les adhérents mutualistes ou leurs ayants droits 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 - ETABLISSEMENTS DE SANTE ET SEJOURS VISES

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

- Etablissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) dont l'appellation est supprimée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui crée une catégorie spécifique, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)
- Etablissements privés relevant de l'article 24 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999.
- Etablissements sanitaires autres que ceux visés à l'article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (hôpitaux militaires...). article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999.
- Foyers ou maisons d'accueils conventionnés, pour familles de malades hospitalisés.

A - HOSPITALISATION DE COURTE DUREE AVEC ET SANS HEBERGEMENT

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 READAPTATION

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,

- Etablissements 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 A 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 - ETABLISSEMENTS DE SANTE ET SEJOURS NON VISES

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,
- Etablissements ou sections de long séjour des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), dont l'appellation est supprimée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui crée une catégorie spécifique, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou des établissements relevant de l'article 24 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999,
- 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 REGLEMENT

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 avec hébergement comportant au moins une nuitée 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 ETABLISSEMENTS APPARTENANT AU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

Etablissements visés à l'article 2-1
<p>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).</p>
<p>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).</p>
<p>Frais de séjour hospitalier :</p> <p>Dans un établissement du réseau, la prestation de la mutuelle garantit à l'adhérent la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du forfait journalier hospitalier à sa tarification réglementaire, • du supplément pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée ; dans la limite du montant de la prestation définie par la mutuelle, quelque soit la discipline, • du supplément pour chambre particulière en cas d'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire (CPA) sans nuitée dans la limite du montant de la prestation définie par la mutuelle.
<p>Frais d'accompagnant en établissements de santé et foyers ou maisons d'accueils conventionnés :</p> <p>Les frais concernent la personne accompagnant un enfant de moins de 16 ans ou un adulte de plus de 70 ans ou en situation de handicap. Les frais d'accompagnant sont pris en charge à hauteur d'un montant négocié plafonné à hauteur de 38,50 € par journée de présence en accompagnement du patient.</p> <p>Les frais remboursés concernent uniquement l'hébergement, le petit déjeuner et éventuellement les repas pris par l'accompagnant. Les autres frais sont exclus de toute prise en charge (parking, presse, internet, ...)</p> <p>La participation aux frais d'accompagnant est versée dans la limite de la dépense engagée.</p>

ARTICLE 3-3 - FRAIS COUVERTS DANS LES ETABLISSEMENTS HORS RESEAU CONVENTIONNE

Etablissements de santé visés à l'article 2-1
<p>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).</p> <p>(Frais de structures et de soins et SMUR).</p>
<p>Frais d'honoraires médicaux des médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées :</p> <p>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 dans la limite de 130 % du tarif conventionnel sécurité sociale (à l'exception des dépassements facturés hors parcours de soins coordonnés). La limite est portée à 150 % en cas de contraintes publiques imposées. <i>(Décision du CA du 14 décembre 2009).</i></p>
<p>Forfait journalier hospitalier :</p> <p>dans les conditions statutaires de chaque mutuelle.</p>
<p>Frais de suppléments pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée :</p> <p>dans la limite d'un forfait national.</p>
<p>Frais d'accompagnant en établissements de santé :</p> <p>dans la limite d'un forfait national.</p>

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 - REGLEMENT ET PRISE EN CHARGE MUTUALISTE DES FRAIS ENGAGES

I - REGLEMENT DES FRAIS ENGAGES

ARTICLE 4-1 - PROCEDURE 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, sur les prestations sécurité sociale et mutuelle. L'établissement et les praticiens conventionnés sont réglés directement par la mutuelle.

ARTICLE 4-2 - PROCEDURE DE REGLEMENT 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 avec hébergement comportant au moins une nuitée,
- Suppléments pour chambre particulière en ambulatoire sans nuitée,
- Frais d'accompagnant éventuels,
- Forfait journalier hospitalier,
- Suppléments d'honoraires,
- Frais personnels.

ARTICLE 4-3 - DUREE DE SEJOUR

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 - ETABLISSEMENTS APPARTENANT AU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

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 - ETABLISSEMENTS HORS RESEAU CONVENTIONNE

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 PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ENGAGES

ARTICLE 4-6 - FREQUENTATION D'UN ETABLISSEMENT AUTRE QUE LE PLUS PROCHE

Abrogé (Décision du CA du 19/12/2005)

ARTICLE 4-7 - SEJOURS CONSECUTIFS A 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 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 avec hébergement comportant au moins une nuitée, 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'ENTREE EN VIGUEUR DU REGLEMENT

Le présent règlement est applicable au 1er janvier 2014. Il se substitue à celui adopté par le Conseil d'Administration du 17 décembre 2012 à effet du 1^{er} janvier 2013.

ARTICLE 5-2 - INTERPRETATION DU REGLEMENT FEDERAL 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 REGLEMENT FEDERAL 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.

L'application du présent règlement comprend l'intégration des éléments du conventionnement hospitalier mutualiste FNMF au fur et à mesure des résultats des négociations par ses Unions Régionales portant sur les tarifs de chambre particulière dans les limites des plafonds définis par le conventionnement hospitalier mutualiste porté par la FNMF.

Ces plafonds se substituent aux plafonds du RFH pour ce qui concerne le périmètre commun d'intervention à savoir les disciplines Médecine Chirurgie Obstétrique et Maternité.

Les modifications induites ci-dessus liées aux tarifs plafonds s'entendent tant à la hausse qu'à la baisse.