Mutuelle **I**nterentreprises du **P**ersonnel
de la **S**écurité **S**ociale de la région Auvergne

Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes – 63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
☎ 09 72 16 27 25 | 09 72 17 53 64
contact@mipss-auvergne.fr | https://mipss-auvergne.fr

REGLEMENT MUTUALISTE

Version du 20/11/23

TITRE 1 : IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE 2
TITRE 2 : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES 2
TITRE 3 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE 3
CHAPITRE 1 : DROITS D'ADMISSION 3
CHAPITRE 2 : COTISATIONS 3
CHAPITRE 3 : INFORMATIONS DE LA MUTUELLE 4
TITRE 4 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS 5
CHAPITRE 1 : PRESTATIONS MALADIE – ACCIDENT 5
CHAPITRE 2 : CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS MALADIE ET ACCIDENT 8
CHAPITRE 3 : PREVOYANCE COLLECTIVE 9
SECTION I : CONTRATS EN INCLUSION 9
SECTION 2 : CONTRATS A ADHESION FACULTATIVE 10
TITRE 5 : TABLEAU DES COTISATIONS 10

TITRE 1 : IDENTIFICATION DE LA MUTUELLE

article R 111 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle appelée Mutuelle Interentreprises du Personnel de la Sécurité Sociale de la Région Auvergne (MIPSS Auvergne) qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la mutualité et soumise aux dispositions du livre 2 de ce code.

TITRE 2 : CATEGORIES DE BENEFICIAIRES

article R 211 - Les catégories de bénéficiaires *maj 20/11/23*

Les bénéficiaires se répartissent en quatre catégories :

- 1ère catégorie
  membre participant ou ayant droit, ne relevant pas d'une autre catégorie.
- 2ème catégorie :
  membre participant ou ayant droit, soit
  - en activité salariée ou situation équivalente,
  - relevant de l'article R160-10 du code de la Sécurité Sociale.
- 3ème catégorie :
  membre participant ou ayant droit, âgé de moins de 28 ans et soit :
  - poursuivant ses études,
  - en apprentissage,
  - inscrit au Pôle Emploi ou stagiaire d'un contrat de formation professionnelle.
- 4ème catégorie :
  troisième enfant et suivants du membre participant, du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS, jusqu'à l'âge de 20 ans et soit :
  - poursuivant ses études,
  - en apprentissage,
  - inscrit au Pôle Emploi ou stagiaire d'un contrat de formation professionnelle.

TITRE 3 : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : DROITS D'ADMISSION

article R 311 - Montant et exigibilité du droit d'admission maj 21/11/22

Les membres participants paient un droit d'admission fixé à une 1/2 année de cotisation.

Cependant, sont dispensées de droit d'admission les personnes qui demandent leur primo-adhésion avant l'âge de 80 ans ou durant les deux premières années d'existence d'une mutuelle de village.

Le rattachement d'un ayant droit à une date postérieure à l'adhésion du membre participant est subordonné au paiement d'un droit d'admission correspondant à une 1/2 année de cotisation.

Cependant, sont dispensées de droit d'admission les personnes primo-rattachées avant l'âge de 80 ans ou durant les deux premières années d'existence d'une mutuelle de village.

En cas de rattachements simultanés, un seul droit d'entrée est appelé.

article R 312 - Plafonnement du droit d'admission maj 17/11/11

En application de l'article R212.9.1 du code de la mutualité, le droit d'admission ne peut dépasser le rapport entre la marge de solvabilité effectivement constituée et le nombre de membres participants et honoraires sur lequel portent les comptes approuvés.

Toutefois, lorsque la marge de solvabilité effectivement constituée est inférieure au montant minimal réglementaire ; le premier terme de ce rapport est majoré du montant de cette insuffisance.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

article R 321 - Définition de la cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est fixée :

- chaque année,
- forfaitairement, pour chaque catégorie de bénéficiaires,
- en fonction des dépenses prévues pour l'année suivante pour la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, les cotisations à des organismes extérieurs (unions) ou techniques (caisse autonome, caisse nationale de prévoyance, ...), dont les montants et les modalités de paiement sont fixées par les statuts ou règlements de ces organismes, et les frais de fonctionnement de la mutuelle.

La cotisation est payée, par avance, soit par prélèvement mensuel sur salaire, soit par prélèvement mensuel ou trimestriel sur compte bancaire ou postal.

article R 322 - Participation des Comités d'entreprises

Les comités d'entreprises, d'établissements,..., des organismes désignés à l'article 121-1 des statuts de la Mutuelle participent au service des prestations par le versement d'une contribution dont ils communiquent le montant à la mutuelle chaque année.

article R 323 - Membres honoraires

Les membres honoraires paient une cotisation dont le montant minimum est de 15 EUR par an.

article R 324 - Contrat collectif à adhésion obligatoire *maj 08/10/09*

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations « maladie et accident » pendant la durée de toute obligation d'adhésion à un contrat collectif « maladie et accident », attaché à son contrat de travail.

Durant cette période il n'a pas droit aux prestations. Seuls, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des prestations, moyennant le paiement de la cotisation prévue.

A la date d'extinction de l'obligation d'adhésion à un contrat collectif attaché à son contrat de travail, le membre participant bénéficie de plein droit, à sa demande, des avantages de la mutuelle, pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation au plus tard, à la fin de la 3° année civile suivant la date d'extinction de l'obligation d'adhésion à un contrat collectif attaché à son contrat de travail, sa radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

article R 325 - Service national obligatoire

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de tout service légal obligatoire, ainsi qu'en cas de mobilisation ou de captivité, mais durant cette période il n'a pas droit aux prestations. Seuls, les ayants droit pourront continuer à bénéficier des avantages statutaires moyennant le paiement de la cotisation normale prévue.

Le membre participant qui a effectué un service légal obligatoire, a été mobilisé ou retenu en captivité, bénéficie de plein droit, dés son retour, des avantages de la société, pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation à l'expiration du délai d'un an à compter de son retour, sa radiation est prononcée d'office par le conseil d'administration.

article R 326 – Droit aux prestations

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

CHAPITRE 3 : INFORMATIONS DE LA MUTUELLE

article R 331 - Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, en application de l'article L 221-14 du code de la mutualité.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts et sans préjudice de poursuites.

article R 332 – Justificatifs

Du seul fait de leur adhésion, les bénéficiaires de la MIPSS acceptent de lui fournir, sur demande de celle-ci, toutes justifications permettant de vérifier les conditions d'adhésion et l'affectation à une catégorie de bénéficiaires.

Le défaut de justificatifs des éléments demandés pour cette affectation entraînera le classement en 1ère catégorie.

Les adhérents s'engagent à informer la MIPSS de toute modification de situation entraînant un changement de catégorie de bénéficiaires, dans le délai d'un mois après la survenance de l'événement causal.

TITRE 4 : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CHAPITRE 1 : PRESTATIONS MALADIE – ACCIDENT

article R 411 - Cadre général des prestations *maj 28/07/22*

Les prestations accordées par la mutuelle interviennent dans la limite des frais exposés et, sauf mention explicite contraire :

- pour des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et en complément des remboursements de celle-ci,
- en référence à la Base de Remboursement (BR) de l'assurance maladie obligatoire.

article R 412 – Contrat responsable *maj 28/07/22*

Les prestations accordées par la mutuelle au titre du présent règlement respectent les dispositions relatives au contrat responsable, mentionnées à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale.

En cas d'évolution de la réglementation relative au contrat responsable, le Conseil d'Administration procède sans délai aux modifications du présent règlement.

Ces modifications seront soumises à l'Assemblée Générale pour ratification.

article R 413 - Tickets modérateurs de référence *maj 28/07/22*

Le ticket modérateur des prestations entrant dans le champ du contrat responsable, mentionné à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale, est celui en vigueur à la date des soins.

article R 414 - Liste des prestations maladie et accident *maj 20/11/23*

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

I - SOINS COURANTS

1.1 Remboursement du **ticket modérateur** des soins médicaux, chirurgicaux, des actes de radiodiagnostic et de radiothérapie, des soins d'auxiliaires médicaux et des séances d'accompagnement psychologique.

1.2 Remboursement du **ticket modérateur forfaitaire** sur les actes médicaux coûteux.

1.3 Remboursement du **ticket modérateur** des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu majeur ou important, produits pharmaceutiques, petit appareillage, appareils orthopédiques et grand appareillage, analyses et frais de transport.

1.4 Remboursement des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu modéré, à hauteur de **70% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire.

1.5 Remboursement des spécialités pharmaceutiques homéopathiques, dans la limite de **2,50 EUR par unité** médicalement prescrite, à compter du 01/01/21.

1.6 Remboursement des dépassements de tarif des appareils orthopédiques et grand appareillage, à hauteur de **200% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire, ticket modérateur compris.

1.7 Remboursement des dépassements de tarif des prothèses capillaires de la classe 2, dans la limite de **250,00 EUR**, ticket modérateur inclus. La prise en charge inclut le remboursement d'un accessoire textile et est limitée à un équipement par période de 12 mois à compter de la date d'acquisition.

II - AIDES AUDITIVES

2.1 Remboursement du **ticket modérateur** des frais d'acquisition des aides auditives, des consommables, piles ou accessoires, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

2.2 Remboursement des dépassements de tarif des aides auditives

2.2.1 de la classe 1 ou « 100% Santé », à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite du prix limite de vente (PLV),

2.2.2 à tarif libre, dans la limite d'un forfait de 550,00 EUR, ticket modérateur compris, pour un équipement.

Ces remboursements s'entendent pour chaque oreille indépendamment, par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition.

III - OPTIQUE

3.1 Remboursement du **ticket modérateur** des équipements d'optique.

3.2 Remboursement des dépassements de tarif des équipements d'optique

3.2.1 de la classe A ou « 100% Santé », à hauteur des frais exposés par l'adhérent et dans la limite du prix limite de vente (PLV). Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres aux indices de réfraction différents et pour le supplément s'appliquant aux verres disposant de filtre.

3.2.2 à tarif libre, comprenant
- deux verres simples, à hauteur de **95,00 EUR**,
- un verre simple et un verre complexe ou très complexe, à hauteur de **125,00 EUR**,
- deux verres complexes ou très complexes, à hauteur de **200,00 EUR**,

dont un plafond de **30,00 EUR** consacré à la monture, ticket modérateur compris.

Un équipement désigne une monture et deux verres.

Sauf dérogations prévues à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, la prise en charge est limitée à un équipement par **période** de :
- deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus,
- un an pour les assurés de moins de 16 ans,
- 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.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. 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 possible, dans les seuls cas prévus à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale.

3.3 Remboursement des lentilles correctrices, à hauteur de 95,00 EUR par an, y compris si elles ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire mais médicalement prescrites. Ce remboursement n'est pas cumulable avec celui d'équipements optiques.

3.4 Remboursement des actes de chirurgie réfractive, à hauteur de 200,00 EUR par œil, y compris si elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

IV - DENTAIRE

4.1 Remboursement du ticket modérateur des actes, des soins et des prothèses dentaires.

4.2 Remboursement des dépassements de tarif des prothèses dentaires

4.2.1 du panier « 100% Santé », à hauteur des **frais exposés** par l'adhérent et dans la limite de leur prix limite de vente (PLV).

4.2.2 des paniers à tarif maîtrisé et à tarif libre, à hauteur de 175% de la Base de Remboursement de l'assurance maladie obligatoire, ticket modérateur compris.

4.3 Remboursement des traitements d'orthopédie dentofaciale, à hauteur de 100% de la Base de **Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire.

V - CURES THERMALES

5.1 Remboursement des honoraires médicaux et les traitements hydrothérapiques à l'occasion d'une cure thermale, à hauteur de **30% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire,

5.2 Remboursement, à l'occasion d'une cure thermale, soit:

5.2.1 des frais de transport et du forfait hébergement, à hauteur de **35% de la Base de Remboursement** de l'assurance maladie obligatoire,

5.2.2 d'une participation forfaitaire, en l'absence de participation de l'assurance maladie obligatoire et sur présentation d'un justificatif, égale à :
- **67,50 EUR** en cas de frais d'hébergement et de transport,
- **12,00 EUR**, en cas de frais de transport sans hébergement.

VI - HOSPITALISATION

6.1 Remboursement, en cas d'hospitalisation chirurgicale, médicale ou d'hébergement en maisons ou centres spécialisés, du **ticket modérateur** des honoraires et autres éléments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et relatifs à l'intervention, à l'hospitalisation ou à l'hébergement.

6.2 Remboursement, en cas d'hospitalisation, du ticket modérateur forfaitaire sur les actes médicaux coûteux.

6.3 Remboursement des suppléments de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical, sur la base de **25,00 EUR** par jour et dans la limite de **40 jours** par année mobile, à compter du 1° remboursement.

6.4 Remboursement de la **différence** existant entre le tarif de la clinique privée dans laquelle a eu lieu l'hospitalisation et le tarif de l'établissement désigné comme le plus proche du domicile du malade par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de 20% du tarif de l'établissement le plus élevé du Puy de Dôme dans la même catégorie.

6.5 Remboursement de la carte de contrôle de compatibilité du groupe sanguin.

6.6 Remboursement des frais de séjour d'un accompagnant, pour les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans ou au-delà s'ils sont handicapés, admis en cliniques ou en hôpitaux pour une intervention ou une hospitalisation médicale, pendant une durée égale à celle du séjour de l'enfant, plafonnée à 30 jours par motif de séjour et dans la limite quotidienne de **1,5 fois** le montant plafond prévu pour le forfait hospitalier journalier.

6.7 Remboursement du forfait patients urgences, consécutif à un passage au service des urgences sans hospitalisation.

6.8 Remboursement des gardes de nuit, pendant 10 nuits au maximum à compter de l'intervention chirurgicale, avec un plafond de **12,20 EUR** par nuit lorsqu'il s'agit de personnes non professionnelles. Les gardes de nuit ne peuvent être remboursées si elles ont été effectuées par des personnes appartenant à la famille du malade.

6.9 Remboursement du **Forfait Hospitalier Journalier** pour les séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).

VII - PREVENTION

7.1 Remboursement, en application de l'article R871.1 du code de la Sécurité Sociale, du **ticket modérateur** des prestations de prévention listées à l'article 1 de l'arrêté du 08/06/06.

VIII - MATERNITE

8.1 Remboursement des suppléments de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical, sur la base de **25,00 EUR** par jour et dans la limite de 30 jours.

IX - ACCIDENT DU TRAVAIL

9.1 Les risques Accident du Travail et Maladies Professionnelles ne sont pas garantis par la mutuelle.

CHAPITRE 2 : CONDITIONS DE REGLEMENT DES PRESTATIONS MALADIE ET ACCIDENT

article R 421 - Délai de forclusion

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justifications prévues au règlement devront, sous peine de forclusion, être produites dans le délai de deux ans à compter de l'évènement qui y a donné naissance.

article R 422 - Dépenses effectives

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

article R 423 – Prestations non dues aux invalides *maj 23/11/21*

Les bénéficiaires relevant de l'article R160-10 du code la Sécurité Sociale et inscrits à la mutuelle en seconde catégorie de bénéficiaires ne peuvent prétendre au remboursement des tickets modérateurs prévus à l'article R414 du présent règlement mutualiste, à l'exception de celui des spécialités pharmaceutiques à service médical rendu modéré.

article R 424 - Délai de stage *maj 30/09/20*

Chaque adhérent ou ayant droit devra accomplir un stage de 3 mois, au cours duquel les prestations suivantes ne sont pas dues :
- spécialités pharmaceutiques homéopathiques,
- dépassements de tarif des appareils orthopédiques et grand appareillage,
- dépassements de tarif des prothèses dentaires et auditives hors 100% Santé,
- dépassements de tarif des équipements d'optiques hors 100% Santé,
- lentilles correctrices,
- chirurgie réfractive de l'œil,
- soins et autres frais à l'occasion d'une cure thermale,
- suppléments de prix de journée pour la chambre à un lit pour motif non médical.

article R 425 - Subrogation de la mutuelle

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

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

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

article R 426 - Réclamations *maj 24/11/20*

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser, par lettre simple ou envoi électronique à :
- MIPSS Auvergne - Gestion des Réclamations
  Immeuble CARSAT – 5 rue Entre les Deux Villes - 63036 CLERMONT-FERRAND CEDEX 9
- reclamations@mipss-auvergne.fr

article R 427 - Médiation *maj 30/09/20*

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le membre participant ou l'ayant droit peuvent saisir le Médiateur de la Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation en Consommation (CNPM Consommation)

- soit sur le site internet
  https://cnpm-mediation-consommation.eu
- soit par voie postale à :
  CNPM MEDIATION CONSOMMATION
  27 avenue de la libération - 42400 Saint-Chamond

La procédure de médiation est gratuite pour le membre participant ou l'ayant droit, hors l'assistance d'un avocat ou d'un expert.

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

Les conditions et modalités d'intervention de la conciliation peuvent être obtenues sur demande auprès de la mutuelle ou de la CNPM.

CHAPITRE 3 : PREVOYANCE COLLECTIVE

article R 431 - Cadre légal *maj 07/10/10*

Conformément à l'article L 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle contracte auprès de structures assurancielles ou de tout autre organisme agréé, au profit de ses membres, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie ou non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies par les statuts et les règlements des structures assurancielles assurant les risques et par les notices d'information annexées au présent règlement.

SECTION I : CONTRATS EN INCLUSION

article R 432-1 – Garanties en inclusion *maj 27/07/21*

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle.

Une notice d'information, établie par le tiers assureur pour chacun des contrats énoncés, est remise au membre participant lors de son adhésion. Cette notice définit les garanties offertes, leurs modalités d'application ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Les garanties en inclusion suivent le sort du contrat complémentaire santé auxquelles elles se rattachent et dont elles font partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation…).

article R 432-2 - Garantie indemnité Obsèques *maj 21/11/22*

Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle auprès de la mutuelle Victor Hugo, une indemnité obsèques de 1 220,00 EUR est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques liés au décès du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, inscrits à la Mutuelle au moment du décès.

L'article L223-5 du code de la mutualité interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans, le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires est pris en charge, dans la limite des frais réellement engagés et un maximum de 1 220,00 EUR.

article R 432-3 - Garantie Assistance Vie quotidienne et Protection juridique Santé maj 27/07/21

Dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la mutuelle, auprès de Garantie Assistance, des prestations d'assistance en cas de maladie ou d'accident, des prestations en cas de décès et une protection juridique en matière de santé sont accessibles au membre participant et à ses ayants droit, inscrits à la Mutuelle au moment de la survenue de l'évènement déclenchant.

SECTION 2 : CONTRATS A ADHESION FACULTATIVE

TITRE 5 : TABLEAU DES COTISATIONS

Année 2023

article R 511 - Montant des cotisations santé (maladie et accident) maj 20/11/23

Montant des cotisations par catégorie de l'article R 211

Catégorie	**Bénéficiaires**	Cotisation annuelle TTC (*)
1ère Catégorie	Adhérent ou ayant droit ne relevant pas d'une autre catégorie	**1 119,60 EUR**
2éme Catégorie	Adhérent ou ayant droit, soit - en activité salariée ou situation équivalente - invalide ou ex-invalide (art R160-10 du code SS)	**840,00 EUR**
3éme Catégorie	Adhérent ou ayant droit étudiant, apprenti ou chômeur âgés de moins de 28 ans	**448,80 EUR**
4éme Catégorie	3éme enfant et suivants âgés de moins de 20 ans	**0,00 EUR**

(*) cotisation annuelle qui comprend les cotisations « Indemnité Obsèques » et « Assistance Santé ».

article R 512 - Montant de la cotisation en dispense de cotisation santé maj 21/11/22

Catégorie	**Bénéficiaires**	Cotisation annuelle TTC(*)
1 à 4	Toute personne protégée relevant de l'article R 324	**72,00 EUR**

(*) cotisation annuelle qui comprend les cotisations « Indemnité Obsèques » et « Assistance Santé ».