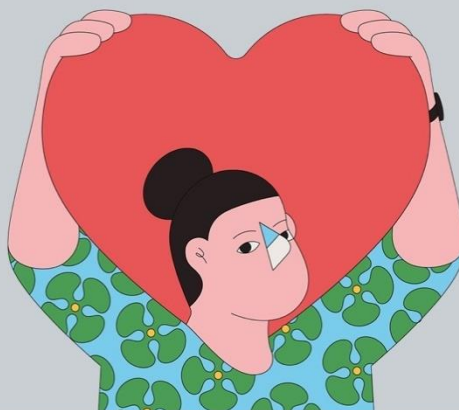




**MINISTÈRE
DE LA CULTURE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MGEN. Première mutuelle des agents du service public



GRUPE **vyv**

Notice d'information

Agents Actifs et ayants droit

Régime collectif
Complémentaire
Frais de santé

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	6
I. BÉNÉFICIAIRES.....	7
ARTICLE 1. MEMBRES PARTICIPANTS.....	7
ARTICLE 1.1. BÉNÉFICIAIRES ACTIFS	7
ARTICLE 1.2. CAS DE DISPENSES D'ADHÉSION OBLIGATOIRE	7
ARTICLE 2. BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT	8
ARTICLE 2.1. AYANTS DROIT – CONJOINTS	8
ARTICLE 2.2. AYANTS DROIT – ENFANTS	8
ARTICLE 2.3. AYANTS DROIT - CONJOINT SURVIVANT ET ENFANT ORPHELIN D'UN BÉNÉFICIAIRE ACTIF DÉCÉDÉ	9
II. AFFILIATION OU ADHESION – PRISE D'EFFET – MODIFICATION DES GARANTIES – TERMES DES GARANTIES	10
ARTICLE 3. CONDITIONS ET MODALITÉS D’AFFILIATION OU D’ADHÉSION.....	10
ARTICLE 4. PRISE D’EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHÉSION	10
ARTICLE 4.1. AFFILIATION OBLIGATOIRE DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS AUX GARANTIES SOCLE	10
ARTICLE 4.2. ADHÉSIONS FACULTATIVES	10
ARTICLE 4.3. DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHÉSION	11
ARTICLE 5. MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE	11
ARTICLE 6. RENONCIATION AUX ADHÉSIONS FACULTATIVES.....	11
ARTICLE 7. RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT EN CAS D’ADHÉSION FACULTATIVE.....	11
ARTICLE 7.1. RÉSILIATION D’UNE GARANTIE	12
ARTICLE 7.2. RADIATION D’UN AYANT DROIT	12
ARTICLE 8. CESSATION DE L’ADHÉSION	12
ARTICLE 8.1. BÉNÉFICIAIRE ACTIF DANS LE CADRE D’UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE	12
ARTICLE 8.2. BÉNÉFICIAIRE AYANT DROIT	13
III. GARANTIES ET PRESTATIONS.....	14
ARTICLE 9. GARANTIE « SOCLE »	14
ARTICLE 10. CRITÈRES DU CONTRAT « RESPONSABLE » ET « SOLIDAIRE »	15
ARTICLE 11. TERRITORIALITÉ.....	15
ARTICLE 12. LIMITE DE REMBOURSEMENTS	16

ARTICLE 13. PANIER DE SOINS SPÉCIFIQUE – AGENTS AFFECTÉS À L'ÉTRANGER	16
ARTICLE 14. GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES	16
ARTICLE 15. EXCLUSIONS	17
ARTICLE 15.1. EXCLUSIONS LIÉES À L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE	17
ARTICLE 15.2. AUTRES EXCLUSIONS	17
ARTICLE 16. ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ	17
ARTICLE 18. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 18.1. CALCUL DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 18.2. FORMALITÉS	18
ARTICLE 19. DÉLAIS DE VERSEMENT	19
ARTICLE 20. REPRISE DES INDUS	19
ARTICLE 21. TIERS PAYANT	19
ARTICLE 22. EXPERTISE MÉDICALE	19
IV. MAINTIEN DES GARANTIES	21
ARTICLE 23. SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL INDEMNISÉE DES AGENTS ACTIFS	21
ARTICLE 24. SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE DES AGENTS ACTIFS	21
ARTICLE 25. PORTABILITÉ DES DROITS POUR LES AGENTS ACTIFS ET LEURS AYANTS DROIT	21
ARTICLE 25.1. CHAMP D'APPLICATION, CONDITIONS ET DURÉE DU MAINTIEN	21
ARTICLE 25.2. FIN DES DROITS	22
ARTICLE 26. DÉCÈS DES MEMBRES PARTICIPANTS AGENTS ACTIFS	22
V. LES COTISATIONS	23
ARTICLE 27. COTISATIONS À LA GARANTIE « SOCLE »	23
ARTICLE 27.1. COTISATION D'ÉQUILIBRE	23
ARTICLE 27.2. COTISATIONS DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS (EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER)	23
ARTICLE 27.3 COTISATION DE CERTAINS AGENTS SANS RÉMUNÉRATION (AGENTS EN « CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ »)	24
ARTICLE 27.4. COTISATION D'UN AYANT DROIT CONJOINT	24
ARTICLE 27.5. COTISATION D'UN AYANT DROIT ENFANT OU PETIT-ENFANT	24
ARTICLE 27.6 COTISATION D'UN AYANT DROIT D'ACTIF DÉCÉDÉ	24
ARTICLE 28. COTISATIONS AUX GARANTIES OPTIONNELLES	24
ARTICLE 29. COTISATIONS ADDITIONNELLES	24
ARTICLE 30. MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS	25

ARTICLE 30.1 VERSEMENT DE LA COTISATION DES AGENTS ACTIFS	25
ARTICLE 30.2. VERSEMENT DES COTISATIONS AUX CONTRATS FACULTATIFS	25
ARTICLE 31. DÉFAUT DE PAIEMENT	25
ARTICLE 31.1. EN CAS DE PRÉCOMPTE PAR LE SOUSCRIPTEUR (GARANTIES SOCLE OBLIGATOIRES).....	25
ARTICLE 31.2. PAIEMENT PAR L'AGENT (OPTIONS ET AYANTS DROIT)	26
VI. FONDS DE SOLIDARITE	27
ARTICLE 32. SOLIDARITÉ À DESTINATION DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS : FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS	27
ARTICLE 33. FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	27
ARTICLE 33.1. GÉNÉRALITÉS	27
ARTICLE 33.2. DISPOSITIF GLOBALE MGEN AUPRES®	28
ARTICLE 33.3. MODALITÉS DE GESTION	28
VII. ASSISTANCE	29
ARTICLE 34. ASSISTANCE	29
VIII. CADRE JURIDIQUE DU REGIME	30
ARTICLE 35. REPRÉSENTATION DES MEMBRES PARTICIPANTS AU SEIN DE LA MUTUELLE	30
ARTICLE 36. DÉCHÉANCE.....	30
ARTICLE 37. RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	30
ARTICLE 38. PRESCRIPTION	30
ARTICLE 39. SUBROGATION	31
ARTICLE 40. RÉCLAMATION – MÉDIATION.....	31
ARTICLE 41. LOI APPLICABLE – DIFFÉRENDS.....	32
ARTICLE 42. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION	32
ARTICLE 43. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	32
ARTICLE 44. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET LE TRAFIC D'INFLUENCE.....	33
ARTICLE 45. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	33
ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL »	35
ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS SPECIFIQUE ».....	42

ANNEXE 3 : LES COTISATIONS50

PREAMBULE

Le présent document constitue la Notice d'Information référencée 2510-04EBS des contrats collectifs d'assurance complémentaire Santé (ci-après dénommés le « **régime** ») souscrit au profit de **ses agents actifs affectés en France et à l'étranger** (ci-après dénommés « **membres participants** ») et conclus entre :

D'une part :

- **Ministère de la Culture**,
ci-après dénommée « **Souscripteur** » ou « **Employeur** » selon le contexte ;

D'autre part :

- **MGEN** : mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 775 685 399 et agréée pour pratiquer les opérations relevant des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) ainsi que des branches 20 (vie-décès) et 21 (nuptialité-natalité) ;
ci-après dénommée « **la Mutuelle** ».

Les contrats collectifs sont souscrits par le Souscripteur auprès de la Mutuelle.

Ils ont pour objet de vous garantir, en complément le cas échéant, des prestations en nature versées par la Sécurité sociale, le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé engagées à la suite d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, dans la limite des frais que vous avez réellement engagés.

Ils sont conclus pour une durée maximale de six (6) ans, reconductions comprises, à compter de la date d'effet, soit le 1^{er} octobre 2025.

L'Employeur contribue au financement des garanties des contrats collectifs complémentaire santé auxquels leurs agents adhèrent, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent actif, déterminée par la réglementation.

La présente Notice d'Information définit les garanties prévues par les contrats collectifs et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions, ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Elle fait partie intégrante des contrats suivants :

- Contrat collectif à adhésion obligatoire relatif aux garanties « Socle » panier de soins interministériel pour les bénéficiaires actifs ;
- Contrat collectif à adhésion obligatoire relatif aux garanties « panier de soins spécifiques » pour les agents affectés à l'étranger et à adhésion facultative pour leurs ayants droits ;
- Contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties « Socle » pour les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités ;
- Contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties optionnelles pour les agents actifs et leurs ayants droit.

La Mutuelle s'engage à remettre dans le parcours d'affiliation la notice d'information avec collecte de la preuve de remise pour le compte du Souscripteur.

En cas de modification de la notice d'information, la Mutuelle s'engage également à informer les membres participants de la mise à disposition de la notice d'information mise à jour dans l'espace personnel.

I. BÉNÉFICIAIRES

Article 1. Membres participants

Les agents de l'employeur dénommés ci-après, « **bénéficiaires actifs** », qui s'affilient obligatoirement, acquièrent la qualité de « **membre participant** » de la Mutuelle.

Article 1.1. Bénéficiaires actifs

Par agents actifs, il faut entendre les agents employés et rémunérés par le Souscripteur des contrats collectifs auprès de la Mutuelle.

Sous réserve des cas de dispense d'adhésion listés à l'article 1.2 de la présente notice, sont obligatoirement affiliés au régime complémentaire santé en tant que bénéficiaires actifs :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires ;
- les agents contractuels de droit public ;
- les agents contractuels de droit privé lorsqu'ils ne sont pas couverts, par ailleurs, par un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Conserve la qualité de bénéficiaires actifs et restent affiliés à la Mutuelle, les agents placés dans l'une des situations suivantes :

- Congé parental,
- Disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
- Congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- Congé de formation professionnelle,
- Bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité (conformément à l'article 16 du décret du 4 juillet 2024 modifiant les dispositions du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022).

- De façon générale, vous bénéficiez du **contrat collectif de la structure qui vous rémunère** :
 - le **fonctionnaire détaché** est rémunéré par son administration d'accueil et relève en conséquence du contrat collectif frais de santé souscrit par son administration d'accueil ;
 - le **fonctionnaire mis à disposition**, rémunéré par son administration d'origine, relève du contrat collectif frais de santé de son administration d'origine ;
 - le **fonctionnaire en position normale** d'activité doit être rattaché au contrat collectif frais de santé de l'administration en charge de la rémunération principale.
- **Si vous êtes employé par plusieurs employeurs**, vous relevez du contrat collectif frais de santé de votre employeur principal, c'est-à-dire celui auprès duquel vous exercez la plus grande amplitude horaire.
- **Si vous disposez de deux contrats de travail à temps incomplet de temps de travail identique (50/50)**, vous êtes affilié au contrat collectif frais de santé de l'employeur de votre choix. Vous devrez justifier auprès de votre autre employeur que vous bénéficiez déjà d'un contrat collectif frais de santé.

Article 1.2. Cas de dispenses d'adhésion obligatoire

Conformément à l'article 3 du décret du 22 avril 2022, il est admis que certains agents peuvent être dispensés d'affiliation au contrat collectif obligatoire des bénéficiaires actifs, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils justifient de leur situation. Ainsi l'obligation d'adhérer au contrat collectif, ne s'applique pas à l'agent qui justifie :

- Être bénéficiaire des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle les agents cessent de bénéficier de cette couverture ;

- Être couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif sélectionné par son employeur ou à la date de sa prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- Avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition qu'il bénéficie d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- Être bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - Couverture collective à adhésion obligatoire mise en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale ;
 - Couverture individuelle prévue au I de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale ;
 - Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
 - Couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique ;
 - Couverture collective des militaires en application de l'article L. 4123-3 du code de la défense (conformément à l'article 16 du décret du 4 juillet 2024 modifiant les dispositions du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022).

Un agent dispensé de l'obligation d'adhérer peut, à tout moment, renoncer à sa dispense. Aussi, dès lors que les conditions ayant justifié la dispense d'affiliation cessent ou en cas de non-respect des modalités prévues pour s'en prévaloir, les agents concernés devront être obligatoirement affiliés au Contrat. **Ils seront automatiquement affiliés au contrat collectif obligatoire au lendemain de la date de fin d'effet de leur dispense. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut leur être appliquée.**

Article 2. Bénéficiaires ayants droit

Peut demander à adhérer aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit pour la catégorie des bénéficiaires ayants droit, par le dernier employeur de celle-ci, la personne qui est dans l'une des situations suivantes :

Article 2.1. Ayants droit – Conjoints

Est considéré comme conjoint :

- Le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander une copie du livret de famille.
- Le partenaire de PACS désignant la personne ayant conclu avec le bénéficiaire actif un Pacte civil de solidarité (PACS) en vertu des articles 515-1 et suivants du Code civil. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander la transmission d'une copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou un extrait d'acte de naissance sur lequel le PACS est mentionné.
- Le concubin désignant la personne vivant en couple avec le bénéficiaire actif de manière stable et continue dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code civil. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander la transmission d'un certificat de vie commune ou de concubinage ou une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.

Article 2.2. Ayants droit – Enfants

Peuvent bénéficier des garanties couvertes par le contrat collectif souscrit pour la catégorie des "bénéficiaires ayants droit", vos enfants ou petit-enfants, ou ceux de votre conjoint ou de votre partenaire lié à vous par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec vous, ou les enfants qui vous sont confiés par décision de justice, à votre charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :

- Agé de moins de 21 ans ;
- Agé de moins de 25 ans :
 - s'il justifie de la poursuite de ses études, y compris en contrat d'apprentissage. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un certificat de scolarité ou un contrat d'apprentissage.
 - ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L.5411-11 du Code du travail. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un justificatif d'inscription à France Travail.
 - Quel que soit son âge, s'il est reconnu handicapé par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mentionnée à l'article L.241-5 du Code de l'Action sociale et des familles. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre le justificatif de l'attribution d'une carte mobilité inclusion portant la mention invalidité (prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des familles) ou de l'Allocation d'Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé (prévue à l'article L.541-1 ou L.821-1 du Code de la sécurité sociale).

Les pièces justificatives de la qualité d'ayant droit devront être transmises régulièrement par le membre participant à la demande de la Mutuelle afin de maintenir leur couverture.

A défaut de transmission de pièces justificatives, l'ajout de l'ayant droit ne sera pas pris en compte ou ses droits aux garanties cesseront.

Article 2.3. Ayants droit - Conjoint survivant et enfant orphelin d'un bénéficiaire actif décédé

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif.

Pour cela, l'ayant droit (conjoint survivant ou enfant orphelin) doit formuler sa demande d'adhésion dans le délai d'un an à compter du décès.

II. AFFILIATION OU ADHESION – PRISE D’EFFET – MODIFICATION DES GARANTIES – TERMES DES GARANTIES

Article 3. Conditions et modalités d’affiliation ou d’adhésion

L’adhésion ou l’affiliation au présent régime suppose la réunion de deux conditions :

- Avoir la qualité de bénéficiaire actif ou bénéficiaire ayant droit ;
- Être soumis à la législation française de Sécurité sociale ou affiliés à la Caisse de sécurité de Mayotte ou assurés volontaires gérés par la Caisse des Français de l’étranger contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L762-5 à L.762-6-5 du code de la sécurité sociale.

L’adhésion ou l’affiliation des membres participants est effectuée par voie dématérialisée via un espace dédié avec fourniture des éventuelles pièces justificatives.

L’adhésion des ayants droit peut avoir lieu en même temps que celle des membres participants, sous réserve de la demande transmise accompagnée des justificatifs demandés.

L’adhésion ou l’affiliation des bénéficiaires au présent contrat, intervient sans limite d’âge (à l’exception des bénéficiaires enfants), sans questionnaire médical ou ancienneté de service.

Vous devez également déclarer à la Mutuelle, dans les plus brefs délais, tout changement relatif à votre situation (changement d’adresse, de Caisse Primaire d’Assurance Maladie, de coordonnées bancaires...), ou tout changement lié à la situation de vos ayants droit couverts par le régime.

Article 4. Prise d’effet, durée et renouvellement de l’adhésion

Article 4.1. Affiliation obligatoire des Bénéficiaires actifs aux garanties Socle

Vous êtes agents actifs, votre affiliation prend effet :

- A la même date que le présent contrat si vous êtes déjà dans l’effectif du Souscripteur lors de l’entrée en vigueur du présent contrat ;
- A la date d’embauche si vous êtes recrutés postérieurement à la date d’effet du contrat ;
- A compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d’une dispense d’affiliation ou renoncent à une dispense d’affiliation.

Article 4.2. Adhésions facultatives

▪ Adhésion facultative aux garanties optionnelles

L’adhésion à une garantie optionnelle prend effet :

- A la même date d’effet que celle des garanties socle en cas de demande simultanée ;
- A défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

L’adhésion ne s’applique pas automatiquement aux ayants droit couverts par le contrat, dont le choix du niveau d’option peut être dissocié de celui du membre participant.

▪ Adhésion d’un Ayant droit

L’adhésion de vos ayants droit prend effet :

- A la même date d’effet que votre affiliation aux garanties socle en cas de demande simultanée ;

- En cas de naissance ou d'adoption : à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant si la Mutuelle a reçu la demande dans les trois (3) mois suivant l'événement ;
- A défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

Article 4.3. Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion du membre participant et ses ayants droit aux garanties « Socle » ou « panier de soins spécifiques » (pour les agents affectés à l'étranger) et aux garanties optionnelles est valable jusqu'au 31 décembre qui suit sa date d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par la présente notice d'information.

Article 5. Modification du niveau de garantie

Lorsque plusieurs niveaux de garanties sont prévus au contrat, le membre participant, qui a adhéré à une option peut modifier son choix, à la hausse ou à la baisse, à effet du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande complète par la Mutuelle :

- A condition de justifier d'une durée d'adhésion minimale de 12 mois à l'option déjà souscrite,
- Sans condition de durée d'adhésion, en cas de changement de situation familiale entraînant l'ajout ou la radiation d'un bénéficiaire ayant droit, sous réserve que la Mutuelle réceptionne la demande complète (incluant les éventuelles pièces justificatives) dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'événement.

Le choix d'une option par un ouvrant droit n'emporte pas automatiquement adhésion de ses ayants droit du panier de soins interministériel à cette même option, de sorte que chaque ayant droit peut adhérer librement à une option distincte de celle de l'ouvrant droit.

Par ailleurs, le membre participant dispose du droit de résilier l'option choisie après un (1) an d'adhésion, en le notifiant à la Mutuelle selon les modalités de l'article 7.1 ci-dessous.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un (1) an.

Article 6. Renonciation aux adhésions facultatives

En tant qu'agents actifs, vous ne disposez d'aucun droit de renonciation à l'affiliation au contrat collectif obligatoire.

Dans le cadre d'une adhésion facultative, vous disposez d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour y renoncer sans justification, à compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle. Toutefois, si des prestations ont été versées, vous devrez intégralement les rembourser avant tout remboursement préalable des cotisations par la Mutuelle.

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle suivant : « Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer au contrat collectif facultatif / aux garanties optionnelles [référence], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature ».

Article 7. Résiliation par le membre participant en cas d'adhésion facultative

L'affiliation au « panier de soins interministériel » étant obligatoire pour tous les agents actifs du régime, sa résiliation n'est pas possible. La résiliation ne concerne que les adhésions facultatives à savoir l'adhésion facultative des ayants droit et l'adhésion aux garanties optionnelles.

Article 7.1. Résiliation d'une garantie

Le bénéficiaire actif peut résilier son adhésion à une garantie optionnelle.

La résiliation s'effectue dans les conditions suivantes :

- Au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- À tout moment après l'expiration d'un délai minimal d'adhésion d'un an. La résiliation prend effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu la notification ;
- Dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modifications apportées à leurs droits et obligations.

La résiliation à l'échéance annuelle ou en cours d'année est notifiée à la Mutuelle, au choix du membre participant, selon l'une des modalités suivantes :

- Par lettre ou tout autre support durable ;
- Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Par acte extrajudiciaire ;
- Par voie électronique ;
- Lorsque la Mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle atteste par écrit de la réception de la notification.

Article 7.2. Radiation d'un ayant droit

En tant que bénéficiaire actif vous pouvez radier votre ayant droit avec une prise d'effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

Toutefois, en cas de changement de votre situation familiale, le retrait de votre ayant droit prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'événement, sous réserve que la Mutuelle réceptionne la demande dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'événement, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

Article 8. Cessation de l'adhésion

La cessation de l'affiliation ou de l'adhésion entraîne la cessation des garanties du membre participant et le cas échéant celles de ses ayants droit.

La cessation de l'affiliation ou de l'adhésion aux garanties socle entraîne la cessation de l'adhésion aux garanties optionnelles éventuellement souscrites par le membre participant.

Toute sortie du groupe assuré doit faire l'objet d'une information immédiate à la Mutuelle.

Article 8.1. Bénéficiaire actif dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire

Votre affiliation cesse :

- À la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée sous réserve que la Mutuelle en ait reçu la notification dans les 3 mois, sauf situations de maintien des garanties décrites au Chapitre IV ;
- À défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la notification de l'événement.
- À la date de résiliation ou au terme du présent contrat ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions de l'article 27 ;
- À la date de votre décès.

Article 8.2. Bénéficiaire ayant droit

L'adhésion de vos ayants droit cesse :

- A la même date que la vôtre sauf situations de maintien des garanties décrites au chapitre IV ;
- Au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition d'ayant droit si la Mutuelle en a reçu notification à cette date, et au plus tard au 31 décembre de l'année (au cours de laquelle les conditions ne sont plus remplies) ;
- A défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la notification de l'information ;
- En cas de demande de radiation par le membre participant, au 1^{er} janvier de l'année suivant l'année en cours sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions de l'article 27 ;
- Au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation de l'ayant droit à une couverture complémentaire santé obligatoire ou l'attribution à l'ayant droit de la Complémentaire Santé solidaire (CSS), si la Mutuelle en a reçu notification à cette date et a reçu le justificatif nécessaire. A défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande ;
- A la date du décès de l'ayant droit.

III. GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 9. Garantie « Socle »

Seuls les frais intervenus postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion font l'objet d'une prise charge.

« Le panier de soins interministériel » a pour objet de servir des prestations en complément du régime de base de la Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, de la maternité ou d'un accident, sous réserve du respect des règles relatives aux contrats « solidaires et responsables » et des exclusions de prise en charge prévues par la présente notice d'information.

La prise en charge est identique pour les différentes catégories de bénéficiaires définies aux article 1 et 2 de la présente notice, quel que soit leur âge, leur état de santé ou la date à laquelle le bénéficiaire adhère au contrat.

Les prestations décrites ci-après sont servies en complément des remboursements de la Sécurité sociale, selon le niveau et les montants prévus au Tableau des garanties, annexé à la présente notice.

- Soins courants ;
- Hospitalisation (les hospitalisations effectuées à l'étranger sont remboursées sur la base de la garantie des frais de séjour non conventionnés) ;
- Dentaire ;
- Optique ;
- Aides auditives.

La prise en charge par la Mutuelle des médicaments, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), du matériel médical (appareillages et dispositifs médicaux dont orthopédie, prothèses oculaires, prothèses capillaires, prothèses mammaires), et des aides auditives est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site internet respecte des critères de santé publique.

Sur les prestations remboursées par la Sécurité sociale (RSS) des précisions s'appliquent :

- Les actes effectués par des sages-femmes sont couverts selon la garantie Consultations/visites et téléconsultations médecins généralistes non OPTAM/OPTAM-ACO.
- Les consultations, actes techniques médicaux et actes d'imagerie réalisés par des stomatologues sont couverts selon les garanties dédiées dans le poste Honoraires médicaux.
- Les lentilles remboursées par la Sécurité sociale font l'objet d'un complément de la Mutuelle au niveau du ticket modérateur après épuisement de la garantie forfaitaire partagée avec les Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.
- Les consultations réalisées par un chirurgien-dentiste libéral sont couvertes selon la garantie Soins conservateurs dentaires.
- Les prothèses dentaires, lorsqu'elles concernent plusieurs dents (bridge, prothèses amovibles ...), sont remboursées selon les garanties relatives aux dents visibles (incisives, canines et pré-molaires) dès lors qu'elles concernent au minimum une dent visible.
- Les implants dentaires pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un complément de la Mutuelle sur la base de la garantie Implantologie.

La Mutuelle peut également prendre en charge des frais qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du Régime de base de la Sécurité sociale, sous réserve d'être expressément prévus aux Tableaux de garanties.

Des limites s'appliquent sur ces garanties :

- **Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale :**

La Mutuelle intervient pour le remboursement des lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale. La garantie forfaitaire est partagée avec le poste Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale.

- **Chirurgie réfractive de l'œil :**

La Mutuelle intervient pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste, non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. La Mutuelle n'intervient pas pour les implants cornéens non remboursés par la Sécurité sociale.

- **Médecine douce – additionnelle ou de prévention :**

La Mutuelle intervient pour les séances effectuées par un praticien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. La Mutuelle intervient pour le remboursement des consultations d'homéopathe et non pour les produits homéopathiques couverts par une autre garantie. Lorsqu'elle est réalisée par un médecin ou une sage-femme, la Mutuelle intervient pour les frais d'acupuncture lorsque la garantie relative aux honoraires médicaux ne permet pas de couvrir le tarif appliqué par le praticien.

- **Prestations annexes – Prévention :**

La Mutuelle intervient pour le remboursement des psychothérapies effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre.

- **Cures thermales acceptées et prises en charge par la Sécurité sociale.**

Article 10. Critères du contrat « responsable » et « solidaire »

Le contrat est qualifié de « solidaire » et « responsable » conformément à l'article L871-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application. Le contrat est dit :

- « Solidaire » dès lors que la souscription au contrat n'est pas subordonnée à une sélection médicale, à un questionnaire médical et que les cotisations sont fixées indépendamment de l'état de santé ;
- Et « Responsable » lorsqu'il respecte les obligations et les exclusions de prise en charge définies aux articles R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale.

En aucun cas les termes des contrats collectifs ne peuvent contrevenir aux dispositions des contrats responsables, excepté le contrat collectif des agents actifs affectés à l'étranger avec le panier de soins spécifique. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris en cas d'évolutions futures, priment sur les présentes dispositions.

Article 11. Territorialité

La distinction s'effectue sur la base du panier de soins souscrit :

- **Panier interministériel / options**

Les garanties s'appliquent aux frais engagés en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer et dans les collectivités d'Outre-mer.

Les garanties s'appliquent par ailleurs pour des soins inopinés ou médicalement nécessaires, sous réserve de prise en charge préalable par le régime français de Sécurité sociale, lors de séjours temporaires à l'étranger.

- **Panier de soins spécifique**

Les garanties s'appliquent aux frais engagés dans le pays de résidence, en complément des remboursements de la caisse de Sécurité sociale à laquelle est rattachée le bénéficiaire, notamment la Caisse des Français de l'Etranger.

Les garanties s'appliquent par ailleurs, sur la base du panier interministériel, aux frais engagés en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-mer et dans les collectivités d'Outre-mer.

Lorsque les soins et équipements effectués à l'étranger ont été réglés en devises, ils font l'objet d'un remboursement en euros selon le taux de change constaté à la date de traitement du dossier.

Article 12. Limite de remboursements

Conformément aux dispositions de l'article L.224-8 du Code de la mutualité et du principe indemnitaire, 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 des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature 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 bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. Pour le deuxième niveau, il devra produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 13. Panier de soins spécifique – Agents affectés à l'étranger

Les agents actifs affectés à l'étranger sont affiliés obligatoirement aux garanties du « Panier de soins spécifique ».

Les soins réalisés à l'étranger seront remboursés sous condition d'intervention de la caisse de Sécurité sociale à laquelle est rattachée le bénéficiaire, notamment la Caisse des Français de l'Etranger, en complément de celui-ci, selon les garanties prévues au Contrat ou à défaut au niveau du ticket modérateur de la base de remboursement de la Sécurité sociale française ou de la dépense engagée.

- Pour les soins reçus à l'étranger, les garanties du « Panier de soins spécifiques » s'appliquent.
- Pour les soins reçus en France, les garanties du « Panier de soins interministériel » s'appliquent, hors garanties optionnelles.

Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L.827-3 du Code général de la fonction publique, les conditions prévues au II de l'article L. 862-4 du Code de la sécurité sociale et à l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale ne sont pas opposables aux contrats collectifs souscrits pour les agents affectés à l'étranger. Toutefois, les cotisations versées par les bénéficiaires de ces contrats ne sont pas fixées en fonction de leur état de santé.

Article 14. Garanties optionnelles facultatives

Pour compléter les prestations du panier de soins interministériel, trois niveaux de garanties optionnelles sont proposés à l'ensemble des bénéficiaires du régime, à adhésion facultative.

Les garanties optionnelles respectent les critères du cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article 9.1 de la présente notice d'information. Elles sont exprimées y compris le remboursement de la Sécurité sociale et la garantie « socle » du « panier de soins interministériel ».

Le choix d'une option par un membre participant n'emporte pas automatiquement adhésion de ses ayants droit du panier de soins à cette même option, de sorte que chaque ayant droit peut adhérer librement à une option distincte de celle du membre participant.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'adhésion à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai d'un an.

Article 15. Exclusions

Article 15.1. Exclusions liées à l'application des dispositions du contrat responsable

La Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale,
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du Code de la sécurité sociale ;
- La majoration de participation des membres participants et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin sans prescription médicale du médecin traitant, situations dites « hors du parcours de soins ») et visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical partagé et à le compléter ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable 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 ;
- Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Article 15.2. Autres exclusions

La Mutuelle ne prend pas en charge :

- Sauf s'ils sont prévus, dans le tableau des garanties, les actes ou prescriptions non pris en charge par la Sécurité sociale ou hors nomenclature, tels que les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique ;
- Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour (y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), les frais liés aux séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées-Mas) sauf obligation réglementaire de prise en charge par la Mutuelle et plus largement dans les établissements ne relevant pas du Code de la Santé publique.
- Les frais engagés en dehors de la période de garantie : soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation ou avant la date d'affiliation, d'adhésion du bénéficiaire.
- La mutuelle ne couvre pas les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations liées à un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait valoir renonciation tacite, de sa part, au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 16. Actions de prévention en Santé

La Mutuelle propose des actions de prévention innovantes à destination des bénéficiaires des contrats collectifs, après avis ou sur proposition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS). Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que l'employeur doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé, sécurité au travail.

La CPPS participe à la définition et au pilotage de ces actions de prévention en santé.

Globalement, les actions de prévention visent à réduire l'exposition au risque, les dépenses de santé tout en améliorant le bien être des agents.

Les campagnes de prévention de la Mutuelle se déploient autour d'axes prioritaires définis par la CPPS et répondant aux besoins des agents du ministère et de ses établissements :

- Le bien-être psychologique ;
- La santé de la femme ;
- La santé physique.

Article 17. Demande de prestations

Toute demande de prestations doit être adressée via l'espace personnel mis à disposition de l'agent actif et de ses ayants droit ou à l'adresse suivante :

MGEN
Fonction publique d'Etat
TSA 41519
53106 MAYENNE CEDEX

Pour être recevable, la demande de prestations doit contenir les pièces justificatives selon la nature des soins ainsi que toute pièce utile à l'appui de la demande.

Article 18. Règlement des prestations

Article 18.1. Calcul des prestations

Les prestations dues sont calculées acte par acte pour les frais postérieurs à la date d'affiliation ou d'adhésion au régime et pendant la durée de cette affiliation/adhésion.

Seule la date des soins figurant sur le décompte de la Sécurité sociale est prise en considération pour le bénéfice des prestations. Pour les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prises en charge par la Mutuelle, la date de la facture ou la date d'exécution de l'acte du praticien ou en dentaire la date de fin de chaque fraction de traitement, est prise en compte pour apprécier le droit à prestation. Pour les hospitalisations, le droit à prestation est apprécié à la date de début de séjour.

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement (« BR ») de la Sécurité sociale sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement reconstituée sont réglées sur la base de la nomenclature française des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins (LPP, CCAM, NGAP, ...).

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros ou en forfait exprimé en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur à la date des soins.

En cas de pluralité de niveaux de garanties, **l'adhésion à une option ou le changement de niveau de garanties est sans effet sur les compteurs annuels ou pluriannuels précisés aux Tableaux de Garanties, notamment en optique et audioprothèse, qui continuent à courir sur la nouvelle option ou le nouveau niveau de garanties jusqu'à leur terme.**

Par ailleurs, les plafonds et forfaits ne sont ni reportables ni cumulables d'une période sur l'autre.

Article 18.2. Formalités

- Echanges d'information NOEMIE

La Mutuelle a développé des échanges d'information par télétransmission (Norme NOEMIE) avec les organismes d'Assurance maladie.

Ces échanges dispensent le bénéficiaire de l'envoi des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance maladie pour les soins effectués en France, sauf opposition de celui-ci lors de son adhésion ou au cours de son contrat.

Dans certains cas, des pièces justificatives complémentaires resteront à fournir par le bénéficiaire.

Dans les cas où la prestation n'est pas prise en charge par les organismes d'Assurance maladie ou si la télétransmission est inopérante (notamment en cas de refus du bénéficiaire), il devra fournir l'original du décompte de la Sécurité sociale et une facture nominative acquittée et/ou l'original d'une facture dûment acquittée.

- Pièces justificatives à fournir

La Mutuelle peut demander la fourniture des pièces justificatives suivantes :

- Le décompte de la Sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie) ou de tout autre organisme ;
- Pour l'ensemble des prestations fournies : les factures nominatives, acquittées, datées, détaillées des actes et prestations et comportant le montant des frais par acte, le cas échéant leurs codifications, le cachet et la signature du professionnel de santé avec son numéro d'identification, la note d'honoraires du praticien, la prescription médicale ;
- Les pièces demandées conformément aux règles applicables dans le réseau de professionnels de santé conventionnés avec la Mutuelle après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles ;
- Pour les médecines additionnelles et de prévention : l'original de la facture nominative acquittée, portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature, le cas échéant, son n° ADELI et/ou son n° RPPS et/ou le n° FINESS de l'établissement le cas échéant, et précisant la date des séances.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander toute autre pièce complémentaire qu'elle jugerait nécessaire, avant ou après le paiement des prestations.

Article 19. Délais de versement

La Mutuelle s'engage à servir les prestations dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures en échange NOEMIE ou de quatre (4) jours ouvrés hors flux NOEMIE à réception de l'ensemble des pièces nécessaires au traitement du dossier y compris les éventuels renseignements complémentaires demandés par la Mutuelle. Ces délais s'entendent hors délais bancaires, hors cas de force majeure et hors activation du plan de continuité de l'activité de la Mutuelle. A défaut du respect de ces délais de versement des prestations par la Mutuelle, des pénalités seront applicables conformément au marché.

Article 20. Reprise des indus

Toutes les sommes indûment versées feront l'objet d'une réclamation de la part de la Mutuelle. Le bénéficiaire devra restituer l'indu à la Mutuelle. La Mutuelle est autorisée à compenser les sommes éventuellement dues en exécution du contrat sur les prestations futures.

Article 21. Tiers Payant

Les bénéficiaires des garanties disposent du service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) pour les garanties entrant dans le périmètre des contrats responsables, au moins à hauteur du tarif de responsabilité et conformément aux modalités prévues par la législation et la réglementation en vigueur et notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

La Mutuelle délivre une carte de tiers payant ou une attestation de droit tiers payant qui doit lui être restituée lorsque les garanties cessent.

Article 22. Expertise médicale

La Mutuelle se réserve la possibilité de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du régime, avant ou après le paiement des prestations.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats démontrent que la demande de prestation est infondée ou ne correspond pas aux dépenses engagées les actes ne seront pas remboursés par la Mutuelle.

En cas de désaccord constaté dans un écrit et adressé par le bénéficiaire par lettre recommandée avec avis de réception dans les trente jours suivants la notification des résultats de l'expertise, ce dernier pourra désigner un médecin de son choix qui devra trouver avec le médecin de la Mutuelle une position commune.

Si le désaccord persiste, les parties désigneront un médecin tiers, expert. A défaut d'accord entre elles sur la désignation de ce médecin tiers, le médecin est désigné par le président du tribunal compétent de la résidence du bénéficiaire, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin, ceux du troisième médecin et les frais de désignation de celui-ci sont supportés pour moitié par la Mutuelle et le bénéficiaire.

L'avis rendu par le médecin expert s'impose aux parties, et en fonction de cet avis, la Mutuelle pourra ne pas verser la prestation ou exiger la restitution des sommes indûment versées.

IV. MAINTIEN DES GARANTIES

Article 23. Suspension de la relation de travail indemnisée des agents actifs

Les garanties frais de santé, des bénéficiaires actifs et le cas échéant de leurs ayants droit, sont maintenues pour toute la période de suspension de leur activité durant laquelle ils bénéficient :

- Soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- Soit d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers ;
- Soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Les cotisations restent intégralement dues dans les mêmes conditions que celles prévues au Contrat collectif, pendant toute la période de suspension de la relation de travail indemnisée.

Article 24. Suspension de la relation de travail non indemnisée des agents actifs

En cas de suspension de la relation de travail non indemnisée, autre que les situations visées au 2^e alinéa de l'article 1.1 de la présente notice, les garanties frais de santé sont suspendues à la date à laquelle la rémunération n'est plus versée par l'Employeur.

La suspension s'achève dès la reprise du travail des agents sous réserve que la Mutuelle soit informée par l'Employeur dans les trois (3) mois suivant la reprise.

Toutefois les agents peuvent demander le maintien des garanties pour eux-mêmes et le cas échéant pour leurs ayants droit, sous réserve :

- d'adresser leur demande complète la Mutuelle au plus tard dans les trente (30) jours suivant la date de suspension de la relation de travail ;
- de payer l'intégralité de la cotisation, correspondant à la catégorie des bénéficiaires actifs.

Article 25. Portabilité des droits pour les agents actifs et leurs ayants droit

Article 25.1. Champ d'application, conditions et durée du maintien

Conformément à l'article 26 du Décret n°2022-633 du 22 avril 2022, en tant qu'anciens agents non retraités vous conservez votre affiliation au contrat collectif frais de santé souscrit par votre employeur, sous réserve d'être inscrits comme demandeurs d'emploi et d'être indemnisés à ce titre par votre régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties ne peut excéder douze (12) mois et correspond à la période d'indemnisation au titre de l'Assurance chômage limitée à :

- La durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs et sans période d'interruption de plus de deux (2) mois avec le même employeur ;
- La durée de la dernière période d'activité de l'agent, appréciée en mois entiers.

Vos bénéficiaires ayants droit continuent également de bénéficier du maintien des garanties dans les mêmes conditions et même durée que pour vous.

Les garanties ainsi maintenues sont celles en vigueur pour les bénéficiaires de la même catégorie, options comprises, pendant toute la durée du maintien de l'adhésion (y compris en cas d'évolution du régime).

Vous devez justifier auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

Vous et vos ayants droit n'acquitez pas de cotisations pendant la période de portabilité.

Article 25.2. Fin des droits

Le maintien des garanties cesse :

- A la fin de la période de portabilité à laquelle vous avez droit ;
- A la date à laquelle vous ne pouvez plus justifier de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- A la date de résiliation du contrat collectif ;
- A la date de votre décès.

Article 26. Décès des membres participants agents actifs

Les ayants droit – le conjoint survivant et l'enfant orphelin – du membre participant décédé (agent actif), titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022, qui bénéficiaient effectivement des garanties, peuvent demander le maintien de leurs garanties frais de santé.

Ils conservent leur qualité de bénéficiaire ayant droit, sous réserve d'en faire la demande dans le délai d'un (1) an à compter du décès du membre participant. Tout demande postérieure à ce délai est forclosée.

Cette nouvelle couverture prend effet à compter de la date du décès en cas de demande dans les trois (3) mois suivant le décès, au-delà le maintien prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

Par extension peuvent adhérer au contrat, les personnes bénéficiant d'une pension de réversion d'un des régimes de retraites de la Fonction publique de l'Etat visés par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 au titre d'un ancien agent (visé à la catégorie bénéficiaire actif) de l'Etat à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le dernier employeur public de l'Etat de son conjoint décédé. Cette adhésion est possible dans un délai d'un an à compter de la date à laquelle ils ont été informés de la possibilité d'y adhérer et prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande. Tout demande postérieure à ce délai est forclosée.

V. LES COTISATIONS

Article 27. Cotisations à la garantie « Socle »

Les montants des cotisations sont exprimés en euros, sauf mention contraire.

Les cotisations relatives aux garanties « socle » sont déterminées en application du décret n°2022-633 du 22 avril 2022. Elles sont fonction de la cotisation d'équilibre et des cotisations additionnelles décrites ci-après.

Les cotisations sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions législatives et réglementaires, mais aussi de l'aggravation de la sinistralité et des évolutions démographiques.

Le montant des cotisations aux garanties « socle » est indiqué en Annexe 3 à la présente notice d'information.

Article 27.1. Cotisation d'équilibre

L'article 14 du décret du 22 avril 2022 pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

La cotisation d'équilibre correspond à la somme, rapportée à un bénéficiaire actif :

- de la cotisation de référence : le coût total mensuel du financement des garanties non optionnelles pour un bénéficiaire actif multiplié par le nombre de bénéficiaires actifs, les frais de gestion et les taxes sont réputés inclus ;
- du coût mensuel des dispositifs de solidarité prévus aux articles 22, 25 et 26 du décret du 22 avril 2022.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

Au 1^{er} octobre 2025, le montant de la cotisation d'équilibre pour les agents actifs relevant du panier interministériel est fixé à :

- 67,02€ pour le Régime général,
- 53,62€ pour le Régime Alsace-Moselle.

Au 1^{er} octobre 2025, le montant de la cotisation d'équilibre est fixé à 132,07 € pour les agents (affectés à l'étranger) relevant du panier de soins spécifique.

Article 27.2. Cotisations des bénéficiaires actifs (en France et à l'étranger)

Les cotisations des bénéficiaires actifs ne varient pas en fonction de l'âge.

Conformément à l'article 15 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, la cotisation d'un bénéficiaire actif se décompose en trois parts :

- Une part acquittée par l'employeur correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre calculée conformément à l'article 14 du décret ;
- Une part individuelle forfaitaire acquittée par le bénéficiaire actif, constituant une fraction de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- Une part individuelle solidaire acquittée par le bénéficiaire actif, fixée en fonction de la rémunération mensuelle brute dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle représente en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre.

Pour l'agent en rémunération partielle, la cotisation se compose des mêmes éléments que la cotisation des actifs.

Article 27.3 Cotisation de certains agents sans rémunération (agents en « cessation temporaire d'activité »)

Pour l'agent placé dans l'une des situations visées au 2e alinéa de l'article 1.1 de la présente notice d'information :

- La participation de l'employeur reste inchangée, soit toujours à hauteur de 50% de la cotisation d'équilibre.
- Et la cotisation à la charge de l'agent est de 50% de la cotisation d'équilibre, sachant que la part solidaire ne peut être calculée en raison de l'absence de rémunération.

Article 27.4. Cotisation d'un ayant droit conjoint

La cotisation des ayants droit conjoints (ou partenaires de PACS ou concubins) des bénéficiaires actifs est plafonnée à 110 % à la cotisation d'équilibre.

Article 27.5. Cotisation d'un ayant droit enfant ou petit-enfant

Pour les enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents actifs, les cotisations des ayants droit à charge des actifs, sont plafonnées à 50% de la cotisation d'équilibre, jusqu'au 31 décembre de leur 21e anniversaire, avec gratuité à compter du 3e enfant.

Pour les enfants de plus de 21 ans (et jusqu'au 25e anniversaire) des agents actifs, s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap, les cotisations au titre de l'adhésion des garanties Socle sont plafonnées à 100 % du montant de la cotisation d'équilibre.

Article 27.6 Cotisation d'un ayant droit d'actif décédé

Les ayants droit d'actif décédé pourront souscrire aux garanties « socle » et optionnelles aux mêmes conditions tarifaires que les « ayants droit de l'agent actif ».

Article 28. Cotisations aux garanties optionnelles

Les bénéficiaires actifs (hors actifs affectés à l'étranger) ainsi que leurs ayants droit peuvent bénéficier des garanties optionnelles en acquittant une cotisation supplémentaire.

Les cotisations sont forfaitaires et n'évoluent donc pas par tranche d'âge.

Les cotisations des garanties optionnelles sont exprimées en euros.

Le montant des cotisations aux garanties optionnelles est indiqué en Annexe 3 à la présente notice d'information.

Le montant des cotisations acquittées au titre des ayants droit âgés de moins de 21 ans d'un même bénéficiaire n'est pas plafonné à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants (pas de gratuité à compter du 3^{ème} enfant sur les options).

Le montant de la participation employeur est fixé à 50 % de la cotisation acquittée par le bénéficiaire actif, plafonné à cinq (5) euros mensuels.

Article 29. Cotisations additionnelles

Les cotisations additionnelles sont destinées à financer le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social. Les bénéficiaires actifs et les ayants droit doivent également acquitter des cotisations additionnelles au titre des dispositifs de solidarité :

- Le fonds d'aide aux retraités aux taux de 3% des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires actifs (y compris les agents affectés à l'étranger) ;
- Le fonds d'aide aux retraités aux de 2% des cotisations hors taxes acquittées par les ayants droit ;
- Le fonds d'accompagnement social au taux de 0,5% des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires.

Pour les agents actifs, les cotisations additionnelles s'appliquent sur les parts de cotisations individuelles de l'agent, hors part de l'employeur.

Pour les ayants droit, les cotisations additionnelles s'appliquent sur l'ensemble de leurs cotisations hors taxes.

Article 30. Modalités de versement des cotisations

Article 30.1 Versement de la cotisation des agents actifs

Les cotisations relatives aux garanties « socle » obligatoires sont prélevées mensuellement à terme échu sur votre paie par votre Employeur selon la procédure du précompte, puis reversées le mois suivant à la Mutuelle.

Toutefois, concernant les actifs sans aucune rémunération, placés dans l'une des situations visées au 2ème alinéa de l'article 1.1 de la présente notice, ils doivent payer directement à la Mutuelle l'intégralité de la cotisation (part employeur et part agent). En cas de carence de l'agent dans le versement des cotisations, et après relance par la Mutuelle, l'Employeur versera la cotisation manquante.

Article 30.2. Versement des cotisations aux contrats facultatifs

La Mutuelle prélève directement auprès des actifs sur leur compte bancaire les cotisations de leur adhésion aux options.

La Mutuelle prélève directement sur votre compte bancaire les cotisations de l'adhésion de vos ayants droit aux garanties Socle et les cotisations aux options.

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables selon la périodicité retenue lors de la souscription du contrat.

Article 31. Défaut de paiement

Article 31.1. En cas de précompte par le Souscripteur (garanties Socle obligatoires)

En application des dispositions de l'article L.221-8 I du code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente (30) jours après l'envoi par la Mutuelle au Souscripteur, d'une mise en demeure de payer la cotisation.

Dans la lettre qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe, que le défaut de paiement des cotisations entraîne la résiliation du contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours, mentionné ci-avant.

Les frais médicaux engagés pendant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à aucune indemnisation. Les frais médicaux engagés durant cette période dans le cadre de la garantie de paiement aux professionnels de santé feront l'objet d'une récupération auprès du membre participant.

La Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure au Souscripteur et rembourse au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

Le contrat collectif non résilié reprend effet pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où ont été payés les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de résiliation du contrat restent à payer. La Mutuelle a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tout moyen de droit.

Article 31.2. Paiement par l'agent (options et ayants droit)

En application des dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du bénéfice des garanties définies au contrat collectif concerné.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

Les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de l'exclusion restent à payer. La Mutuelle a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tout moyen de droit.

VI. FONDS DE SOLIDARITE

Article 32. Solidarité à destination des bénéficiaires retraités : fonds d'aide aux retraités

Le fonds d'aide aux retraités prend en charge une partie des cotisations des bénéficiaires retraités, en tenant compte de leurs ressources.

Il est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée en pourcentage des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires des garanties.

Il est géré par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS), compétente pour en fixer les modalités de mise en œuvre et suivre l'évolution des sommes collectées et le montant des dépenses par nature.

Le fonds d'aide aux retraités est transféré intégralement au nouvel organisme après résiliation des contrats collectifs.

Toutefois, la Mutuelle s'engage à prendre en charge la gestion du fonds : la collecte de la cotisation dédiée, l'instruction des demandes et le versement de la participation en délégation de la CPPS.

Le fonds d'aide aux retraités est effectif dès la prise d'effet du contrat.

L'aide financière est attribuée au début de chaque trimestre.

L'aide est renouvelable sous réserve que le demandeur continue à remplir les conditions d'octroi.

Pour bénéficier d'une aide, le bénéficiaire retraité trouve les informations nécessaires et peut réaliser sa demande directement dans son Espace Personnel ou auprès de son conseiller en agence. Les éventuels justificatifs permettant de vérifier les conditions d'éligibilité sont à déposer annuellement sur l'Espace Personnel et à défaut, par courrier.

L'éligibilité est confirmée par les gestionnaires des Centres de service de la Mutuelle, en fonction du barème et des critères d'éligibilité établis avec la CPPS.

Si le dossier est valide l'aide sera attribuée directement au demandeur sous la forme d'un virement sur son compte.

Article 33. Fonds d'accompagnement social

Article 33.1. Généralités

La Mutuelle met en œuvre des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires des contrats collectifs, attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

La nature des prestations, critères et modalités d'attribution sont définies dans un règlement de fonctionnement du fonds élaboré par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS).

La Mutuelle s'engage à prendre en charge la gestion du fonds, l'instruction des demandes et le versement des prestations d'accompagnement social telles que définies par la CPPS, conformément à l'article 12 du CCTP.

En cas notamment de difficultés dans le paiement des cotisations selon la procédure indiquée à l'article 31 « Défaut de paiement » de la présente notice d'information, une aide financière au paiement de la cotisation pourra être versée dans le cadre du fonds d'accompagnement social.

Ce fonds est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée en pourcentage des cotisations hors taxes acquittées par les bénéficiaires des garanties.

Le fonds d'accompagnement social est transféré intégralement au nouvel organisme après résiliation du contrat.

Article 33.2. Dispositif globale MGEN AUPRES®

La Mutuelle ouvre également son dispositif global MGEN AUPRES® (Accompagnement d'Urgence de Personnes en Réponse à des Evènements Sensibles) financé par le fonds social institutionnel de la Mutuelle et qui offre deux dispositifs d'accompagnement différenciés aux agents victimes selon la nature de l'évènement :

- Le premier dispositif « MGEN AUPRES® catastrophes naturelles » en réponse aux catastrophes climatiques, naturelles et industrielles » (par exemple : de l'écoute psychologique, des aides financières, l'accès à une ligne téléphonique dédiée).
- Le second dispositif « MGEN AUPRES® Atteintes aux personnes » en réponse aux crises provoquées par des agressions, assassinats, attentats, accidents graves (par exemple : l'accueil et des accompagnements personnalisés en local de la victime ou des proches, une assistance psychologique, un suivi individualisé des prestations et services du contrat, ...).

Article 33.3. Modalités de gestion

Pour bénéficier d'une aide, l'adhérent trouve les informations nécessaires et le formulaire de demande dans son Espace Personnel ou auprès de son conseiller en agence.

Le formulaire peut être complété et les éventuels justificatifs, permettant de vérifier les conditions d'éligibilité, sont déposés sur l'Espace Personnel par l'adhérent.

Les dossiers et les justificatifs peuvent également être remis en agences de la Mutuelle, présentes dans tous les départements, ou transmis par courrier postal ou courriel.

Le traitement administratif de la demande est réalisé par les Pôles de Prestations Régionaux de la Mutuelle (PPR).

Les PPR règlent l'aide attribuée directement au demandeur sous la forme d'un virement sur son compte en cas d'aide financière. Le montant de l'aide est directement imputé sur le fonds d'accompagnement social.

Toute situation particulière, détectée en PPR, et n'entrant pas dans les critères d'éligibilité est remontée auprès de la CPPS pour arbitrage.

VII. ASSISTANCE

Article 34. Assistance

En application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme assistant, en vue de faire bénéficier les adhérents du présent régime des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assistant. L'assureur des garanties assistance est RMA :

Ressources Mutuelles Assistance (RMA), Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin, CS 32427, 44 124 VERTOU.

VIII. CADRE JURIDIQUE DU REGIME

Article 35. Représentation des membres participants au sein de la Mutuelle

Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale de la Mutuelle dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.

Article 36. Déchéance

Compte tenu de l'augmentation croissante des fraudes aux assurances, des dispositifs de contrôle ont été mis en place par la mutuelle afin de repérer efficacement les tentatives d'escroquerie.

La Mutuelle effectue, préalablement ou postérieurement au versement des prestations, toute enquête qu'elle juge nécessaire et peut solliciter, dans un souci d'authentification auprès de ses adhérents, la communication de pièces justificatives, lesquelles seront sujettes à vérification.

Dans le cas d'une suspicion de document frauduleux, la Mutuelle se réserve la faculté, durant une période qui ne peut excéder quinze (15) jours, de suspendre ou d'interrompre le versement de la prestation afin d'effectuer les vérifications appropriées et/ou dans l'attente des justificatifs demandés auprès des divers intervenants : bénéficiaire(s), professionnel(s) de santé, interlocuteurs du Régime Obligatoire. La Mutuelle adressera, le cas échéant, un courrier de notification au bénéficiaire.

Si le bénéficiaire ne transmet pas les justificatifs sollicités dans le délai ci-dessus ou si où les éléments transmis ou utilisés se révélaient erronés, fabriqués et/ou falsifiés, la Mutuelle refusera ou annulera le paiement de la prestation.

Dans les cas visés au paragraphe supra, la Mutuelle notifie au bénéficiaire, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la déchéance à indemnisation, et lui rappelle qu'elle a la possibilité d'engager des poursuites pénales à l'encontre de tout bénéficiaire auteur ou complice de fraude pour des faits d'escroquerie, de tentative d'escroquerie, de faux, d'usage de faux notamment.

Article 37. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations transmises par le Souscripteur et les membres participants.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 38. Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun, visées par les articles 2240 et suivants du code civil, et que sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- La demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.
- La prescription est également interrompue dans les cas suivants :
- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- Envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception (par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation).

La prescription est suspendue à compter du jour de la saisine du Médiateur (conformément à l'article 44 ci-après) par l'une des parties au contrat.

Le cours de la prescription est temporairement arrêté et recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le Médiateur déclarent que la médiation est terminée.

Article 39. Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations frais de santé à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

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.

Afin que la Mutuelle exerce son droit de subrogation, le membre participant s'engage à déclarer à la Mutuelle tous les accidents dont il est victime, lui ou ses ayants droit.

Article 40. Réclamation – Médiation

Le souscripteur ou les bénéficiaires du Contrat ou tout autre personne peuvent formuler une réclamation.

La réclamation peut être adressée :

- Par mail : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ou depuis l'espace employeur pour le Souscripteur,
- Par courrier à l'adresse postale suivante :

MGEN

Fonction publique d'Etat

TSA 41519

53106 MAYENNE CEDEX

- Par téléphone au **09 72 72 02 41 (pour les adhérents)** et au 09 74 75 08 20 (pour les employeurs).

La Mutuelle répondra aux réclamations dans un délai maximum de cinq (5) jours ouvrés quelle que soit la modalité selon laquelle est exprimée la réclamation, sous réserve de dossier complet dès la réception de la réclamation et de non-recours à un tiers pour l'instruction.

A défaut de réponse dans le délai ci-dessus, la Mutuelle accusera réception dans un délai de cinq (5) jours ouvrés.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle ou en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation, le souscripteur ou les bénéficiaires du Contrat ou tout autre personne peuvent saisir le Médiateur.

Des explications sur les modalités de saisine du médiateur sont disponibles via le site internet <http://www.mediation-mgen.fr/>

Quand et comment saisir le médiateur ?

- Via le site CNPM : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>
- Par courrier :

CNPM Médiation Consommation
27, avenue de la libération
42 400 SAINT-CHAMOND

Article 41. Loi applicable – Différends

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et leurs ayants droit et la Mutuelle sont régies par la loi française, notamment le Code de la mutualité.

En cas de différend et à défaut de règlement amiable, il sera porté devant la juridiction compétente.

Article 42. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Article 43. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à solliciter auprès du Souscripteur et des Membres participants la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou sur l'opération concernée.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie. La souscription, l'adhésion et l'application des garanties sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées le cas échéant.

Article 44. Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Le Souscripteur et les Membres participants s'engagent, pendant toute la durée d'exécution du présent contrat :

- A respecter la loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dite « Loi Sapin 2 » et toute autre réglementation afférente à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence ;
- A ne pas participer à un acte ou tentative de corruption ou de trafic d'influence, mais également à ne pas participer à une action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption ou de trafic d'influence ;
- A procurer à l'organisme assureur toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

Article 45. Protection des données personnelles

La Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement met également en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de réaliser les opérations suivantes :

- Certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat du membre participant ;
- Certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN ou de l'Union Mutualiste de Groupe « Groupe VYV » : pour informer le membre participant, pour lui proposer des prestations et services analogues à ceux qui lui sont déjà fournis ou compris dans son offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis au membre participant (en enrichissant ses données avec celles de partenaires et en évaluant sa situation), pour piloter leurs activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques. Sauf opposition, les données du membre participant pourront également être utilisées dans le cadre de profilage ;
- Certaines basées sur le respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la Mutuelle est soumise : notamment afin de se conformer à ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la réalisation des déclarations obligatoires aux demandes des autorités et organismes publics, les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées, la gestion des contrats en déshérence ;
- Certaines basées sur le consentement du membre participant ou de ses ayants droit : pour proposer d'autres prestations et services enrichissant le parcours du membre participant (notamment en partageant s'il le souhaite, ses données aux partenaires de MGEN, et en évaluant sa situation) ; Sur demande du Souscripteur, la Mutuelle peut également être amenée à collecter le consentement du membre participant pour toute communication commerciale.

Le traitement des données relatives à la santé par MGEN est réalisé conformément à l'article 9,2°b) du Règlement Général sur la Protection des Données (nécessaire aux fins d'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à MGEN ou aux membres participants ou ses ayants droit, en matière de droit à la protection sociale).

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

S'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant, la Mutuelle informera alors le membre participant ou ses ayants droit et, si nécessaire, leur demandera leur consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que le membre participant ou ses ayants droit retirent leur consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, ils ne peuvent alors plus bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de leurs données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données les concernant. Ils disposent également du droit de décider du sort de leurs données après leur décès.

Pour l'exercice de ces droits, le membre participant et ses ayants droit peuvent envoyer une demande par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de services de la Verrière- Protection des données Gestion CNIL – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex, ou en écrivant au DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.

Les demandes peuvent également être faites depuis l'espace personnel du membre participant.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'ils estiment, après avoir contacté la Mutuelle, que leurs droits ne sont pas respectés.

Ils peuvent enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Le membre participant peut consulter le site <https://www.mgen.fr> pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.

ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL »

Les garanties du panier de soins interministériel s'entendent sous déduction de l'intervention du régime obligatoire
Les garanties des options s'entendent sous déduction des garanties du panier de soins interministériel

	Panier de soins interministériel	Option 1	Option 2	Option 3
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	100% BR	130% BR	150% BR	250% BR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	100% BR	110% BR	130% BR	200% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	150% BR	220% BR	250% BR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	130% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	150% BR	180% BR	250% BR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	130% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Actes de Chirurgie, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	150% BR	180% BR	250% BR
Actes de Chirurgie, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	130% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	130% BR	150% BR	170% BR	250% BR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	100% BR	130% BR	150% BR	200% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses Médicales et actes de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses Médicales et actes de laboratoire non remboursés Ss	Néant	50 € par an	50 € par an	50 € par an
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	130% BR	150% BR	150% BR

Médicaments				
Médicament reconnus comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an	80 € / an	100 € / an	150 € / an
Matériel médical				
Appareillage (petit et grand)	200% BR	200% BR	200% BR + 605 € par an	200% BR + 905 € par an
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	200% BR	200% BR	200% BR + 605 € par an	200% BR + 905 € par an
Orthèse, casque en cas de chimiothérapie ou plagiocéphalie : cplt prothèse capillaire suite à cancer, lingerie ou tatouage suite à cancer du sein, protection urinaire post-prostatectomie, nébulisation à base de corticoïde, pompe à insuline innovante	Néant	75 € par an	75 € par an	75 € par an
Psychologie				
Dispositif "Mon Psy"	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes	50 € le bilan puis 50 € les 11 séances suivantes
Psychologue - forfait par bénéficiaire	30 € par séance max. 4 séances par an	40 € par séance max. 6 séances par an	50 € par séance max. 6 séances par an	50 € par séance max. 6 séances par an

Hospitalisation				
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	150% BR	200% BR	220% BR	300% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	130% BR	180% BR	200% BR	200% BR
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	150% BR
Forfaits				
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait Journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière				
Chambre particulière court séjour et maternité	50,00 € / nuit	50,00 € / nuit	62,00 € / nuit	70,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	40,00 € / nuit	50,00 € / nuit	62,00 € / nuit	70,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	45,00 € / nuit	50,00 € / nuit	62,00 € / nuit	70,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	25,00 € / jour	25,00 € / jour	62,00 € / jour	70,00 € / jour
Frais d'accompagnant				
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit	39,00 € / nuit	39,00 € / nuit	39,00 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit	35,00 € / nuit	35,00 € / nuit	35,00 € / nuit
Transports				
Frais de transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

Dentaire				
Soins et prothèses du panier 100% santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Soins conservateurs dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses du panier maîtrisé				
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	375% BR	375% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires amovibles	375% BR	375% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires provisoires	375% BR	375% BR	400% BR	450% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	400% BR	450% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	250% BR	250% BR	350% BR
Soins et prothèses du panier libre				
Prothèses dentaires fixes - dent visible	300% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	250% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	300% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	250% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Prothèses dentaires provisoires	300% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Inlay Core	200% BR	300% BR	400% BR	450% BR
Inlays onlays d'obturation	125% BR	250% BR	250% BR	350% BR
Parodontologie				
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	300 € / an	460 € / an	880 € / an
Implantologie				
Implant dentaire	500 € par implant (limité à 2 par an)	660 € par implant (limité à 2 par an)	925 € par implant (limité à 2 par an)	925 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant <i>Prise en charge à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait</i>	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)	200 € par couronne (limité à 2 tous les 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250% BR	300% BR	300% BR	450% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par semestre	400 € par semestre	400 € par semestre	400 € par semestre

Optique				
Equipements du panier 100% santé	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre				
Monture	50 €	100 €	100 €	100 €
Verre unifocal sphérique				
Sphère de -6 à +6	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 € par verre	100 € par verre	160 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	110 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de -4 à + 4	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 € par verre	175 € par verre	225 € par verre	225 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	200 € par verre	225 € par verre	275 € par verre	275 € par verre
Autres prescriptions optique				
Autres prescriptions optique	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Lentilles				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale				
Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait				
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	100 € par an	250 € par an	100% BR + 250 € par an	100% BR + 300 € par an
		250 € par an	250 € par an	300 € par an
Chirurgie réfractive				
Chirurgie Réfractive dont kératotomie	400 € par œil et par an	600 € par œil par an	925 € par œil par an	925 € par œil par an

Aides auditives				
Equipements du panier 100% santé				
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Mutualiste de 20 ans et plus	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Equipements à tarif libre				
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 600 € par prothèse
Mutualiste de 20 ans et plus	800 € par prothèse	1 200 € par prothèse	1 400 € par prothèse	1 600 € par prothèse
Piles, accessoires et réparation	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale				
Honoraires et frais de transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait	Néant	Néant	300 € par an	300 € par an
Prestations annexes				
Contraception, test de grossesse	80 € par an	100 € par an	100 € par an	150 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an	80 € par an	80 € par an	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	40 € par séance max. 2 séances par an	40 € par séance max. 6 séances par an	50 € par séance max. 6 séances par an	50 € par séance max. 6 séances par an
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte	183 € par acte
Aide à la reprise d'un sport pour les personnes souffrant d'un ALD reconnue de moins de 3 ans	Néant	50€ par an (pendant au maxi. 3 ans)	50€ par an (pendant au maxi. 3 ans)	50€ par an (pendant au maxi. 3 ans)
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

FR : Frais Réels

BR : Base de Remboursement

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Aides auditives : Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS SPECIFIQUE »

Les garanties s'entendent sous déduction de l'intervention du régime obligatoire
Les soins réalisés en France sont remboursés conformément au panier de soins interministériel

**Soins réalisés à l'étranger
plafond de 300 000 € par an et par
bénéficiaire**

Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de Généralistes, adhérent à l'OPTAM	90% FR
Consultations / Visites de Généralistes, non adhérent à l'OPTAM	90% FR
Consultations / Visites de Spécialistes, adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Consultations / Visites de Spécialistes, non adhérent à l'OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes Techniques Médicaux, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes Techniques Médicaux, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes de Chirurgie, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes de Chirurgie, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes d'Imagerie Médicale, adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Actes d'Imagerie Médicale, non adhérent à OPTAM/OPTAM-ACO	90% FR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90% FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90% FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses Médicales et actes de laboratoire	90% FR
Affection de longue durée (prise en charge en France)	100% FR

Médicaments	
Médicament reconnus comme irremplaçables et coûteux - prise en charge à 100% par la Ss	90% FR
Médicament à service médical rendu majeur ou important - prise en charge à 65% par la Ss	90% FR
Médicament à service médical modéré - prise en charge à 30% par la Ss	90% FR
Médicament à service médical rendu faible - prise en charge à 15% par la Ss	90% FR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	100 € / an
Matériel médical	
Appareillage (petit et grand)	150% BRR
Prothèses médicales (hors aides auditives, optique et dentaire)	150% BRR
Psychologie	
Psychologues conventionnés pris en charge par la Sécurité Sociale	40 € par séance dans la limite de 8 séance par an

Hospitalisation	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
Honoraires médicaux et chirurgicaux, adhérent à l'OPTAM	90% FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, non adhérent à l'OPTAM	90% FR
Hébergement et frais de séjour	
Frais de séjour	90% FR
Forfaits	
Forfait actes lourds	-
Forfait patient urgence	-
Forfait Journalier hospitalier	-
Chambre particulière	
Chambre particulière court séjour et maternité	68,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	68,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	68,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	25,00 € / jour
Frais d'accompagnant	
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	38,50 € / nuit
Transports	
Frais de transport	90% FR

Dentaire	
Soins et prothèses du panier 100% santé	
Soins conservateurs dentaires	90% FR
Soins et prothèses du panier maîtrisé	
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles	320% BRR
Prothèses dentaires provisoires	320% BRR
Inlay Core	320% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Soins et prothèses du panier libre	
Prothèses dentaires fixes - dent visible	320% BRR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	320% BRR
Prothèses dentaires amovibles - dent non visible	320% BRR
Prothèses dentaires provisoires	320% BRR
Inlay Core	140% BRR
Inlays onlays d'obturation	140% BRR
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale	225% BRR
Implantologie	
Implant dentaire	500 € par implant (limité à 2 par an)
Couronne sur implant	200 € par couronne (limité à 2 par an)
<i>Prise en charge à hauteur de 125% BRR en cas d'épuisement du forfait</i>	

Orthodontie	
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	255% BRR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	225% BRR
Optique	
Equipements du panier 100% santé	
Equipements à tarif libre	
Monture	100 €
Verre unifocal sphérique	
Sphère de -6 à +6	125 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique	
Cylindre $\leq +4$, sphère de -6 à 0	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq +6$	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	300 € par verre
Cylindre $\geq +0,25$, sphère < -6	300 € par verre
Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de -4 à +4	300 € par verre
Sphère < -4 ou > +4	350 € par verre

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre $\leq +4$, sphère de -8 à 0	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq +8$	300 € par verre
Cylindre $> +4$, sphère de -8 à 0	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> +8$	350 € par verre
Cylindre $\geq +0,25$, sphère < -8	350 € par verre
Autres prescriptions optique	
Autres prescriptions optique	90% FR
Lentilles	
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait	130 € par an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	130 € par an
Chirurgie réfractive	
Chirurgie Réfractive dont kératotomie	400 € par œil et par an

Aides auditives	
Equipements du panier 100% santé	
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	
Mutualiste de 20 ans et plus	
Equipements à tarif libre	
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	1200€ par prothèse
Mutualiste de 20 ans et plus	1200€ par prothèse
Piles, accessoires et réparation	90% FR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale	
Honoraires et frais de transport	100% BRR
Forfait	Néant
Prestations annexes	
Contraception, test de grossesse	80 € par an
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique - forfait par bénéficiaire	80 € par an
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue) - forfait par bénéficiaire	30 € par séance max. 2 séances par an
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte
Tout acte de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	100% BRR
Services spécifiques	
Rapatriement sanitaire	100% FR

Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Aides auditives : Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

ANNEXE 3 : LES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées toutes taxes comprises, dont frais et chargement de gestion.

Les cotisations des agents actifs comprennent une part fixe en euros et une part variable en pourcentage de la rémunération brute, limitée au PMSS.

- Pour les garanties « Socle »

Cotisations mensuelles TTC des agents actifs du « panier de soins interministériel » (y compris en cessation temporaire d'activité)

Actifs - Régime général de Sécurité sociale	Cotisation aux garanties socle en €	Cotisations additionnelles	
		Fonds d'aide aux retraités	Fonds d'accompagnement social
Part employeur	33,51 €		
Part individuelle forfaitaire de l'agent actif (part fixe)	13,40 €		
Part individuelle solidaire de l'agent actif en % de la rémunération mensuelle brute plafonnée au PMSS (part variable)	0,70 %	3 % de la part globale HT de l'agent	0,50 % de la part globale HT de l'agent

Actifs - Régime local de Sécurité sociale (Alsace-Moselle)	Cotisation aux garanties socle en €	Cotisations additionnelles	
		Fonds d'aide aux retraités	Fonds d'accompagnement social
Part employeur	26,81 €		
Part individuelle forfaitaire de l'agent actif (part fixe)	10,72 €		
Part individuelle solidaire de l'agent actif en % de la rémunération mensuelle brute plafonnée au PMSS (part variable)	0,56 %	3 % de la part globale HT de l'agent	0,50 % de la part globale HT de l'agent

Cotisations mensuelles TTC des ayants droit des agents actifs du « panier de soins interministériel »

Ayants droit des actifs - Régime général de Sécurité sociale	Forfait mensuel en euros	Cotisation d'équilibre hors fonds en euros TTC (1)	Taux de cotisation en % de la cotisation d'équilibre des actifs	Fonds d'aide aux retraités (cotisation additionnelle) (2)	Fonds d'accompagnement social (cotisation additionnelle) (3)	Cotisation globale en euros TTC ((4) = (1) + (2) + (3))
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité (plafonnement à 110% de la cotisation d'équilibre des actifs)		73,72 €	110%	1,30 €	0,33 €	75,35 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité (selon les modalités définies dans le décret) *		23,45 €	35%	0,41 €	0,10 €	23,96 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité (plafonnement à 100% de la cotisation d'équilibre des actifs)		23,45 €	35%	0,41 €	0,10 €	23,96 €

*La gratuité de la cotisation s'applique à compter du 3ème enfant de moins 21 ans.

Les ayants droit d'actifs décédés relevant du régime général pourront souscrire aux mêmes conditions tarifaires que les « ayants droit de l'agent actif » ci-avant.

Ayants droit des actifs - Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	Forfait mensuel en euros	Cotisation d'équilibre hors fonds en euros TTC (1)	Taux de cotisation en % de la cotisation d'équilibre des actifs	Fonds d'aide aux retraités (cotisation additionnelle) (2)	Fonds d'accompagnement social (cotisation additionnelle) (3)	Cotisation globale en euros TTC ((4) = (1) + (2) + (3))
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité (plafonnement à 110% de la cotisation d'équilibre des actifs)		58,97 €	110%	1,04 €	0,26 €	60,27 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité (selon les modalités définies dans le décret) *		18,76 €	35%	0,33 €	0,08 €	19,17 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité (plafonnement à 100% de la cotisation d'équilibre des actifs)		18,76 €	35%	0,33 €	0,08 €	19,17 €

* La gratuité de la cotisation s'applique à compter du 3ème enfant de moins 21 ans.

Les ayants droit d'actifs décédés relevant du régime Alsace-Moselle pourront souscrire aux mêmes conditions tarifaires que les « ayants droit de l'agent actif » ci-avant.

Cotisations mensuelles TTC des agents actifs affectés à l'étranger « panier de soins spécifique » (y compris en cessation temporaire d'activité) et leurs ayants droit

Actifs à l'étranger- Régime général de Sécurité sociale	Cotisation aux garanties socle en €	Cotisations additionnelles	
		Fonds d'aide aux retraités	Fonds d'accompagnement social
Part employeur	66,04 €		
Part individuelle forfaitaire de l'agent actif (part fixe)	26,41 €		
Part individuelle solidaire de l'agent actif en % de la rémunération mensuelle brute plafonnée au PMSS (part variable)	1 %	3 % de la part globale HT de l'agent	0,50% de la part globale HT de l'agent

Ayants droit des agents actifs à l'étranger - Régime général de Sécurité sociale	Forfait mensuel en euros	Cotisation d'équilibre hors fonds en euros TTC (1)	Taux de cotisation en % de la cotisation d'équilibre des actifs	Fonds d'aide aux retraités (cotisation additionnelle) (2)	Fonds d'accompagnement social (cotisation additionnelle) (3)	Cotisation globale en euros TTC ((4) = (1) +(2) +(3))
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité (plafonnement à 110% de la cotisation d'équilibre des actifs)		145,28 €	110%	2,56 €	0,63 €	148,47 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité (selon les modalités définies dans le décret) *		52,83 €	40%	0,93 €	0,24 €	54,00 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité (plafonnement à 100% de la cotisation d'équilibre des actifs)		52,83 €	40%	0,93 €	0,24 €	54,00 €

* La gratuité de la cotisation s'applique à compter du 3ème enfant de moins 21 ans.

Les ayants droit d'actifs affectés à l'étranger décédés pourront souscrire aux mêmes conditions tarifaires que les « ayants droit de l'agent actif à l'étranger » ci-avant.

- Pour les garanties optionnelles

La cotisation des options est en complément de la cotisation « Socle ».

Cotisations mensuelles TTC des agents actifs et de leurs ayants droit (hors agents actifs affectés à l'étranger)

Cotisations de l'option 1 en euros

Actifs	Forfait mensuel en euros	Cotisation nette hors taxes	Frais	Taxes	Cotisation TTC
Cotisation facultative des agents actifs	Régime général de Sécurité sociale	11,35 €	0,92 €	1,63 €	13,90 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	11,35 €	0,92 €	1,63 €	13,90 €
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	12,49 €	1,01 €	1,79 €	15,29 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	12,49 €	1,01 €	1,79 €	15,29 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	6,12 €	0,49 €	0,87 €	7,48 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	6,12 €	0,49 €	0,87 €	7,48 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	6,12 €	0,49 €	0,87 €	7,48 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	6,12 €	0,49 €	0,87 €	7,48 €

Cotisations de l'option 2 en euros

Actifs	Forfait mensuel en euros	Cotisation nette hors taxes	Frais	Taxes	Cotisation TTC
Cotisation facultative des agents actifs	Régime général de Sécurité sociale	21,69 €	1,75 €	3,11 €	26,55 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	21,69 €	1,75 €	3,11 €	26,55 €
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	23,86 €	1,93 €	3,42 €	29,21 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	23,86 €	1,93 €	3,42 €	29,21 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	11,69 €	0,94 €	1,68 €	14,31 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	11,69 €	0,94 €	1,68 €	14,31 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	11,69 €	0,94 €	1,68 €	14,31 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	11,69 €	0,94 €	1,68 €	14,31 €

Cotisations de l'option 3 en euros

Actifs	Forfait mensuel en euros	Cotisation nette hors taxes	Frais	Taxes	Cotisation TTC
Cotisation facultative des agents actifs	Régime général de Sécurité sociale	28,13 €	2,28 €	4,03 €	34,44 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	28,13 €	2,28 €	4,03 €	34,44 €
Cotisation facultative des bénéficiaires conjoints des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	30,94 €	2,51 €	4,43 €	37,88 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	30,94 €	2,51 €	4,43 €	37,88 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de moins de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	16,03 €	1,30 €	2,30 €	19,63 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	16,03 €	1,30 €	2,30 €	19,63 €
Cotisation facultative des bénéficiaires enfants et petits-enfants de plus de 21 ans des agents en activité	Régime général de Sécurité sociale	16,03 €	1,30 €	2,30 €	19,63 €
	Régime Alsace Moselle de Sécurité sociale	16,03 €	1,30 €	2,30 €	19,63 €



MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code la Mutualité,
Inscrite au répertoire SIRENE sous le SIREN n° 775 685 399
Et sous l'identifiant LEI : 9695002XFDDIA8FN1325
Siège social : 3, square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15

