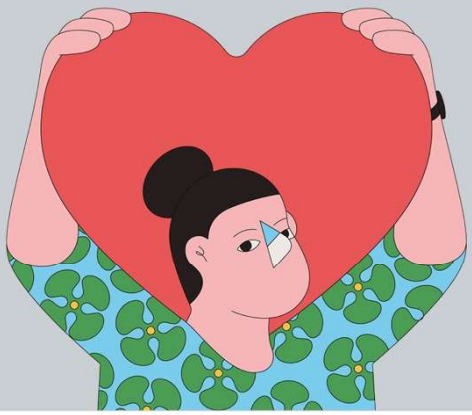

MGEN. Première mutuelle des agents du service public

Ministère de l'Europe et des affaires étrangères
Agence pour l'enseignement français à l'étranger

Régime collectif

Complémentaire Frais de santé

Notice d'information

Bénéficiaires retraités et ayants droit

SOMMAIRE

I. PRÉAMBULE 5

II. DÉFINITIONS DES TERMES 7

III. BÉNÉFICIAIRES 9

ARTICLE 1. MEMBRES PARTICIPANTS : BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS 9

ARTICLE 2. BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT 9

ARTICLE 2.1. AYANTS DROIT – CONJOINTS 10

ARTICLE 2.2. AYANTS DROIT – ENFANTS 10

ARTICLE 2.3. AYANTS DROIT - CONJOINT SURVIVANT ET ENFANT ORPHELIN D'UN BÉNÉFICIAIRE RETRAITÉ DÉCÉDÉ 10

IV. ADHÉSION - PRISE D'EFFET MODIFICATION DES GARANTIES TERMES DES GARANTIES 11

ARTICLE 3. CONDITIONS ET MODALITÉ D'ADHÉSION 11

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION, ... 11

ARTICLE 4.1. ADHÉSION FACULTATIVE DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS AUX GARANTIES SOCLE 11

ARTICLE 4.2. ADHÉSION FACULTATIVE AUX GARANTIES OPTIONNELLES 12

ARTICLE 4.3 ADHÉSION FACULTATIVE DES AYANTS DROIT 12

ARTICLE 4.4. DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION 12

ARTICLE 5. MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE 12

ARTICLE 6. RENONCIATION AUX ADHÉSIONS FACULTATIVES 12

ARTICLE 7. RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT EN CAS D'ADHÉSION FACULTATIVE 13

ARTICLE 7.1. RÉSILIATION D'UNE GARANTIE FACULTATIVE 13

ARTICLE 7.2. RADIATION D'UN AYANT DROIT 13

ARTICLE 8. CESSATION DE L'ADHÉSION 14

ARTICLE 8.1. BÉNÉFICIAIRE RETRAITÉ DANS LE CADRE D'UN CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF 14

ARTICLE 8.2. BÉNÉFICIAIRE AYANT DROIT 14

V. GARANTIES ET PRESTATIONS 15

ARTICLE 9. GARANTIE « SOCLE » 15

ARTICLE 10. CRITÈRES DU CONTRAT « RESPONSABLE » ET « SOLIDAIRE » 16

ARTICLE 11. TERRITORIALITÉ 16

ARTICLE 12. LIMITE DE REMBOURSEMENTS 17

ARTICLE 13. GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES 17
ARTICLE 14. EXCLUSIONS 17
ARTICLE 14.1. EXCLUSIONS LIÉES À L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE 17
ARTICLE 14.2. AUTRES EXCLUSIONS 18
ARTICLE 15. ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ 18
ARTICLE 16. DEMANDE DE PRESTATIONS 18
ARTICLE 17. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ 19
ARTICLE 17.1. CALCUL DES PRESTATIONS 19
ARTICLE 17.2. FORMALITÉS 19
ARTICLE 18. DÉLAIS DE VERSEMENT 20
ARTICLE 19. REPRISE DES INDUS 20
ARTICLE 20. TIERS PAYANT 20
ARTICLE 21. EXPERTISE MÉDICALE 20

VI. MAINTIEN DES GARANTIES 21
ARTICLE 22. DÉCÈS DES MEMBRES PARTICIPANTS RETRAITÉS 21

VII. LES COTISATIONS 22
ARTICLE 23. COTISATIONS À LA GARANTIE « SOCLE » 22
ARTICLE 23.1. COTISATION D'ÉQUILIBRE 22
ARTICLE 23.2. COTISATIONS DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS 22
ARTICLE 23.3. COTISATION D'UN AYANT DROIT CONJOINT 23
ARTICLE 23.4. COTISATION D'UN AYANT DROIT ENFANT OU PETIT-ENFANT 23
ARTICLE 23.5 COTISATION D'UN AYANT DROIT SURVIVANT APRÈS LE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE RETRAITÉ 23
ARTICLE 24. COTISATIONS AUX GARANTIES OPTIONNELLES 23
ARTICLE 25. COTISATIONS ADDITIONNELLES 23
ARTICLE 26. MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS AUX CONTRATS FACULTATIFS (SOCLE, AYANTS DROIT ET OPTION) 24
ARTICLE 27. DÉFAUT DE PAIEMENT PAR LE RETRAITÉ (SOCLE, OPTIONS ET AYANTS DROIT) 24

VIII. FONDS DE SOLIDARITÉ 25
ARTICLE 28. SOLIDARITÉ À DESTINATION DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS : FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS 25
ARTICLE 29. FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL 25

IX. ASSISTANCE 26
ARTICLE 30. ASSISTANCE 26

X. GARANTIE OPTIONNELLE PERTE D'AUTONOMIE 27
ARTICLE 31. GARANTIE OPTIONNELLE PERTE D'AUTONOMIE 27

XI. CADRE JURIDIQUE DU RÉGIME 28
ARTICLE 32. REPRÉSENTATION DES MEMBRES PARTICIPANTS AU SEIN DE LA MUTUELLE 28
ARTICLE 33. DÉCHÉANCE 28
ARTICLE 34. RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE 28
ARTICLE 35. PRESCRIPTION 29
ARTICLE 36. SUBROGATION 29
ARTICLE 37. RÉCLAMATION – MÉDIATION 29
ARTICLE 38. LOI APPLICABLE - DIFFÉRENDS 30
ARTICLE 39. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉSOLUTION 30
ARTICLE 40. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 30
ARTICLE 41. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET LE TRAFIC D'INFLUENCE 30
ARTICLE 42. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 31

XII. ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL » ET DES GARANTIES OPTIONNELLES 33

I. PRÉAMBULE

Le présent document constitue la Notice d'Information référencée 2601-10EBS des contrats collectifs d'assurance complémentaire Santé (ci-après dénommés le « **régime** ») souscrit au profit de **ses anciens agents retraités** (ci-après dénommés « **membres participants** ») et conclus entre :

D'une part :

- Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE),
- Agence pour l'enseignement français à l'Étranger (AEFE),
- Ainsi que les établissements publics et autorités indépendantes qui leurs sont rattachées,
-

ci-après dénommée « **Souscripteur** » ou « **Employeur** » selon le contexte ;

D'autre part :

- LA MUTUELLE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES (MAEE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 666 332 et agréée pour pratiquer les opérations relevant des branches 1 (accidents) et 2 (maladie), dont le siège est situé 1 Rue de l'Abbé Roger Derry, 75730 Paris Cedex 15,
- 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) dont le siège est situé au 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15 ;
-

ci-après dénommé « **Coassureurs** » des risques garantis pour les contrats collectifs mentionnés ci-après.

Les Coassureurs sont représentés par MAEE ayant reçu mandat pour agir en qualité « d'Apériteur » des Contrats collectifs frais de santé. À cet effet, une convention de coassurance a été établie en application de L. 227-1 du code de la mutualité portant sur les contrats collectifs Santé souscrits par le MEAE et l'AEFE.

Les activités de distribution et de gestion sont assurées par MGEN pour le compte des coassureurs, ci-après dénommée « **la Mutuelle** ».

Les contrats collectifs sont souscrits par les Souscripteurs auprès des Coassureurs.

L'ensemble de ces contrats collectifs sont dénommés « le régime » dans la présente notice d'information.

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 1er janvier 2026.

Les Employeurs contribuent 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 facultative relatif aux garanties « Socle » panier de soins interministériel (France) pour les bénéficiaires retraités ;
- contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties « Socle » du panier de soins interministériel (France) pour les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités ;
- contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties optionnelles pour les agents actifs, les retraités et leurs ayants droit.

II. DÉFINITIONS DES TERMES

Dans la présente notice d'information, les termes ou expressions ci-après auront le sens ici exposé ; étant spécifié que, le cas échéant, les termes au singulier peuvent s'entendre au pluriel et réciproquement.

Accident : tout évènement soudain, imprévisible et extérieur à la victime constituant une cause de dommages corporels.

Base de remboursement : Tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement en pourcentage

Bénéficiaires ayants droit : désigne les personnes qui, en raison de leurs liens reconnus avec un Bénéficiaire retraité, ont la faculté d'adhérer, au sens du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, au Contrat socle souscrit pour les Bénéficiaires ayants droit par les Souscripteurs. Cette adhésion n'a pas pour effet de conférer à ces personnes la qualité de membre participant de la Mutuelle.

L'adhésion des Bénéficiaires ayants droit ne peut être réalisée qu'à l'initiative de leur membre participant, c'est-à-dire le Bénéficiaire retraité, qui les a inscrits comme tel à l'occasion de son adhésion ou postérieurement à celle-ci. Les Bénéficiaires ayants droit sont détaillés à l'article 2 de la présente notice.

Contrat collectif : désigne au sein de la Notice d'information, tout contrat collectif conclu entre les Coassureurs et les Souscripteurs en application du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 pour le périmètre « panier de soins France ». Dans le cadre du Marché public, six (6) contrats collectifs sont souscrits par les Souscripteurs auprès des Coassureurs pour ce périmètre indiqué au préambule.

Maladie : toute altération de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Marché public : désigne un contrat à titre onéreux entre un acheteur public et un opérateur économique pour des travaux, fournitures ou services. Dans le cadre de la réforme de la protection sociale complémentaire pour la fonction publique initiée par l'ordonnance de 2021, le ministère (MEAE) et l'Agence (AEFE) ont mis en place une procédure de mise en concurrence « Appel d'offres » en application du code de la commande publique ayant pour objet l'achat des Contrats collectifs complémentaire frais de santé au profit des bénéficiaires du ministère (MEAE) et de l'Agence (AEFE).

Membre participant : désigne la personne physique, à savoir le Bénéficiaire retraité qui adhère volontairement à la Mutuelle et acquiert la qualité de « membre participant ». Par sa qualité, le membre participant bénéficie des garanties du Contrat collectif auquel il adhère, selon les conditions fixées par celui-ci, et ouvre à ses Bénéficiaires ayants droit le droit d'adhérer au Contrat collectif souscrit par les Souscripteurs pour cette catégorie de bénéficiaires.

Dans le cadre de la coassurance entre MAEE et MGEN en conformité avec l'article L. 227-1 du Code de la mutualité, il est convenu que les personnes physiques adhérant aux Contrats collectifs d'assurance frais de santé, à adhésion facultative, acquièrent tous la qualité de membre participant selon le schéma suivant :

- Les anciens agents exerçant leur activité au sein du MEAE ou d'un établissement qui lui est rattaché, sont membres participants de MAEE et sont représentés à l'Assemblée générale de la mutuelle MAEE dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.
- Les anciens agents exerçant leur activité au sein de l'AEFE ou d'un établissement qui lui est rattaché, sont membres participants de MGEN et sont représentés à l'Assemblée générale de la mutuelle MGEN dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.

En tout état de cause, un ancien agent ne pourra cumuler plusieurs fois la qualité de membre participant quel que soit le nombre de Contrats collectifs complémentaire Santé auxquels il a adhéré.

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

Sécurité sociale : Régime de Sécurité sociale français dont dépendent les bénéficiaires.

Souscripteur : désigne l'employeur public personne morale, aussi appelé l'acheteur public, qui a émis le Marché public, c'est-à-dire le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères, l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger ainsi que les personnes de droit public au nom et pour le compte desquelles il a souscrit et signe les Contrats collectifs complémentaire frais de santé avec les coassureurs au bénéfice des Bénéficiaires retraités et leurs ayants droit.

Support durable : Tout instrument offrant la possibilité au membre participant ou au Souscripteur de stocker les informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Ticket modérateur (TM) : différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale restant à la charge du Bénéficiaire actif ou Bénéficiaire ayant droit. Son taux est variable et fixé par les pouvoirs publics.

III. BÉNÉFICIAIRES

Article 1. Membres participants : bénéficiaires retraités

Vous pouvez demander à adhérer aux garanties couvertes par le contrat collectif souscrit par votre dernier employeur pour la catégorie des « **bénéficiaires retraités** » si :

- Vous avez la qualité de bénéficiaire actif à la date de votre cessation d'activité pour admission à la retraite ;
- ET
- Vous êtes titulaire d'une pension de retraite de droit direct du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite, du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale, du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État institué par le décret du 5 octobre 2004 susvisé ou du régime institué par l'accord interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.
- Vous êtes soumis à la législation française de Sécurité sociale ou affiliés à la Caisse de sécurité de Mayotte contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la sécurité sociale.

En application des conditions ci-dessus, si vous avez été détaché auprès d'un des Souscripteurs et que vous réintégrez votre administration pour votre admission en retraite, vous ne pouvez pas être bénéficiaires retraités et relevez de la protection sociale mise en œuvre par votre administration.

En revanche, si vous étiez détaché du Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et que vous réintégrez votre administration pour votre admission en retraite, vous pouvez être bénéficiaires retraités.

Votre demande d'adhésion doit être formulée dans le délai d'un an suivant votre cessation d'activité.

Si vous adhérez à titre facultatif au contrat PSC SANTE MEAE/AEFE, vous acquerrez la qualité de « membre participant » de la Mutuelle selon la répartition indiquée à l'article 32 de la présente notice.

- Si vous avez cessé votre activité avant la date d'effet du contrat souscrit par votre ancien employeur pour les bénéficiaires retraités et que vous auriez rempli les conditions définies ci-dessous si le contrat avait été souscrit à la date de votre admission à la retraite, vous pouvez demander l'adhésion au Contrat si cette demande est formulée dans un délai de deux (2) ans à compter de la date à laquelle vous êtes informés de l'entrée en vigueur du dispositif de protection sociale complémentaire Santé et de la possibilité d'y adhérer.
- **Si postérieurement à la liquidation de votre pension de retraite, vous exercez une activité rémunérée** permettant d'obtenir un droit à pension, vous ne pourrez plus bénéficier du présent contrat et perdez définitivement la possibilité d'en bénéficier à nouveau ultérieurement

Article 2. Bénéficiaires ayants droit

Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit du régime.

Article 2.1. Ayants droit – Conjoints

Est considéré comme conjoint :

- Votre conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil. À titre de preuve, la Mutuelle peut demander une copie du livret de famille.
- Votre partenaire de PACS désignant la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) en vertu des articles 515-1 et suivants du Code civil. À 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.
- Votre concubin désignant la personne vivant en couple avec vous de manière stable et continue dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code civil. À 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 du régime, vos enfants ou petit-enfants, ou ceux de votre conjoint ou de votre partenaire de PACS 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 de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle.

Vos enfants ou petits-enfants doivent être :

- âgés de moins de 21 ans ;
- âgés de moins de 25 ans :
  - S'ils justifient de la poursuite de ses études, y compris en contrat d'apprentissage. À titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un certificat de scolarité ou un contrat d'apprentissage.
  - Ou sont demandeurs d'emploi au sens de l'article L.5411-11 du Code du travail. À titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un justificatif d'inscription à France Travail.
  - Quel que soit son âge, s'ils sont reconnus handicapés 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. À 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).

Vous devrez transmettre régulièrement les pièces justificatives de la qualité d'ayant droit à la demande de la Mutuelle afin de maintenir leur couverture.

À 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 retraité décédé

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le 2° de l'article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire retraité.

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.

IV. ADHÉSION - PRISE D'EFFET MODIFICATION DES GARANTIES TERMES DES GARANTIES

Article 3. Conditions et modalité d'adhésion

L'adhésion au présent régime suppose la réunion de deux conditions :

- Avoir la qualité de bénéficiaire retraité 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 L.762-5 à L.762-6-5 du code de la sécurité sociale.

L'adhésion des membres participants est effectuée par un bulletin d'adhésion dûment complété 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 transmission de la demande accompagnée des justificatifs demandés.

Vous devez également déclarer à la Mutuelle, dans les plus brefs délais, tout changement relatif à votre situation (changement de coordonnées de contact, d'organismes de caisse de sécurité sociale, 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. Adhésion facultative des Bénéficiaires retraités aux garanties Socle

Si vous êtes retraité ayant été agent actif à la date d'effet du régime, vous pouvez demander à adhérer au régime en tant que bénéficiaires retraités dans le délai d'un (1) an à compter de la date de cessation de votre activité.

Dans ce cas, votre adhésion prendra effet :

- À la date de cessation d'activité, sous réserve que la Mutuelle ait réceptionné la demande d'adhésion complète au plus tard dans le mois suivant la date de fin d'activité ;
- À défaut, au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion complète.

Si vous êtes bénéficiaire retraité ayant cessé votre activité avant la date d'effet du régime, vous pouvez demander l'adhésion au contrat si votre demande est formulée dans un délai de deux (2) ans à compter de la date à laquelle vous êtes informé de l'entrée en vigueur du régime et de la possibilité d'y adhérer. Toute demande d'adhésion postérieure à ce délai est forclose.

Dans ce cas, votre adhésion prendra effet :

- Au plus tôt à la date d'effet du présent régime si la Mutuelle a reçu la demande d'adhésion complète à cette date ;
- À défaut, au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion complète par la Mutuelle ;
- Par exception, en cas d'adhésion consécutive à la résiliation infra-annuelle d'un précédent contrat frais de santé facultatif ou individuel, les garanties prennent effet au lendemain de la cessation des garanties du précédent contrat.

Article 4.2. 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 ;
- À défaut, au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande complète.
- Le choix d'une option par un bénéficiaire retraité, emporte automatiquement adhésion à cette même option de ses ayants droit de sorte que chaque ayant droit ne peut pas adhérer à une option distincte de celle de l'ouvrant droit.

Article 4.3 Adhésion facultative des ayants droit

L'adhésion de vos ayants droit prend effet :

- A la même date d'effet que votre adhésion aux garanties socle en cas de demande simultanée ;
- Pour tous les autres cas, au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande complète ;
- Pour une naissance ou une 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.

Article 4.4. Durée et renouvellement de l'adhésion

Votre adhésion et celle de vos ayants droit aux garanties « Socle » et optionnelles est valable jusqu'au 31 décembre qui suit la date d'adhésion.

Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1er 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

Vous pouvez modifier votre choix d'option, à la hausse ou à la baisse, à effet du 1er jour du mois suivant la réception de la demande complète par la Mutuelle :

- À 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 entrainant 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.

Votre choix d'option emporte automatiquement adhésion à cette même option de vos ayants droit, de sorte que chaque ayant droit ne peut pas adhérer à une option distincte de celle de l'ouvrant droit.

Par ailleurs, vous disposez 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

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

La résiliation concerne les adhésions facultatives à savoir l'adhésion facultative des retraités, des ayants droit ainsi que l'adhésion aux garanties optionnelles.

Article 7.1. Résiliation d'une garantie facultative

En tant que bénéficiaire retraité vous pouvez résilier votre adhésion aux garanties Socle et votre adhésion à une garantie optionnelle.

Cette résiliation emporte résiliation de l'adhésion de vos ayants droit aux garanties Socle et optionnelles.

La résiliation s'effectue dans les conditions suivantes :

- Au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour un effet au 1er 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.

Si vous résiliez votre garantie optionnelle, cela entraînera également la résiliation de la garantie optionnelle pour l'ensemble de vos ayants droit.

Article 7.2. Radiation d'un ayant droit

En tant que bénéficiaire retraité vous pouvez radier vos ayants droit du contrat portant les garanties socle dans les conditions suivantes :

- Au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour un effet au 1er janvier de l'année suivante ;
- À tout moment après l'expiration d'un délai minimal d'adhésion d'un an. La résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu la notification.

Toutefois, en cas de changement de votre situation familiale entrainant la radiation d'un ayant droit ou lorsque votre ayant droit ne répond plus à la qualité de bénéficiaire ayant droit (divorce ou séparation ou majorité de l'enfant), le retrait de votre ayant droit prend effet au 1er 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.

Cette résiliation entraînera automatiquement la résiliation de leur adhésion au contrat portant les garanties optionnelles de ces bénéficiaires, dans les mêmes conditions.

La radiation de votre ayant droit est systématique dès que vous n'êtes plus en mesure de transmettre les pièces justificatives répondant à la qualité d'ayant droit.

Article 8. Cessation de l'adhésion

La cessation de l'adhésion entraîne la cessation de vos garanties et le cas échéant celles de vos ayants droit.

La cessation de l'adhésion aux garanties socle entraine la cessation de l'adhésion aux garanties optionnelles éventuellement souscrites par vous ou vos ayants droit.

Article 8.1. Bénéficiaire retraité dans le cadre d'un contrat collectif facultatif

Votre affiliation cesse :

- Au 1er jour du mois qui suit la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie des retraités (à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret du 22 avril 2022) si la Mutuelle en a reçu notification à cette date ;
- À défaut, au 1er jour du mois suivant la réception de la notification par la Mutuelle ;
- À la date de résiliation de votre adhésion ;
- À la date de résiliation ou au terme du présent régime ;
- 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 1er 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) ; à défaut, au 1er jour du mois suivant la réception de la notification de l'information ;
- En cas de demande de radiation par le membre participant, au 1er 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 1er jour du mois qui suit l'affiliation de votre 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. À défaut, au 1er jour du mois suivant la réception de la demande ;
- À la date du décès de votre ayant droit.

V. 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 en charge.

« Le panier de soins interministériel » (France) a pour objet de verser 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 vous et vos ayants droit, quel que soit leur âge, leur état de santé ou la date à laquelle le bénéficiaire adhère au régime.

Les prestations décrites ci-après sont versées 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 sage-femmes sont couverts selon la garantie selon la garantie des auxiliaires médicaux hors masseurs-kinésithérapeutes.
- 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 prémolaires) 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 la Sécurité sociale, sous réserve d'être expressément prévus aux Tableaux de garanties.

Des limites s'appliquent sur les garanties suivantes :

- Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale :
- La Mutuelle intervient pour le remboursement des lentilles correctrices prescrites mais 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 règlementation 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 les frais de prévention non remboursés par la Sécurité sociale. Concernant le sevrage tabagique, la Mutuelle n'intervient que pour les produits de sevrage, à l'exclusion des cigarettes électroniques.

- 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 l'adhésion 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.

En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris en cas d'évolutions futures, priment de plein droit sur les présentes dispositions.

Dans le cadre de la réglementation des contrats responsables, des exclusions s'appliquent. Elles sont mentionnées à l'article 15 de la présente notice d'information.

Article 11. Territorialité

Les garanties s'appliquent aux frais engagés en France en complément des remboursements de la Sécurité sociale à laquelle sont rattachés les bénéficiaires.

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge directement ou indirectement par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font normalement l'objet d'un décompte de sécurité sociale). Les remboursements sont alors effectués en euros.

Les hospitalisations effectuées à l'étranger sont remboursées sur la base de la garantie des frais de séjour non conventionnés.

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.

Si vous êtes assuré par plusieurs organismes assureurs complémentaires et que vous avez déjà été remboursé en partie pour les frais occasionnés sur une garantie par l'organisme assureur de votre choix intervenu en premier niveau de remboursement, pour être remboursé par le deuxième organisme assureur, vous devrez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenu en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 13. Garanties optionnelles facultatives

Vous pouvez, pour compléter les prestations Socle, souscrire à une garantie optionnelle (option 1 ou option 2 ou option 3) à adhésion facultative et en faire bénéficier vos ayants droit.

Les garanties optionnelles respectent les critères du cahier des charges du contrat « responsable » défini à l'article 10 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 emporte automatiquement adhésion à cette même option de vos ayants droit, bénéficiaires au panier de soins France ; de sorte que chaque ayant droit ne peut pas adhérer à une option distincte de celle de l'ouvrant droit.

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 14. Exclusions

Article 14.1. 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 14.2. 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.

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 15. 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.

Tenant compte de vos spécificités et de vos besoins, la Mutuelle propose notamment les actions de préventions suivantes :

- La réalisation de campagnes de prévention en santé ;
- La mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- La diffusion de contenus d'informations sur la santé.

Article 16. Demande de prestations

Toute demande de prestations doit être adressée :

- **Par voie dématérialisée** via l'espace personnel mis à votre disposition ;
- À défaut par courrier à l'adresse suivante :

MAEE MGEN CONTRATS COLLECTIFS

TSA 83500

35091 RENNES CEDEX 9

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

Article 17. Règlement des prestations frais de santé

Article 17.1. Calcul des prestations

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

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 17.2. Formalités

- Échanges d'information NOEMIE

La Mutuelle a développé des échanges d'information par télétransmission (Norme NOEMIE) avec les organismes de sécurité sociale.

Ces échanges dispensent le bénéficiaire de l'envoi des décomptes de remboursements effectués par la sécurité sociale 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 les soins ont été réalisés à l'étranger avec avance des frais par le bénéficiaire, ou lorsque la prestation n'est pas prise en charge par les organismes de sécurité sociale ou si la télétransmission est inopérante (notamment en cas de refus du bénéficiaire), vous devrez fournir le décompte de la Sécurité sociale et une facture nominative acquittée et/ou 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 : 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 18. Délais de versement

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures en échange NOEMIE (hors soins réalisés à l'étranger) ou de dix (10) 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.

Article 19. 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 20. Tiers Payant

Vous disposez 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 être détruite lorsque les garanties cessent.

Pour bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé, vous êtes invités à leur présenter systématiquement leur votre carte de tiers payant au moment de la réalisation des soins.

Quand vous avez recours à un professionnel de santé ou à un établissement partenaire Kalixia, vous pouvez bénéficier, sur présentation de sa votre carte de tiers payant, de soins ou d'équipements de qualité à des tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais dans la limite des montants de prestations prévus dans le tableau des garanties.

Article 21. 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. À 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.

VI. MAINTIEN DES GARANTIES

Article 22. Décès des membres participants retraités

En cas de décès d'un bénéficiaire retraité, ses ayants droit - le conjoint survivant et l'enfant orphelin - du membre participant décédé (agent retraité), titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le 2° de l'article 4 du 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. Toute demande postérieure à ce délai est forclose.

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 1er 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'État visés par le 2° de l'article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 au titre d'un ancien agent (visé à la catégorie bénéficiaire retraité) de l'État à la date d'entrée en vigueur du premier contrat collectif conclu par le dernier employeur public de l'État 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 1er jour du mois suivant la réception de la demande. Toute demande postérieure à ce délai est forclose.

VII. LES COTISATIONS

Article 23. Cotisations à la garantie « Socle »

Les montants des cotisations sont exprimés en euros.

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

Cas particulier : régime Alsace-Moselle

Les cotisations aux garanties Socle sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par le régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale pour les bénéficiaires relevant de ce régime.

Article 23.1. 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.

Article 23.2. Cotisations des bénéficiaires retraités

Votre cotisation évolue en fonction de votre âge et de votre ancienneté de départ à la retraite.

Votre cotisation est intégralement à votre charge et droit être réglé directement à la Mutuelle. Elle n'est pas éligible à la participation de votre employeur. Les mécanismes de solidarité permettent de réduire le montant de votre cotisation.

Conformément à l'article 22 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 précisé par l'arrêté du 30 mai 2022 à l'article 6, au cours des six (6) années suivant la cessation définitive d'activité, votre cotisation évolue en fonction de l'âge, le taux de votre cotisation est plafonné à :

- 100% de la cotisation d'équilibre au titre de la 1ère année de retraite ;
- 125% de la cotisation d'équilibre au titre de la 2e année de retraite ;
- 150% de la cotisation d'équilibre au titre des 3e, 4e et 5e année de retraite.

Au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, votre cotisation n'évolue plus en fonction de l'âge.

Votre cotisation est limitée à 175% de la cotisation d'équilibre (hors cotisations additionnelles).

Ces plafonds pourront être revus en fonction des évolutions règlementaires ou du coût réel de cette solidarité ou être adaptés par la CPPS dans les conditions fixées par l'article 23 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

À cette cotisation, s'ajoutent les cotisations additionnelles visées à l'article 26 de la présente notice.

Article 23.3. Cotisation d'un ayant droit conjoint

Conformément à l'article 19 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, la cotisation de votre ayant droit conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin) évolue en fonction de l'âge. Elle est majorée des cotisations additionnelles. Vous devez la régler directement à la Mutuelle.

Article 23.4. Cotisation d'un ayant droit enfant ou petit-enfant

Pour vos enfants et petits-enfants de moins de 21 ans, les cotisations sont plafonnées à 45% de la cotisation d'équilibre et majorées des cotisations additionnelles, jusqu'au 31 décembre de leur 21e anniversaire, avec gratuité à compter du 3e enfant.

Dès lors qu'il y a au moins 3 enfants de moins de 21 ans, la cotisation du 3ème enfant et des suivants sera gratuite. L'âge pris en compte est calculé en fonction de la date anniversaire des enfants.

Pour vos enfants de plus de 21 ans (et jusqu'au 31 décembre suivant leur 25e anniversaire), s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap, les cotisations sont plafonnées à 100 % du montant de la cotisation d'équilibre et majorées des cotisations additionnelles. Les enfants de 21 ans et plus ne sont pas pris en compte pour l'application de la gratuité de la cotisation du 3ème enfant.

Vous devrez régler ces cotisations directement à la Mutuelle.

Article 23.5 Cotisation d'un ayant droit survivant après le décès du bénéficiaire retraité

Il s'agit du conjoint veuf ou de l'orphelin bénéficiaire d'une pension de réversion mentionnés à l'article 22 de la présente notice d'information.

Les ayants droit retraités décédé pourront souscrire aux garanties « socle » et optionnelles aux mêmes conditions tarifaires que les « ayants droit de retraité décédé ».

Les cotisations devront être réglées directement à la Mutuelle.

Article 24. Cotisations aux garanties optionnelles

Vous et vos ayants droit pouvez bénéficier des garanties optionnelles en acquittant une cotisation supplémentaire de celle due au titre du panier de soins interministériel (France).

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

Les cotisations des garanties optionnelles sont exprimées en euros.

Le montant des cotisations pour vos ayants droit âgés de moins de 21 ans n'est pas plafonné à hauteur des cotisations correspondant à deux enfants (pas de gratuité à compter du 3ème enfant sur les options).

Article 25. Cotisations additionnelles

Les cotisations additionnelles sont destinées à financer le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social.

- Le fonds d'aide aux retraités aux taux de 2% des cotisations hors taxe acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif (actifs en France et affectés à l'étranger, les retraités et leurs ayants droit).
- Le fonds d'accompagnement social au taux de 1,5% des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires.
- Les cotisations additionnelles pour vous et vos ayants droit s'appliquent sur l'ensemble de vos cotisations hors taxes au titre des garanties Socle.

Article 26. Modalités de versement des cotisations aux contrats facultatifs (Socle, ayants droit et option)

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

La Mutuelle prélève directement sur votre compte bancaire :

- les cotisations de votre adhésion aux garanties Socle et à une option ;
- les cotisations de vos ayants droit aux garanties Socle et à l'option que vous avez souscrite.

Article 27. Défaut de paiement par le retraité (Socle, options et ayants droit)

En application des dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, si vous ne payez pas vos cotisations aux garanties facultatives (cotisations aux options et cotisations de vos ayants droit), la Mutuelle peut vous envoyer une lettre de mise en demeure au plus tôt dix (10) jours après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entrainer la cessation du bénéfice de vos garanties optionnelles et, le cas échéant, des garanties Socle et optionnelles dont bénéficient vos ayants droit.

La cessation des garanties ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. La cessation des garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous avez versées antérieurement. La cessation des garanties facultatives est sans effet sur vos garanties Socle.

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

VIII. FONDS DE SOLIDARITÉ

Article 28. 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 vous et vos ayants droit.

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.

Si vous êtes détaché auprès d'un des Souscripteurs et que vous réintégrez votre administration pour votre admission en retraite, vous ne pouvez ni être bénéficiaires retraités de ce régime et ni bénéficier de ce fonds d'aide aux retraités. Vous relevez des dispositifs de protection sociale complémentaire de votre administration.

En revanche, si vous étiez détaché du Ministère de l'Europe et des affaires étrangères (MEAE) et que vous réintégrez votre administration pour votre admission en retraite, vous pouvez être bénéficiaires retraités et bénéficier de ce fonds d'aide

Article 29. Fonds d'accompagnement social

La Mutuelle met en œuvre des prestations d'accompagnement social accessible à vous-même et vos ayants droit, 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).

Ce fonds est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée en pourcentage des cotisations hors taxes acquittées par vous et vos ayants droit.

IX. ASSISTANCE

Article 30. 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 assisteur, en vue de vous faire bénéficier des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assisteur. 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.

X. GARANTIE OPTIONNELLE PERTE D'AUTONOMIE

Article 31. Garantie optionnelle perte d'autonomie

Vous et votre ayants droit conjoint pouvez souscrire une garantie optionnelle perte d'autonomie.

Cette garantie est définie dans une notice d'information spécifique.

XI. CADRE JURIDIQUE DU RÉGIME

Article 32. Représentation des membres participants au sein de la Mutuelle

Dans le cadre de la coassurance entre MAEE et MGEN en conformité avec l'article L. 227-1 du Code de la mutualité, il est convenu que les personnes physiques adhérant aux Contrats collectifs d'assurance Santé, à adhésion facultative, acquièrent tous la qualité de membre participant selon le schéma suivant :

- Les anciens agents retraités ayant exercé leur activité au sein du ministère « MEAE » ou d'un établissement qui lui est rattaché, sont membres participants de MAEE et sont représentés à l'Assemblée générale de la mutuelle MAEE dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.
- Les anciens agents retraités ayant exercé leur activité au sein de l'Agence « AEFE » ou d'un établissement qui lui est rattaché, sont membres participants de MGEN et sont représentés à l'Assemblée générale de la mutuelle MGEN dans les conditions définies par les Statuts de celle-ci.

En tout état de cause, un ancien agent ne pourra cumuler plusieurs fois la qualité de membre participant quel que soit le nombre de Contrats collectifs complémentaire Santé auxquels il a adhéré

Article 33. 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 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 34. 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 35. Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant de la présente notice d'information 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 36. 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 vous êtes victime, vous-même ou vos ayants droit.

Article 37. Réclamation – Médiation

Vous, vos ayants droit et autre personne pouvez formuler une réclamation.

La réclamation peut être adressée :

- **Par voie dématérialisée** via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel ;
- À défaut par courrier à l'adresse postale suivante :

MAEE MGEN CONTRATS COLLECTIFS
TSA 83500
35091 RENNES CEDEX 9 ;

- Par téléphone au 09 72 72 02 44.

La Mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de son envoi.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation, le membre participant peut saisir le Médiateur.

Conformément aux articles L.616-1 et R.616-1 du code de la consommation, la Mutuelle a mis en place un dispositif de médiation de la consommation. L'entité de médiation retenue est MÉDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT/MED CONSO DEV.

En cas de litige, vous pourrez déposer votre réclamation sur le site https://medconsodev.eu ou par voie postale en écrivant à MÉDIATION CONSOMMATION DÉVELOPPEMENT/MED CONSO DEV - Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble l'Horizon – Esplanade de France - 3, rue J. Constant MILLERET – 42000 SAINT-ÉTIENNE.

Article 38. Loi applicable - Différends

Les relations contractuelles établies entre vous et vos ayants droit et les Coassureurs 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 39. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Les Coassureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

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

Article 40. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les Coassureurs doivent 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 les Coassureurs à solliciter auprès de vous 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 les Coassureurs sont assujettis. La souscription, l'adhésion et l'application des garanties sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées le cas échéant.

Article 41. Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Vous vous engagez, pendant toute la durée d'exécution du présent régime :

- À 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 ;
- À 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 ;
- À procurer à la Mutuelle toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

Article 42. 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.

XII. ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL » ET DES GARANTIES OPTIONNELLES

Les montants des remboursements sont exprimés selon les postes de soins :

- en % de la Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale en vigueur ;
- en % des frais réels (FR) ;
- ou en forfait en euros.

Les garanties s'entendent sous déduction de l'intervention de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

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 (1)				
Consultations et visites de médecins généralistes				
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM	100% BR	140% BR	140% BR	140% BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Consultations et visites de médecins spécialistes				
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	150% BR	150% BR	170% BR	170% BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	130% BR	130% BR	150% BR	150% BR
Actes techniques médicaux				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	150% BR	150% BR	170% BR	170% BR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	130% BR	130% BR	150% BR	150% BR
Acte d'imagerie médicale				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	130% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	100% BR	130% BR	130% BR	130% BR

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
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires Médicaux hors masseurs - kinésithérapeutes	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Psychologue conventionné pris en charge par la Sécurité sociale (Mon soutien psy)	100% BR	60€ / séance avec un minimum de 100% BR	60€ / séance avec un minimum de 100% BR	70€ / séance avec un minimum de 100% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses Médicales et actes de laboratoire	100% BR	115% BR	130% BR	150% BR
Médicaments				
Médicament à service médical rendu majeur ou important	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament à service médical modéré	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicament à service médical rendu faible	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés (homéopathie, contraceptifs, test de grossesse)	70 € / an	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Frais de transport				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200% BR	220% BR	220% BR	220% BR
Véhicules pour personnes en situation de handicap (2)				
Location fauteuils roulants courte durée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Location fauteuils roulants longue durée				
Achat d'un véhicule à l'issue de la période de location courte durée	200% BR	220% BR	220% BR	220% BR

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
Prothèses capillaires (2)				
Prothèses capillaires de classe I et II	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Prothèses capillaires de classe III et IV	200% BR	220% BR	220% BR	220% BR
Accessoires capillaires (3 accessoires)	200% BR	220% BR	220% BR	220% BR
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Dentaire				
Soins et prothèses 100% santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses hors 100% Santé				
Soins et prothèses du panier maitrisé				
Prothèses dentaires fixes (couronnes et bridges)	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Prothèses dentaires amovibles	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Prothèses dentaires provisoires	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	375% BR	375% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR

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 et prothèses du panier libre				
Prothèses dentaires fixes - dent visible	300% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses dentaires fixes - dent non visible	250% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses dentaires amovibles - dent visible	300% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses dentaires amovibles -dent non visible	250% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Prothèses dentaires provisoires	300% BR	320% BR	320% BR	320% BR
Inlay Core	200% BR	240% BR	240% BR	240% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	240% BR	240% BR	240% BR
Implantologie				
Implant dentaire (limite 2 implants / an)	500 € par implant	500 € par implant	700 € par implant	700 € par implant
Couronne sur implant (limite 2 couronnes / 2 ans) *Prise en charge à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait*	200 € par couronne	200 € par couronne	300 € par couronne	300 € par couronne
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale				
Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale		225% BRR	225% BRR	225% BRR
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale	250% BR	255% BR	255% BR	255% BR
Orthodontie non remboursée par la sécurité sociale	400 € par semestre	500 € par semestre	500 € par semestre	500 € par semestre

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
Optique (3)				
Équipements 100% santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre				
Monture	50 €	60 €	80 €	100 €
Verre unifocal sphérique				
Sphère de -6 à +6	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Verre unifocal sphéro - cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -6 à 0	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 € par verre	90 € par verre	125 € par verre	160 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -6	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -6 à 0	110 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de -4 à + 4	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Sphère < -4 ou > + 4	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre

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
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de -8 à 0	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 € par verre	150 € par verre	250 € par verre	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de -8 à 0	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < -8	200 € par verre	225 € par verre	315 € par verre	350 € par verre
Lentilles				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables *Versement du ticket modérateur après épuisement du forfait*	100 € par an	130 € par an	130 € par an	130 € par an
Chirurgie réfractive				
Chirurgie Réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € par an	400 € par an	450 € par an	500 € par an
Aides auditives (4)				
Équipements du panier 100% santé (2)				
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
Équipements 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	1 400 € par prothèse
Mutualiste de 20 ans et plus	800 € par prothèse	800 € par prothèse	1 000 € par prothèse	1 200 € par prothèse

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
Hospitalisation				
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux (1)				
Médecin adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	150% BR	170% BR	190% BR	225% BR
Médecin non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM / OPTAM-ACO	130% BR	150% BR	170% BR	200% BR
Forfait Journalier hospitalier				
Forfait Journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfaits				
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Chambre particulière court séjour et maternité	50,00 € / nuit	50,00 € / nuit	55,00 € / nuit	68,00 € / nuit
Chambre particulière soins de suite	40,00 € / nuit	40,00 € / nuit	45,00 € / nuit	50,00 € / nuit
Chambre particulière psychiatrie	45,00 € / nuit	45,00 € / nuit	50,00 € / nuit	55,00 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	25,00 € / jour	25,00 € / jour	27,50 € / jour	30,00 € / jour
Frais d'accompagnant				
Frais accompagnant - établissement conventionné	38,50 € / nuit	45,00 € / nuit	50,00 € / nuit	55,00 € / nuit
Frais accompagnant - établissement non conventionné	25,00 € / nuit	35,00 € / nuit	40,00 € / nuit	45,00 € / nuit

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
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue (limité à 2 séances / an)	40 € par séance	40 € par séance	42,50 € par séance	45 € par séance
Actes non remboursés par la Sécurité sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € par an	80 € par an	85 € par an	90 € par an
Contraception, test de grossesse	80 € par an	80 € par an	85 € par an	90 € par an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € par acte	183 € par acte	190 € par acte	195 € par acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

(1) 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.

(2) Tels que définis règlementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Pour les bénéficiaires 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 bénéficiaires 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 bénéficiaires 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 règlementation, 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.

(4) 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 bénéficiaire.

MUTUELLE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET EUROPÉENNES (MAEE), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 666 332 dont le siège est situé 1 rue de l'Abbé Roger Derry, 75730 Paris Cedex 15

MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans, 75748 Paris cedex 15

FR232343_01NWQV