

MINISTÈRE DE L'ÉCOLOGIE, DE L'ÉNERGIE,
DU DÉVELOPPEMENT DURABLE
ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE
Secrétariat général

**Convention du 12 décembre 2008 relative à la protection
sociale complémentaire des agents du MEEDDAT**

NOR : *DEVK0829959X*

Entre les soussignés :

Le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire (MEEDDAT), dont le siège est situé à La Défense, 92055, représenté par Didier Lallement, agissant en qualité de secrétaire général, d'une part, et

La Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET) dont le siège est situé au 76-78, avenue de Fontainebleau, 94274 Le Kremlin-Bicêtre Cedex, représenté par Hubert Borderie agissant en qualité de président général, d'autre part,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 *bis*, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat ;

Vu le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

Vu les six arrêtés du 19 décembre 2007 pris en application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels ;

Vu le cahier des charges de l'appel d'offres pour la protection sociale complémentaire des agents du MEEDDAT et de certains établissements publics ;

Vu la décision du 23 octobre 2008 du secrétaire général désignant la MGET organisme de référence, après la procédure de mise en concurrence définie par la réglementation visée,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Objet de la convention

La présente convention a pour objet de faire bénéficier la MGET, désignée « l'organisme de référence » après une procédure de mise en concurrence, de la participation financière du MEEDDAT ci-après désigné « l'employeur public », en application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Cette convention est dénommée « convention-cadre de référencement » du MEEDDAT, de la direction générale de l'aviation civile et des établissements publics : Météo-France, Institut géographique national, l'Office national de la chasse et de la faune sauvage, l'Agence des aires marines protégées, le Conservatoire de l'espace littoral et des rivages lacustres, la structure des parcs nationaux de France et le Laboratoire central des ponts et chaussées.

Chacun de ces employeurs publics signera avec l'organisme référencé une convention spécifique conforme aux dispositions de la présente convention-cadre. Toute résiliation d'une convention spécifique signée par un employeur public n'emportera pas résiliation de la convention-cadre de référencement.

Article 2

Durée de la convention

La convention est établie pour une durée de sept ans, à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La convention peut être prorogée d'une durée maximale d'un an pour des motifs d'intérêt général.

Article 3

Bénéficiaires et droits

Peuvent adhérer au règlement mutualiste référencé dénommé « offre référencée MEEDDAT et certains de ses établissements publics » de la MGET, règlement qui respecte les conditions figurant aux visas de la présente convention :

- les fonctionnaires et agents de droit public de l'employeur public ;
- les retraités de l'employeur public ;
- les ayants droit des agents ou retraités décédés à condition qu'ils soient couverts par un régime de sécurité sociale,

dénommés ci-après ayant cause ;

– les ayants droit (conjoint, concubins ou partenaires d'un PACS et enfants à charge au sens de la sécurité sociale) des adhérents.

Sont exclus du dispositif les personnels de droit privé.

Pour bénéficier des droits ouverts par ce dispositif, les bénéficiaires adhèrent de manière facultative et individuelle à l'offre référencée mentionnée ci-dessus.

Article 4

Nature et couplage des garanties

L'organisme de référence est tenu d'offrir :

– aux fonctionnaires et agents de droit public : des garanties obligatoires et optionnelles de protection sociale complémentaire en couplage intégral qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, d'invalidité et liés au décès, ainsi qu'une garantie dépendance ;

– aux retraités : des garanties obligatoires et optionnelles de protection sociale complémentaire qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité ; cette couverture étant identique à celle des fonctionnaires et agents ainsi qu'une garantie dépendance ;

– à leurs ayants cause ainsi qu'aux ayants droit des fonctionnaires et agents : des garanties obligatoires et optionnelles de protection sociale complémentaire qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité ; cette couverture étant identique à celle des fonctionnaires et agents.

Les agents et retraités de l'employeur qui adhèrent au dispositif, sont tenus de souscrire au règlement mentionné à l'article 3.

Article 5

Obligation de l'organisme de référence envers les assurés

5.1. Absence de sélection des adhérents

L'organisme de référence ne peut refuser l'adhésion d'un bénéficiaire mentionné à l'article 3 et est tenu d'offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée à l'article 2, l'une des options prévues dans les garanties proposées.

5.2. Transmission d'une notice d'information à l'adhérent

L'organisme de référence est tenu de remettre à l'adhérent, un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste et une fiche d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le règlement et ses modalités d'application.

5.3. Document relatif au nombre d'années manquantes et au coefficient de majoration

L'organisme de référence est tenu d'adresser à l'agent ou retraité qui souhaite ne plus adhérer au règlement un document qui mentionne sa dernière année de cotisation et qui indique son coefficient de majoration.

Pour les cas de démission, ce document est adressé au plus tard quinze jours avant la date d'effet de la démission.

Pour les cas de radiation, ce document est adressé au plus tard quinze jours après la date d'effet de la radiation.

5.4. Information sur la modification des tarifs

L'organisme de référence est tenu d'adresser une information spécifique dans un délai de deux mois à l'ensemble des adhérents concernant toute modification tarifaire résultant de l'article 19 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007.

Article 6

Obligations de l'organisme de référence envers l'employeur public

L'organisme de référence s'engage à respecter l'ensemble des clauses contenues dans le cahier des charges de l'appel d'offres.

Il fournit notamment à l'employeur public les informations ci-dessous.

6.1. Règlement mutualiste

Toute modification du règlement mutualiste référencé, par l'assemblée générale de l'organisme de référence, sans accord de l'employeur public a pour effet de mettre fin à la présente convention à la date de ladite assemblée.

6.2. Données financières et comptabilité analytique

L'organisme de référence transmet à l'employeur public les comptes semestriels prévisionnels et les comptes de résultat

techniques et financiers annuels définitifs, selon l'exemple fourni lors de l'appel d'offres (cf. document 6 du règlement de consultation). Cette transmission est réalisée dans les deux mois suivants la fin du semestre et au plus tard le 15 mai pour l'exercice annuel.

L'organisme de référence met en place une comptabilité analytique permettant au ministère de retracer l'utilisation de la participation financière dont bénéficient ses agents dans le respect des principes de solidarité appliqués aux garanties complémentaires. Il en produit annuellement les pièces justificatives nécessaires.

6.3. *Liste des adhérents à fournir*

La liste des adhérents ayant adhéré au règlement est adressée annuellement au plus tard le 31 mars suivant la clôture de chaque exercice de la convention par l'organisme de référence à l'employeur public.

6.4. *Calcul des transferts*

L'organisme de référence adresse, avant le 31 mars suivant la clôture de chaque exercice de la convention, les montants des transferts de solidarité. La transmission des montants validés, accompagnés de leurs justificatifs (attestation CAC), sera effectuée avant le 15 mai de l'année suivante.

Ces montants sont calculés selon l'arrêté du 19 décembre 2007 (NOR : BCFF0771959A).

6.5. *Evolution des tarifs annuels*

L'organisme de référence adresse annuellement à l'employeur public, avant le 30 novembre de chaque année, les tarifs qui seront proposés aux adhérents au titre de l'année N + 1.

Pour les garanties santé-maternité tant obligatoires qu'optionnelles, sur la base des modèles de grilles tarifaires de l'appel d'offres, l'organisme de référence précisera :

Les grilles tarifaires pour chaque catégorie d'assurés en euros par mois par tranche d'âge de cinq ans et par tranche de rémunération selon l'indice nouveau majoré (INM) à partir d'INM = 191.

Il démontrera que :

– l'évolution tarifaire annuelle n'excède pas l'augmentation liée à la consommation médicale totale eu égard au choix de l'organisme de référence d'indexer les cotisations sur l'indice CMT ;

– les éléments attestant que le rapport entre la cotisation hors majoration due par l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé n'est pas supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques et pour une option de garanties comparable.

Pour les garanties prévoyance tant obligatoires qu'optionnelles :

– l'organisme de référence maintient les taux d'appel de chacune des garanties (hors recours au mécanisme prévu à l'article 6.6 de la présente convention).

Il présente chaque année les taux garantie par garantie.

Pour la garantie dépendance :

Le tarif est fixé en euros par mois selon la même répartition des tranches d'âge que celle présentée pour l'année 2009.

6.6. *Evolution exceptionnelle des tarifs*

Lorsque l'organisme de référence souhaite modifier les tarifs en dehors des limites tarifaires sur lesquelles il s'est engagé, il adresse sa demande à l'employeur public avant le 30 septembre.

Cette demande doit être accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions mentionnées à l'article 19 du décret nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre de ces garanties.

De plus pour les garanties prévoyance, la demande doit être accompagnée d'une étude justifiant que l'aggravation de la sinistralité nécessite l'application du taux contractuel pour préserver l'équilibre de ces garanties.

L'organisme de référence indique pour chacune des garanties les nouveaux tarifs qu'il entend appliquer.

L'employeur public dispose d'un délai d'un mois pour se prononcer. En cas de modification tarifaire accordée par l'employeur public, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant à la présente convention.

L'organisme de référence est tenu d'informer l'ensemble de ses adhérents de la modification des conditions tarifaires.

6.7. *Schéma d'assurances*

Le schéma d'assurance proposé pour son référencement par l'organisme de référence est le suivant :

- la MGET est l'assureur en santé et prévoyance, la garantie dépendance relève de son activité d'intermédiation ;
- la CNP est l'assureur pour la dépendance.

Toute modification relative à ce schéma devra être portée à la connaissance de l'employeur public et recueillir son approbation avant l'entrée en vigueur de celle-ci.

Dans ce cas, il appartient à l'organisme de référence de fournir à l'employeur public dans les meilleurs délais les informations nécessaires au recueil de son accord.

Le schéma de réassurance présenté par l'organisme de référence est le suivant :

– la CNP réassurance à 80 % l'incapacité (à l'exception de la première année) et réassurance à 100 % l'intégralité de l'invalidité ;

– MFPrévoyance-Vie réassurance à 50 % le décès.

L'organisme de référence informera l'employeur public de toute modification relative à ce schéma.

L'organisme de référence communique à l'employeur public les traités de réassurance CNP et MFPrévoyance ainsi que les comptes de résultats annuels transmis par :

– la CNP pour le contrat dépendance ;

– la CNP et MFPrévoyance pour les contrats réassurés par chacun d'eux.

6.8. *Suivi individuel des majorations de cotisations*

En application, d'une part, de l'article 16-2 du décret du 19 septembre 2007 et, d'autre part, de ses engagements lors de l'appel d'offres, l'organisme de référence applique une majoration de cotisation pour adhésion tardive.

Dans ce cas, l'organisme de référence fournira annuellement à l'employeur public, la liste de ces adhérents et pour chacun d'eux les informations suivantes :

– ancienneté dans la fonction publique ;

– ancienneté dans un organisme de référence ;

– taux de majoration appliqué en santé ;

– taux « risque aggravé » appliqué par garantie de prévoyance.

6.9. *Tenue d'une base de données*

L'organisme de référence tiendra une base de données sous forme électronique permettant à l'employeur public, à l'échéance de la première convention, de disposer de l'ensemble des informations concernant les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des agents, des retraités et de leurs ayants droit qui adhèrent à l'offre référencée.

L'employeur public et l'organisme de référence détermineront d'un commun accord, lors de la première année les formats et dessins d'enregistrement électroniques d'échanges ainsi que leurs modalités et leurs périodicité.

6.10. *Annexes*

Sont annexés à la présente convention :

– le règlement mutualiste « Offre référencée MEEDDAT et certains de ses établissements publics » avec ses annexes tarifaires ;

– les conditions générales et particulières du contrat dépendance souscrit par la MGET auprès de la CNP.

Article 7

Engagements de l'employeur public

7.1. *Versement de la participation à l'organisme de référence*

L'employeur public détermine, avant le 31 mars de chaque année, le plafond du montant de sa participation, le transmet à l'organisme de référence et lui demande de calculer les montants annuels des transferts de solidarité tels qu'ils sont précisés dans l'arrêté relatif à la répartition de la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

Sur la base du montant exact des transferts de solidarité délivrés et dans la limite du plafond annuel de participation, l'employeur public verse une subvention annuelle à l'organisme de référence.

7.2. *Date et modalités du versement de l'aide*

La participation donne lieu au cours du premier trimestre au versement d'un acompte égal aux trois quarts de la participation mentionnée dans l'appel d'offres.

Le solde est versé après communication des montants des transferts de solidarité et de leurs justificatifs.

7.3. *Conditions du précompte*

L'employeur public s'engage :

– à prélever mensuellement par voie de précompte la part des cotisations à la charge de l'agent au titre des régimes de protection sociale complémentaire en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 ;

– à verser à l'organisme de référence les sommes précomptées.

7.4. *Gestion*

L'employeur public s'engage, pour ce qui le concerne, à favoriser le développement de l'offre référencée et à faciliter la gestion des garanties qui la composent.

L'employeur public et l'organisme de référence arrêtent, d'un commun accord, les termes d'un protocole de gestion de

l'offre référencée qui en précise les modalités pratiques.

Article 8 *Suivi de la convention*

Un comité de suivi chargé de la bonne exécution de la convention composé de représentants de l'employeur public et de l'organisme de référence, sera mis en place dans les trois mois suivant la date de signature de la présente convention. Lors de la première réunion de ce comité seront définies les modalités de suivi et leur périodicité.

Article 9 *Résiliation et conséquences du terme de la convention*

9.1. *Cas d'exclusion*

L'organisme de référence est tenu dans le délai d'un mois à compter de la date de retrait d'informer l'ensemble de ses adhérents de la perte de sa qualité d'organisme de référence.

Il leur précise qu'ils perdraient faute d'adhésion à un autre organisme de référence le bénéfice des années de cotisation qu'ils continueraient de lui verser pour l'application du 2^o de l'article 16 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007.

Il s'engage à permettre la résiliation des contrats en cours dans les trois mois et à rembourser le montant de la cotisation au prorata de la durée écoulée entre l'échéance de la prime et la date de résiliation.

L'ancien organisme de référence s'engage à assurer la poursuite des risques nés au cours de la validité du contrat.

La résiliation ou le non-renouvellement de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

9.2. *Clause de résiliation fautive*

Si l'employeur public constate qu'un organisme ne respecte plus les dispositions du décret du 19 septembre 2007, il peut prononcer la résiliation de la convention et lui retirer la qualité d'organisme de référence.

Dans un délai d'un mois à compter de la date de retrait, cet organisme doit en informer les adhérents en précisant à ces derniers que, pour l'application du 2^o de l'article 16 du décret susvisé, ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisations qui continueraient à leur être versées.

Il permet aux adhérents de changer d'organisme de référence dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de ladite information. Le nouvel organisme garantit aux adhérents les risques nés à compter de la date de changement d'organisme de référence.

Si l'opérateur désigné perd sa qualité d'organisme de référence, les périodes écoulées après la perte de cette qualité sont prises en compte comme une durée de cotisation, pour l'application du 2^o de l'article 16, jusqu'à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence.

9.3. *Conséquence du terme de la convention à l'égard de l'organisme de référence*

9.3.1. *Echanges d'informations et de données financières*

Au terme de la convention, l'employeur public et l'organisme de référence mettent aussitôt un terme à leurs relations, nonobstant la fourniture des informations et données financières transmises à la fin de chaque exercice par l'organisme de référence.

Si la convention est dénoncée au cours d'un exercice annuel, les informations transmises au terme de chaque exercice sont fournies par l'ancien organisme de référence à l'employeur public pour la période échue.

9.3.2. *Montant de la participation*

Aucune participation n'est due au-delà du terme de la convention.

Si la convention est dénoncée au cours d'un exercice annuel, l'organisme de référence remboursera à l'employeur public l'acompte de la participation financière éventuellement perçue. Et l'employeur public lui versera sa participation financière au prorata de la durée écoulée entre le début de l'exercice et la date de résiliation sur la base du montant de l'année précédente.

9.4. *Conséquence du terme de la convention à l'égard des adhérents*

9.4.1. *Résiliation des contrats*

L'organisme de référence est tenu de permettre la résiliation des contrats en cours dans les trois mois à compter de la date de retrait et à rembourser le montant de la cotisation au prorata de la durée écoulée entre l'échéance de la prime et la date de résiliation.

9.4.2. *Poursuite des risques nés*

L'ancien organisme de référence s'engage à assurer la poursuite des risques nés au cours de la validité du contrat. La résiliation ou le non-renouvellement de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution sauf dans les cas de transfert de provisions des prestations de prévoyance visés à l'article 9.4.3.

Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement.

9.4.3. Provisions

Dans le délai de six mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence, l'ancien organisme de référence et le nouvel organisme auront réglé les modalités et les éventuels transferts de fonds relatifs aux provisions de prestations de prévoyance en cours de service pour les adhérents de l'ancien organisme de référence qui auront changé d'organisme de référence dans le délai de trois mois suivant la date de désignation du nouvel organisme de référence.

Article 10

Litiges et avenants

La procédure de règlement amiable des différends ou litiges qui pourraient intervenir lors de l'exécution de la présente convention doit être privilégiée.

Dans le cas où un accord amiable ne pourrait intervenir, le litige serait porté devant le tribunal administratif de Versailles.

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par l'organisme de référence et par l'employeur public.

Article 11

Publication et date d'entrée en vigueur de la convention

11.1. Publication de la convention

L'employeur public informe l'ensemble de ses agents de la signature de la présente convention dans un délai de trois mois. Celle-ci sera publiée au *Bulletin officiel* du MEEDDAT.

11.2. Date d'entrée en vigueur

La convention entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2009.

Fait à Paris, le 12 décembre 2008.

Pour le ministre et par
délégation :
Le préfet, secrétaire général,
D. Lallement

Le président de la
MGET,
H. Borderie

Le contrôleur financier
central,
L. Durvy

Règlement mutualiste Offre référencée MEEDDAT et certains de ses établissements publics

Préambule

Le présent règlement mutualiste est mis en œuvre suite à la procédure d'appel public à la concurrence lancée par le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire (MEEDDAT) ainsi que les établissements publics suivants :

- l'établissement public administratif « Météo-France » ;
- l'établissement public administratif « Office national de la chasse et de la faune sauvage » ;
- l'établissement public administratif « Institut géographique national » ;
- l'établissement public administratif « Laboratoire central des ponts et chaussées » ;
- l'établissement public administratif « Agence des aires marines protégées » ;
- l'établissement public administratif « Conservatoire de l'espace Littoral et des rivages lacustres » ;

– l'établissement public administratif « structure des Parcs nationaux de France ».

Dans le cadre du dispositif institué par l'article 39 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 et par son décret d'application, fixant les conditions de la participation de l'Etat et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

La désignation de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires comme organisme référencé a donné lieu à la signature de conventions *ad hoc* avec le ministère et chacun des établissements publics concernés par la procédure.

Au terme de ces conventions, la MGET s'engage à offrir à l'ensemble des agents actifs et retraités du ministère et des établissements publics, les garanties décrites dans le présent règlement dans les conditions et selon les modalités ci-après précisées.

TITRE 1^{er} **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

Article 1^{er} *Objet du règlement*

Le présent règlement mutualiste a pour objet, conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du code de la mutualité et aux statuts de la Mutuelle, de définir le contenu et la durée des engagements notamment en matière de cotisations et de prestations, entre les membres participants limitativement définis à l'article 2, personnes physiques adhérant à titre individuel, leurs ayants droit et la Mutuelle.

Ses dispositions n'ont vocation à gouverner que les seuls membres participants et ayants droit définis à l'article 2 et pour les seules garanties décrites aux titres II et III. Les autres garanties proposées par la Mutuelle sont régies par les seules dispositions du règlement mutualiste général intitulé « règlement des garanties » ainsi que le cas échéant par les notices contractuelles correspondantes.

Article 2 *Adhésion*

2.1. *Définition de la population susceptible d'adhérer*

Sont susceptibles d'adhérer au présent règlement mutualiste « offre référencée MEEDDAT et certains de ses établissements publics », dès lors qu'ils sont affiliés à un régime de sécurité sociale, les agents titulaires et non titulaires en activité en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'outre mer et à l'étranger, et les retraités :

- de ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ;
- de l'établissement public administratif « Météo-France » ;
- de l'établissement public administratif « Office national de la chasse et de la faune sauvage » ;
- de l'établissement public administratif « Institut géographique national » ;
- de l'établissement public administratif « Laboratoire central des ponts et chaussées » ;
- de l'établissement public administratif « Agence des aires marines protégées » ;
- de l'établissement public administratif « Conservatoire de l'Espace Littoral et des rivages lacustres » ;
- de l'établissement public administratif « structure des Parcs nationaux de France ».

Ont également la faculté d'adhérer au présent règlement, les agents et retraités du ministère et des établissements publics, qui sont sous les drapeaux, expatriés (même sans couverture sociale), en service détaché, en disponibilité ou congé sans salaire, bénéficiaire d'une pension d'invalidité, en disponibilité d'office ou en autorisation d'absence pour maladie, maternité, accident du travail ou invalidité temporaire.

Les ayants droit des agents et retraités ci-dessus décédés peuvent également adhérer en qualité de membres participants dès lors qu'ils sont affiliés à un régime de sécurité sociale.

Les membres participants actifs et retraités peuvent décider d'étendre le bénéfice de leur adhésion à leurs ayants droit au sens de la sécurité sociale (conjoint, concubins, partenaire de Pacte civil de solidarité et enfants).

2.2. *Modalités d'adhésion*

L'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'adhésion aux dispositions du présent règlement est pour l'ensemble des agents définis à l'article 2.1 individuelle et facultative.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble des droits et obligations définis par les dispositions des statuts et du présent règlement mutualiste.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion, l'adhérent acquiert à cette date la qualité de membre participant.

Article 3 *Catégories de bénéficiaires/typologie des garanties*

Les bénéficiaires se répartissent dans les quatre catégories suivantes :

Les membres participants actifs, définis à l'article 2.1 du règlement, qui du fait de leur adhésion au présent règlement

sont obligatoirement couverts, de manière conjointe et indissociable contre les risques « frais de santé », « incapacité temporaire de travail », « invalidité permanente totale » et « décès – invalidité permanente et absolue – allocation frais d'obsèques » et « garantie dépendance » au moyen des garanties définies au titre II.

Ils ont la faculté, de souscrire, de manière complémentaire, les garanties optionnelles définies au titre III.

Les membres participants retraités, définis à l'article 2.1 du règlement, qui du fait de leur adhésion au présent règlement sont obligatoirement couverts contre le risque « frais de santé » au moyen de la garantie définie au chapitre 1^{er} du titre II, ainsi que par la « garantie dépendance » visée au titre II.

Ils ont la faculté de souscrire, de manière complémentaire, la garantie optionnelle définie au chapitre 1^{er} du titre III.

Les ayants droit, qui en raison de la décision du membre participant dont ils dépendent (au sens de l'assurance maladie) bénéficient des dispositions du présent règlement, sont couverts contre le risque frais de santé dans les mêmes conditions que leur auteur.

Les ayants droit des agents et retraités, qui ont adhéré au présent règlement en application des dispositions de l'article 2.1 sont obligatoirement couverts contre le risque « frais de santé » au moyen de la garantie définie au chapitre 1^{er} du titre II, , ainsi que par la « garantie dépendance » visée au titre II.

Ils ont la faculté de souscrire, de manière complémentaire, la garantie optionnelle définie au chapitre 1^{er} du titre III.

Article 4

Information préalable

Préalablement à la signature du bulletin d'adhésion la Mutuelle remet au futur membre participant, dans les conditions réglementaires en vigueur, un exemplaire des statuts et du présent règlement mutualiste et une fiche d'information décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties.

Article 5

Durée de l'adhésion

5.1. Faculté de résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, tous les ans, en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante. Il dispose également d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle de cotisation pour dénoncer la reconduction du contrat.

5.2. Faculté de résiliation exceptionnelle

en cas de perte de la qualité d'organisme référencé

Conformément aux dispositions de l'article 11 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, si l'employeur public ne renouvelle pas la convention, ou s'il retire à la Mutuelle la qualité d'organisme référencé, celle-ci doit dans le mois qui suit la désignation du nouvel organisme de référence, informer l'ensemble des membres participants de cette désignation et leur laisser un délai de trois mois, à compter de la date d'envoi de ladite information, pour résilier leur adhésion afin de changer d'organisme de référence.

5.3. Résiliation exceptionnelle en cas de sortie du périmètre de la population susceptible d'adhérer

Le membre participant cesse de bénéficier des dispositions du présent règlement mutualiste, dès lors qu'il ne satisfait plus à la définition limitative de la population susceptible d'y adhérer fixée à l'article 2.1.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Dans tous les cas de résiliation, la Mutuelle remet à l'ancien membre participant, un justificatif d'adhésion précisant le montant du coefficient de majoration visé à l'article 48.2 qui est affecté à sa cotisation. Dans le cas où le membre participant ne se voyait pas affecter de coefficient de majoration la Mutuelle lui adresse une attestation de non majoration.

Article 6

Modifications du règlement mutualiste

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par l'assemblée générale de la Mutuelle, ou sur délégation par le conseil d'administration, dans le respect de la convention conclue avec l'employeur public, est notifiée aux membres participants dans les conditions réglementaires applicables.

Article 7

Fausses déclarations

7.1. Fausses déclarations intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de

nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

7.2. Fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 8 *Prescription*

Toutes actions relatives aux opérations d'assurances garanties par la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. 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 ;
2. 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 participant, du bénéficiaire 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 portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et d'assurance nuptialité, natalité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article 9 *Subrogation*

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 10 *Limitation des prestations en espèces*

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par le membre participant.

Lorsque le montant d'un avantage obligatoire servi par la Mutuelle, cumulé avec l'intervention de la sécurité sociale et/ou éventuellement celle d'un autre organisme (administration, organisme de prévoyance complémentaire, etc.) a pour effet :

- de porter le total des remboursements reçus au-delà de la dépense réellement exposée ;
 - de porter le total des éléments de rémunération et/ou de compensation de perte de rémunération à un niveau dépassant le montant de la rémunération nette qu'aurait perçue l'intéressé en position d'activité,
- il est réduit à due concurrence.

TITRE II **LES GARANTIES OBLIGATOIRES**

Chapitre 1^{er} *La garantie frais de santé* **Article 11**

Ouverture du droit aux prestations

Le droit aux prestations prend effet à compter de la date d'adhésion mentionnée à l'article 2.2 du présent règlement. La mutuelle n'intervient pas pour les événements (actes médicaux...) antérieurs à la date d'ouverture des droits.

Article 12

Objet des prestations

Les prestations consistent en la participation de la mutuelle aux frais laissés à la charge du membre participant ou de ses ayants droit par la législation sur la sécurité sociale ou venant compléter les prestations de celle-ci.

Les frais pris en charge et les conditions de remboursement sont définis par les tableaux figurant en annexe.

Pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, la mutuelle intervient dans le respect des dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 et de leurs textes subséquents relatifs au panier de biens et de services.

Article 13

Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou une maternité ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent 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 ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 14

Maintien de la garantie frais de santé

La mutuelle maintient, sans autre condition que le paiement de la cotisation y afférente et sans délai, la garantie frais de santé au bénéfice des membres participants en état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

De la même manière, en cas de congé prévu par le code du travail ou par le statut de la fonction publique, la mutuelle maintient, sans autre condition que le paiement de la cotisation y afférente et sans délai, le bénéfice de la garantie frais de santé au profit de l'agent, sauf si celui-ci en manifeste la volonté contraire par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à la mutuelle préalablement au début effectif dudit congé.

Article 15

Versement des prestations

Les prestations sont servies directement au membre participant.

Le conjoint, concubin ou partenaire de PACS, peut percevoir directement les prestations pour lui-même. De la même manière, les ayants droit de seize ans et plus sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Dans le cadre des accords passés par la mutuelle avec des professionnels de santé (dispense d'avance de frais ou tiers payant), les prestations sont alors versées directement à ces professionnels, ces établissements ou à leurs mandataires.

Chapitre II

Les garanties prévoyances

Section 1

La garantie complémentaire incapacité temporaire de travail

Article 16

Population couverte et admission dans la garantie

Conformément aux dispositions de l'article 3 du présent règlement, le membre participant en activité, bénéficie de manière obligatoire, du fait de son adhésion, de la garantie incapacité temporaire de travail, définie ci-après.

Cette garantie est accordée à l'ensemble des membres participants en activité, sans condition d'âge au moment de l'adhésion.

L'admission dans cette garantie n'est pas subordonnée à un questionnaire médical. Elle est automatique pour l'ensemble des membres participants en situation effective d'activité.

Toutefois, les membres participants en arrêt de travail au moment de leur adhésion ne seront admis dans cette garantie, sauf en cas d'accident, que s'ils peuvent justifier postérieurement à leur adhésion, d'une période d'activité ininterrompue à temps plein d'une durée de 180 jours.

Dans le cas où ils ne peuvent justifier d'une période d'activité ininterrompue à temps plein, ils ne peuvent bénéficier de la garantie complémentaire incapacité temporaire de travail, qu'à compter du lendemain du jour où ils sont en mesure de justifier d'une période d'activité ininterrompue à temps plein d'au moins 180 jours.

Cette condition de période d'activité ne s'applique toutefois pas, pour les membres participants qui adhèrent au présent règlement au 1^{er} janvier 2009, et qui justifient avoir été couverts au 31 décembre 2008 contre le risque incapacité

temporaire de travail par un contrat ou règlement souscrit auprès d'un organisme de protection sociale complémentaire.

Article 17 *Conditions d'indemnisation*

Pour pouvoir bénéficier de la garantie, le membre participant doit obligatoirement remplir toutes les conditions suivantes :

1. Se trouver soit en congé de maladie, soit en congé de maladie grave, soit en accident du travail.
2. Percevoir une rémunération de l'administration, ou des indemnités journalières.
3. Subir une diminution effective de son traitement ou salaire.
4. Communiquer les justificatifs exigés par la mutuelle.

Les prestations ne sont pas versées :

- lorsque le membre participant se trouve en mi-temps pour raison thérapeutique ou médicale ;
- lorsque l'arrêt de travail ne dure pas une journée complète.

Article 18 *Risques exclus*

La mutuelle ne garantit pas les sinistres résultant :

– d'une tentative de suicide, d'une mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale et d'une façon générale, d'accidents, blessures ou maladie qui sont le fait volontaire de l'assuré, sauf si la preuve est apportée qu'il y a eu acte inconscient ;

- de l'usage de stupéfiants sans prescription médicale ;
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués.

La mutuelle ne prend pas en charge l'indemnisation des arrêts de travail nés avant l'adhésion au présent règlement.

Article 19 *Montant et règlement des prestations* 19.1 *Détermination de la base de garantie*

Les prestations sont calculées sur la base du traitement indiciaire brut ou du salaire perçu par le membre participant à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Pour les membres participants exerçant une activité à temps partiel, la base de garantie est déterminée en fonction de la quotité de travail effective (par exemple 80 %, 50 %) au moment de l'événement ouvrant droit à prestation.

19.2 *Montant de la prestation*

Le montant de la prestation versée par la mutuelle, augmenté du maintien de salaire statutaire (maladie ordinaire, longue maladie, maladie longue durée, congé maladie ordinaire et grave maladie) ou des indemnités journalières versées par la sécurité sociale, est fixé à 85 % de la base de garantie.

Si le montant de la prestation due est inférieur ou égal à 8 Euro, la prestation n'est pas versée au membre participant.

19.3 *Revalorisation de la base de garantie*

La base de garantie est revalorisée le 1^{er} janvier de chaque année par référence à l'évolution de l'indice des traitements de la fonction publique, ainsi que pour les membres participants exerçant une activité à temps partiel en fonction de la quotité effective de travail.

Cette revalorisation cesse lorsque la mutuelle n'a plus la qualité d'organisme de référence.

Article 20 *Durée de l'indemnisation*

L'indemnisation au titre de l'incapacité temporaire de travail se poursuit jusqu'à la reprise du travail par le membre participant, ou jusqu'à ce qu'il soit admis au bénéfice d'une pension de retraite, y compris les pensions de retraite pour invalidité.

L'indemnisation cesse également en cas de reprise de travail du membre participant, à temps partiel pour raison de santé, ou de reprise à mi-temps thérapeutique.

Article 21 *Cessation de la garantie*

La garantie cesse de produire ses effets pour les membres participants admis au bénéfice d'une pension de retraite, y compris pour les membres participants mis en retraite pour invalidité.

La garantie cesse également de produire ses effets pour les membres participants visés à l'article 5.3 du présent règlement, sous réserve que le membre participant ne bénéficie d'aucune prestation liée de la présente garantie.

Article 22
Dispositions diverses

La majoration pour tierce personne servie au titre de l'invalidité ou du handicap ne doit pas être considérée comme un élément de rémunération ou de compensation de perte de rémunération ;
Les mois sont réputés être de trente jours.

Article 23
Justificatifs à produire

La prestation est versée sur production des justificatifs demandés par la mutuelle et notamment :

- de l'arrêté de l'administration précisant la nature du congé maladie et les dates de celui-ci ;
- des historiques d'arrêts de travail ;
- des bulletins de salaire des trois derniers mois ;
- du décompte d'indemnités journalières ;
- de tout autre justificatif, nécessaire à l'indemnisation, demandé par la mutuelle.

Article 24
Contrôle médical

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout membre participant qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente garantie.

La mutuelle fait examiner, par un médecin désigné par elle, le membre participant qui demande à bénéficier des prestations ou qui bénéficie des prestations. Elle informe le membre participant de sa décision motivée.

Si le membre participant se refuse à un contrôle médical ou ne s'y présente pas, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure.

Article 25
Procédure de conciliation dans le cadre du contrôle médical

Le membre participant qui conteste une décision de la mutuelle, dans le cadre de la présente garantie, doit lui faire parvenir, dans les six mois qui suivent la date de la décision contestée, un certificat médical détaillé justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation.

Sur cette lettre, le membre participant devra notamment préciser qu'il accepte de faire l'avance des frais et honoraires du médecin tiers expert.

La mutuelle invite alors son médecin contrôleur et celui du membre participant à se mettre d'accord.

Dans l'affirmative, ils signent un procès-verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé du membre participant.

A défaut d'entente, le médecin contrôleur mandaté par la mutuelle et le médecin du membre participant, choisissent un troisième médecin parmi ceux exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent à la mutuelle et au membre participant, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voie de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du médecin tiers-expert sont à la charge de la partie perdante, le membre participant en faisant l'avance.

Section 2
La garantie complémentaire invalidité permanente totale

Article 26
*Population couverte – Admission dans la garantie –
Cessation de la garantie*
26.1. *Population couverte – Admission dans la garantie*

Conformément aux dispositions de l'article 3 du présent règlement, le membre participant en activité, bénéficie de manière obligatoire, du fait de son adhésion, de la garantie invalidité permanente totale, définie ci-après.

Cette garantie est accordée à l'ensemble des membres participants en activité, sans condition d'âge au moment de l'adhésion.

L'admission dans cette garantie n'est pas subordonnée à un questionnaire médical. Elle est automatique pour l'ensemble des membres participants en situation effective d'activité.

Toutefois, les membres participants en arrêt de travail au moment de leur adhésion ne seront admis dans cette garantie, sauf en cas d'accident, que s'ils peuvent justifier au postérieurement à leur adhésion, d'une période d'activité ininterrompue à temps plein d'une durée de 180 jours

Dans le cas où ils ne peuvent justifier d'une période d'activité ininterrompue à temps plein, ils ne peuvent bénéficier de la garantie complémentaire invalidité permanente et absolue, qu'à compter du lendemain du jour où ils sont en mesure de justifier d'une période d'activité ininterrompue à temps plein d'au moins 180 jours.

Cette condition de période d'activité ne s'applique toutefois pas, pour les membres participants qui adhèrent au présent règlement au 1^{er} janvier 2009, et qui justifient avoir été couvert au 31 décembre 2008 contre le risque invalidité permanente totale par un contrat ou règlement souscrit auprès d'un organisme de protection sociale complémentaire.

26.2. Cessation de la garantie

Sous réserve que le membre participant ne bénéficie d'aucune prestation liée à la présente garantie, l'assurance cesse de produire tous ses effets :

- à la date à laquelle le membre participant se trouve dans la situation définie à l'article 5.3 du présent règlement ;
- à la date à laquelle le membre est admis au bénéfice d'une pension de retraite et, au plus tard, lorsqu'il atteint son soixantième anniversaire ;
- à la date à laquelle du début effectif du congé du membre participant, prévu par le code du travail ou par le statut de la fonction publique.

Article 27

Définition de la garantie

Est considéré atteint d'une invalidité permanente totale, tout membre participant qui, avant son soixantième anniversaire, à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu et constaté en cours d'assurance :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66 % reconnue par le médecin de la mutuelle.

Article 28

Risques exclus

La mutuelle ne garantit pas les sinistres résultant :

- d'une tentative de suicide, d'une mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale et, d'une façon générale, d'accidents, blessures ou maladie qui sont le fait volontaire de l'assuré, sauf si la preuve est apportée qu'il y a eu acte inconscient ;
- de l'usage de stupéfiants sans prescription médicale ;
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués ;
- d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.

Article 29

Montant et règlement des prestations

29.1. Base de garantie

Les prestations sont calculées sur la base du traitement indiciaire brut ou du salaire perçu par le membre participant à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

Pour les membres participants exerçant une activité à temps partiel, la base de garantie est déterminée en fonction de la quotité de travail effective (par exemple 80 %, 50 %) au moment de l'événement ouvrant droit à prestation.

29.2. Prestation en cas d'invalidité permanente

totale avant 60 ans

La prestation est versée uniquement si le membre participant justifie d'un taux d'invalidité permanente totale d'au moins 66 %.

Le montant des prestations versées, augmenté des prestations servies par la sécurité sociale, l'employeur perçues ou tout autre organisme assureur, pensions ou retraites perçues (*), est fixé à 85 % de la base de garantie.

29.3. Prestation en cas d'invalidité permanente

totale après 60 ans

La prestation est versée uniquement si le membre participant justifie d'un taux d'invalidité permanente totale d'au moins 66 %.

La prestation versée augmentée de la pension ou retraite perçue (*), et de toute prestation servie par un autre organisme assureur, est fixé à 75 % de la base de garantie.

(*) La majoration pour tierce personne servie au titre de l'invalidité n'est pas considérée comme un élément de la pension ou de la retraite perçue, de même que les majorations pour enfant à charge.

29.4. Versement des prestations

Les prestations sont réglées mensuellement à terme échu, sous forme de rente, sans intérêts.

En cas de cessation de paiement de la rente à l'âge de 60 ans, l'âge s'apprécie à la fin du trimestre civil au cours duquel le membre participant atteint cet âge.

29.5. Revalorisation de la base de garantie

La base de garantie est revalorisée le 1^{er} janvier de chaque année par référence à l'évolution de l'indice des traitements de la fonction publique, ainsi que pour les membres participants exerçant une activité à temps partiel en fonction de la quotité effective de travail. Cette revalorisation cesse lorsque la mutuelle n'a plus la qualité d'organisme de référence.

Article 30

Déclaration des sinistres et justificatifs à produire

30.1. Pour une première prise en charge

Le membre participant transmet à la mutuelle, le formulaire de demande de prise en charge accompagné des justificatifs demandés et notamment :

- le justificatif invalidité ;
- les arrêtés de l'administration ou la copie de documents de la sécurité sociale attestant le versement des prestations en espèces au titre d'une invalidité, pour la période indemnisable ;
- en cas de mise en retraite pour invalidité, le bulletin d'inscription de la pension d'invalidité ;
- le montant brut de la pension d'invalidité ou de la pension de retraite pour invalidité, pour la période indemnisable ;
- le montant du traitement ou salaire connu à la date de l'événement ouvrant droit à prestations.

30.2. Pour un changement de situation

Le membre participant transmet à la mutuelle le formulaire « prolongation », accompagné, le cas échéant des pièces nécessaires au calcul de la prestation à régler.

Article 31

Contrôle médical

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout membre participant qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente garantie.

La mutuelle fait examiner, par un médecin désigné par elle, le membre participant qui demande à bénéficier des prestations. Elle informe le membre participant de sa décision motivée.

Si le membre participant se refuse à un contrôle médical ou ne s'y présente pas, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure.

Article 32

Procédure de conciliation dans le cadre du contrôle médical

Le membre participant qui conteste une décision de la mutuelle, dans le cadre de la présente garantie, doit lui faire parvenir, dans les six mois qui suivent la date de la décision contestée, un certificat médical détaillé justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en place de la procédure de conciliation.

Sur cette lettre, le membre participant devra notamment préciser qu'il accepte de faire l'avance des frais et honoraires du médecin tiers expert.

La mutuelle invite alors son médecin contrôleur et celui du membre participant à se mettre d'accord.

Dans l'affirmative, ils signent un procès-verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé du membre participant.

A défaut d'entente, le médecin contrôleur mandaté par la mutuelle et le médecin du membre participant, choisissent un troisième médecin parmi ceux exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent à la mutuelle et au membre participant, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voie de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du médecin tiers expert sont à la charge de la partie perdante, le membre participant en faisant l'avance.

Section 3

La garantie complémentaire décès – Invalidité permanente et absolue – Frais d'obsèques

Article 33

Objet de la garantie

La mutuelle garantit directement les membres participants en activité, ayant adhéré au présent règlement contre les risques décès et invalidité permanente et absolue.

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès ou en cas de survenance du risque invalidité

permanente et absolue d'un adhérent pendant la période de garantie, ainsi que le paiement d'une allocation pour frais d'obsèques en cas de décès du membre participant pendant la période de garantie.

Article 34 *Admission dans la garantie*

Conformément aux dispositions de l'article 3 du présent règlement, l'ensemble des membres participants en activité visés à l'article 2 sont obligatoirement couverts par la garantie décès, sans condition tenant à l'âge au moment de l'adhésion.

De la même manière l'admission dans la garantie n'est pas subordonnée à un questionnaire médical.

Toutefois, lorsque l'adhésion du membre participant au présent règlement est postérieure d'au moins cinq ans à la date de son entrée dans la fonction publique, la tarification de la garantie sera réalisée sur la base d'un questionnaire médical et éventuellement d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par la mutuelle et à ses frais. Au terme de l'examen du dossier médical, la mutuelle peut :

- accepter l'entrée du membre participant dans l'assurance au taux normal ;
- accepter l'entrée du membre participant dans l'assurance au taux « risque aggravé », précisé dans le tableau des cotisations en annexe.

La mutuelle ne peut en aucun cas procéder à des exclusions de pathologies.

Le refus du membre participant de répondre aux questions posées par la mutuelle, de se soumettre aux visites médicales, ou de fournir les éventuels éléments complémentaires entraîne application d'office l'admission dans la garantie au taux « risque aggravé ».

La décision de la mutuelle est signifiée au membre participant qui dispose alors d'un délai de six mois, à compter de cette date pour la contester conformément à la procédure définie à l'article 32 du présent règlement.

Article 35 *Prise d'effet et durée de la garantie* 35.1. *Prise d'effet*

La garantie prend effet, conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent règlement, au premier jour du mois suivant la date de réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion.

35.2. *Durée de la garantie*

Outre les cas visés à l'article 5 du présent règlement, les garanties décès, invalidité permanente et absolue et allocation frais d'obsèques cessent de produire leurs effets, à la date à laquelle le membre participant est admis au bénéfice d'une pension de retraite y compris les retraites pour invalidité.

Les garanties décès et invalidité permanente et absolue cessent également de produire leurs effets à compter de la date à laquelle a été versé le capital garanti à la suite de la survenance du risque invalidité permanente et absolue.

Les garanties décès, invalidité permanente et absolue, allocation frais d'obsèques cessent de produire leurs effets, à la date du début effectif du congé prévu par le Code du travail ou le statut de la fonction publique du membre participant.

Les garanties décès, invalidité permanente et absolue et allocation frais d'obsèques sont maintenues sans autre condition que le paiement de la cotisation y afférente, pour les membres participants en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente totale, et ce jusqu'à ce qu'ils soient admis au bénéfice d'une pension de retraite, y compris les retraites pour invalidité et au plus tard lors de leur 60^e anniversaire.

Article 36 *Risques assurés – Prestations* 36.1. *Garantie décès et invalidité permanente et absolue*

Sous réserve des exclusions définies à l'article 38 ci-après, le montant du capital est dû, si, au cours de la période de couverture, le membre participant décède ou est atteint d'invalidité permanente et absolue.

L'invalidité permanente absolue est l'état du membre participant qui est reconnu définitivement incapable d'exercer une profession quelconque et qui est en outre dans l'obligation de recourir de façon définitive à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Elle est assimilée au décès dès lors qu'elle survient durant la période de couverture et qu'elle est reconnue par le médecin contrôleur désigné par la mutuelle.

Le capital garanti sur la tête de chaque membre participant est égal à 70 % de son traitement indiciaire brut annuel soumis à retenue pour pension, majoré de 25 % par enfant à charge.

Pour l'application de cette garantie, on entend par enfant à charge, l'enfant légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli par le membre participant et qui est :

- âgé de moins de 21 ans et non salarié ;
- âgé de moins de 25 ans s'il poursuit réellement ses études ;
- quel que soit son âge s'il est handicapé et dans l'impossibilité de se livrer à une activité salariée du fait de son handicap.

Pour les membres participants en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, le capital garanti est calculé sur la base du traitement indiciaire brut annuel ou du salaire annuel perçu par l'agent à la date de l'arrêt de travail, revalorisé

selon la variation du point d'indice de la fonction publique sur la période considérée.

Ce capital garanti est, après application des majorations pour enfant à charge, doublé en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue résultant directement d'un accident ou triplé si le décès ou l'invalidité permanente et absolue est la résultante directe d'un accident de la circulation.

Pour l'application de cette garantie, l'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. L'accident de la circulation est celui dont le membre participant est victime :

- soit au cours d'un trajet à pied, sur voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal, ou d'un autre piéton ;
- soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'invalidité permanente et absolue du membre participant, ainsi que la preuve de la nature de l'incident incombent au bénéficiaire.

36.2. *Garantie allocation frais d'obsèques*

Sous réserve des exclusions définies à l'article 38 ci-après, un capital dénommé « allocation frais d'obsèques » est dû en cas de décès du membre participant durant la période de couverture.

Le montant de ce capital fixé à 2 500 euros est forfaitaire et ne fait pas l'objet d'un doublement ou d'un triplement en cas d'accident ou d'accident de la circulation.

Il n'est pas majoré en cas d'enfant à la charge du membre participant.

Article 37 *Bénéficiaires*

37.1. *Bénéficiaires de la garantie décès*

Les bénéficiaires du capital sont ceux désignés par le membre participant. A l'inscription, le membre participant a le choix entre deux formules :

La formule générale suivante :

- « au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut au concubin ou au partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut aux descendants vivants ou représentés ;
- à défaut aux ascendants ;
- à défaut aux héritiers conformément aux principes du droit des successions ;
- à défaut à la mutuelle » ,

ou toute formule particulière différente, à utiliser notamment lorsque le membre participant souhaite désigner nommément une personne comme bénéficiaire (indiquer dans ce cas les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut du choix d'une formule particulière, la formule générale s'applique.

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, le membre participant peut modifier, à sa convenance à tout moment et au plus tard le jour de son décès, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

37.2. *Bénéficiaire de la garantie invalidité permanente et absolue*

Le bénéficiaire du capital versé en cas d'invalidité permanente et absolue est le membre participant.

37.3. *Bénéficiaire de la garantie allocation frais d'obsèques*

Les bénéficiaires de la prestation allocation frais d'obsèques sont ceux désignés par le membre participant.

A l'inscription, le membre participant a le choix entre deux formules :

La formule générale suivante :

- « au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut au concubin ou au partenaire de PACS (ceux-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;
- à défaut aux descendants vivants ou représentés ;
- à défaut aux ascendants ;
- à défaut aux héritiers conformément aux principes du droit des successions ;
- à défaut à la mutuelle. » ,

ou toute formule particulière différente, à utiliser notamment lorsque le membre participant souhaite désigner nommément une personne comme bénéficiaire (indiquer dans ce cas les nom, prénom, la date et le lieu de naissance, l'adresse ainsi que la quotité attribuée).

A défaut de désignation expresse, la prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) définis pour la garantie décès dans le même ordre et dans les mêmes proportions.

A défaut de désignation expresse pour la prestation allocation frais d'obsèques et à défaut de bénéficiaire défini pour la garantie décès, la dévolution prévue par la formule générale s'applique.

Article 38
Risques exclus

38.1. *Sont exclus de la garantie décès, invalidité permanente et absolue, et de l'allocation frais d'obsèques, les sinistres résultants :*

- du suicide volontaire et conscient de l'adhérent dans la première année de couverture ;
- de l'homicide volontaire du membre participant par l'un des bénéficiaires ayant fait l'objet d'une condamnation pénale toutefois, la garantie produit ses effets à l'égard des autres bénéficiaires ;
- de tentative de records, de compétition, d'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation) ;
- directement ou indirectement du fait de guerre civile ou étrangère ;
- directement ou indirectement d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particule.

38.2. *Sont exclus du doublement ou du triplement du capital garanti en cas de décès par accident et décès par accident de la circulation, les sinistres résultants :*

- de démonstrations, acrobaties, raids, avec des appareils munis de certificats de navigabilité ;
- de vols sur ailes volantes, sur ULM, sur prototypes homologués.

38.3. *Sont exclus de la garantie invalidité permanente et absolue, les sinistres résultants :*

- de toute atteinte volontaire et consciente du membre participant à son intégrité physique.

Article 39
Formalités à remplir en cas de sinistre

Le dossier de paiement du capital garanti doit être adressé à la mutuelle et comprendre :

- une demande de règlement avec un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du bénéficiaire désigné lorsque le bénéficiaire est mineur ou majeur protégé, le capital garanti est versé à son représentant légal, sur un compte bloqué au nom du bénéficiaire ;
 - une photocopie du livret de famille de l'intéressé (notamment dans le cas de naissance en cours d'année puisque la situation familiale intervient dans le calcul du montant du capital) ;
 - un acte de décès du membre participant ;
 - un certificat médical précisant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- toute autre pièce ou tout formulaire demandés par la mutuelle.

En outre, en cas d'invalidité permanente et absolue le dossier doit comprendre un certificat médical du médecin traitant constatant l'état d'invalidité permanente et absolue provisoire.

En cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue consécutif à un accident ou un accident de la circulation, le dossier doit comprendre tous documents utiles prouvant le lien de cause à effet entre le décès ou l'IPA et l'accident de la circulation (notamment un certificat médical attestant que le sinistre est imputable aux blessures occasionnées par l'accident) et établissant la preuve de la nature de l'accident (rapport de gendarmerie, coupure de presse...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Section 4
La garantie dépendance

Les membres participants adhérant au présent règlement bénéficient pour se prémunir contre le risque dépendance, d'une assurance souscrite dans les conditions prévues par la police MGET/CNP de l'assurance dépendance, jointe.

Cette garantie dépendance est obligatoire pour les membres participants quel que soit leur âge, tant que leur situation est compatible avec les dispositions contractuelles.

TITRE III
LES GARANTIES FACULTATIVES
Chapitre I^{er}
La garantie optionnelle « frais de santé »

Les dispositions des articles 11, 12, 13, 14 et 15 du présent règlement visant la garantie obligatoire « frais de santé » s'appliquent également à la garantie optionnelle « frais de santé ».

Article 40
Population assurée

Les membres participants actifs et retraités adhérant au présent règlement mutualiste, peuvent renforcer leur couverture « frais de santé » en décidant de souscrire la garantie optionnelle « frais de santé » prévue au présent chapitre, et acquittant une cotisation supplémentaire.

La garantie optionnelle « frais de santé » étant le complément de la garantie « frais de santé » visée au titre II, elle ne peut être souscrite indépendamment de celle-ci.

La souscription de la garantie optionnelle « frais de santé » par le membre participant emporte de plein droit souscription de celle-ci pour l'ensemble de ses ayants droit couverts au titre du présent règlement mutualiste.

Les ayants droit couverts au titre du présent règlement mutualiste ne peuvent souscrire de manière autonome la garantie optionnelle « frais de santé ».

La garantie optionnelle peut également être souscrite par les ayants droit d'un membre participant décédé visés à l'article 2.1 du présent règlement, ainsi que par les membres participants qui en congé, prévu par le code du travail ou le statut de la fonction publique, ne se sont pas, préalablement à la date de début effective de ce congé, opposés, auprès de la mutuelle, au maintien de leur couverture « frais de santé ».

Article 41

Prise d'effet et durée de la garantie

41.1. Prise d'effet

La garantie optionnelle « frais de santé » peut être souscrite à tout moment de l'année civile, quelque soit l'âge du membre participant.

La date de prise d'effet de la garantie est fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription par la mutuelle.

Les prestations de la garantie optionnelle « frais de santé » ne sont versées qu'à l'issue d'un délai de carence de six mois, dont le point de départ est constitué par la date de prise d'effet de la garantie. Toutefois, ce délai de carence ne s'applique pas si la souscription de la garantie optionnelle « frais de santé » est simultanée à l'adhésion au présent règlement.

La garantie optionnelle « frais de santé » est maintenue, sans condition, au profit du membre participant en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, et sauf, s'il en manifeste la volonté contraire avant la date de début effectif du congé, selon les modalités précisées à l'article 14, au profit du membre participant en congé prévu par le code du travail ou le statut de la fonction publique.

41.2. Durée

Le membre participant peut résilier la garantie optionnelle dans les conditions définies à l'article 5 du présent règlement.

La résiliation de la garantie optionnelle par le membre participant, emporte, de plein droit résiliation de la garantie optionnelle de ses ayants droit couverts au titre du présent règlement.

En cas de résiliation de la garantie optionnelle « frais de santé », celle-ci ne peut être de nouveau souscrite par le membre participant qu'après un délai de trente-six mois décompté à partir de la date de prise d'effet de cette résiliation.

Chapitre II

La garantie optionnelle « Prévoyance »

Article 42

Population assurée et admission dans la garantie

La garantie optionnelle « Prévoyance » étant le complément des garanties visées au chapitre II du titre II, elle ne peut être souscrite indépendamment de celles-ci.

Les différentes prestations contenues par la garantie optionnelle « Prévoyance » ne peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres

42.1. Admission dans la garantie pour les membres participants dont l'adhésion au présent règlement n'est pas postérieure de cinq ans à la date d'entrée dans la fonction publique

Les membres participants actifs adhérant au présent règlement mutualiste, peuvent renforcer leur niveau de garantie contre les risques incapacité temporaire de travail et décès, en souscrivant la garantie optionnelle « Prévoyance » prévue au présent chapitre, moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire.

Le montant de la cotisation supplémentaire est précisé au titre IV du présent règlement.

42.2. Admission dans la garantie des membres participants dont l'adhésion au présent règlement est postérieure d'au moins cinq ans à la date d'entrée dans la fonction publique

1. Pour le membre participant dont l'adhésion au présent règlement est postérieure d'au moins cinq ans à la date de son entrée dans la fonction publique, qui souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance » simultanément à son adhésion à la mutuelle, le montant de la cotisation supplémentaire est majoré si l'examen du dossier médical visé à l'article 34 conduit la mutuelle à accepter l'entrée dans l'assurance dans la catégorie risque aggravé.

2. Pour le membre participant dont l'adhésion au présent règlement est postérieure d'au moins cinq ans à la date de son entrée dans la fonction publique, et qui souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance » postérieurement à son adhésion à la mutuelle, la tarification, de la seule garantie optionnelle, est soumise à un nouveau questionnaire médical et éventuellement

à une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par la mutuelle et à ses frais.

Au terme de l'examen du dossier médical, la mutuelle peut :

- accepter l'entrée du membre participant dans l'assurance à une cotisation normale ;
- accepter l'entrée du membre participant dans l'assurance à une cotisation « risque aggravé », précisé dans le tableau des cotisations en annexe.

La mutuelle ne peut en aucun cas procéder à des exclusions de pathologies.

Le refus du membre participant de répondre aux questions posées par la mutuelle, de se soumettre aux visites médicales, ou de fournir les éventuels éléments complémentaires entraîne application d'office l'admission dans la garantie au taux « risque aggravé ».

La décision de la mutuelle est signifiée au membre participant qui dispose alors d'un délai de six mois, à compter de cette date pour la contester conformément à la procédure définie à l'article 32 du présent règlement.

Article 43

Prise d'effet et durée de la garantie optionnelle

43.1. Prise d'effet

La garantie optionnelle « Prévoyance » peut être souscrite, sans condition d'âge, par les membres participants actifs au moment de leur adhésion au présent règlement, ou au 1^{er} janvier de chaque année.

Elle ne peut toutefois pas être souscrite par les membres participants pendant les périodes d'arrêt de travail.

La date de prise d'effet de la garantie est fixée au premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande de souscription conforme par la mutuelle.

La garantie optionnelle « Prévoyance » cesse de produire ses effets, à la date à laquelle le membre participant est admis au bénéfice d'une pension de retraite y compris les retraites pour invalidité.

43.2. Durée de la garantie

Le membre participant peut résilier la garantie optionnelle dans les conditions définies à l'article 5 du présent règlement.

Article 44

Prestations de la garantie optionnelle « Prévoyance »

44.1. La prestation perte sur rémunérations annexes

Le membre participant actif ayant souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance », peut, s'il subit des pertes sur rémunérations annexes, percevoir une prestation d'un montant forfaitaire qui s'élève à 2 euros par jour.

Le membre participant doit justifier d'un congé maladie d'une durée minimale de huit jours pour pouvoir prétendre à la prestation.

Si le montant de la prestation due est inférieur ou égal à 8 euros, elle n'est pas versée à l'adhérent.

En cas de maladie, d'incapacité temporaire ou permanente ou d'accident du travail, la prestation est versée jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

Entrent dans ce décompte les journées d'arrêt de travail survenues dans les 1 460 jours calendriers suivant la première journée d'arrêt de travail, qu'elles aient donné lieu ou pas à une indemnisation.

En cas d'arrêts de travail successifs, une nouvelle période de 1 095 jours d'arrêt de travail repart à zéro dès que le membre participant a repris son travail pendant au moins 180 jours sans interruption.

44.2. Les prestations en cas de décès, d'invalidité permanente

et absolue et d'allocation frais d'obsèques

a) Objet et conditions

Le membre participant actif ayant souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance » bénéficie d'un renforcement du montant de son capital garanti en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue, et d'un renforcement du montant forfaitaire de son allocation « frais d'obsèques ».

La souscription de la garantie optionnelle « Prévoyance » n'entraîne pas la formation d'une nouvelle garantie entre le membre participant et la mutuelle, mais consiste en une simple option venant augmenter les niveaux de garanties, de la garantie obligatoire prévue à la section III du chapitre II du titre II du présent règlement. En conséquence l'ensemble des dispositions de cette section, et notamment celles liées aux risques exclus, ou au maintien de la garantie au profit des membres participants en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité demeurent applicables.

De la même manière, la souscription de la garantie optionnelle « Prévoyance » ne rend pas caduques les désignations de bénéficiaires effectuées au titre de la garantie obligatoire qui s'appliquent également aux prestations revalorisées de la garantie optionnelle.

b) Prestations

Le capital garanti en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue sur la tête de chaque membre participant ayant souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance » est égal à 100 % de son traitement indiciaire brut annuel soumis à retenue

pour pension, majoré de 25 % par enfant à charge.

Le montant de ce capital est doublé en cas de décès ou d'invalidité permanente et absolue résultant directement d'un accident ou triplé si le décès ou l'invalidité permanente et absolue est la résultante directe d'un accident de la circulation, conformément aux dispositions de la section 3 du chapitre II du titre II du présent règlement.

Le montant forfaitaire de l'allocation frais d'obsèques du membre participant ayant souscrit la garantie optionnelle « Prévoyance » est égal au montant de l'allocation frais d'obsèques de la garantie obligatoire majoré de 500 euros soit un montant forfaitaire total de 3 000 euros.

Conformément aux dispositions de la section 3 du chapitre II du titre II du présent règlement, le montant de l'allocation frais d'obsèques ne fait pas l'objet d'un doublement ou d'un triplement en cas d'accident ou d'accident de la circulation, et n'est pas plus majoré en cas d'enfant à la charge du membre participant.

TITRE IV **LES COTISATIONS**

Article 45

Objet de la cotisation

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle, qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle, ainsi qu'à la couverture de la garantie dépendance assurée par CNP Assurances.

A cette cotisation s'ajoutent celles qui correspondent aux garanties optionnelles souscrites par le membre participant.

Dans cette cotisation sont également incluses les cotisations fédératives dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts, règlements ou contrats de ces organismes.

Les membres participants admis au bénéfice de la CMU complémentaire sont dispensés du paiement de la cotisation afférente à la garantie santé obligatoire. Ils acquittent le cas échéant les cotisations afférentes aux garanties prévoyance et aux garanties optionnelles souscrites.

Article 46

Composition de la cotisation

46.1. *Les membres participants actifs*

Le membre participant actif, à l'exception du membre participant en congé prévu par le code du travail ou par le statut de la fonction publique, et ne s'étant pas opposé au maintien de sa garantie frais de santé par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à la mutuelle préalablement au début effectif dudit congé, acquitte une cotisation qui comprend les garanties « frais de santé », garantie complémentaire incapacité temporaire de travail, garantie complémentaire invalidité permanente totale : garantie complémentaire décès – invalidité permanente et absolue – frais d'obsèques.

A cette cotisation s'ajoute, le cas échéant, les cotisations afférentes aux garanties optionnelles qu'il a souscrites, ainsi que les cotisations dues pour les ayants droit couverts par le membre participant au titre du présent règlement mutualiste.

Le membre participant actif, en congé prévu par le code du travail ou le statut de la fonction publique et qui ne s'est pas opposé au maintien de sa garantie frais de santé par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à la mutuelle préalablement au début effectif du congé, acquitte une cotisation afférente à la garantie frais de santé à laquelle s'ajoute, le cas échéant la cotisation afférente à la garantie optionnelle « frais de santé » qu'il a souscrite.

46.2. *Les membres participants retraités*

Le membre participant retraité acquitte une cotisation afférente à la garantie frais de santé, et la cotisation afférente à la garantie « dépendance ».

A cette cotisation s'ajoute, le cas échéant, la cotisation afférente à la garantie optionnelle « frais de santé » qu'il a souscrite, ainsi que les cotisations dues pour les ayants droit couverts par le membre participant au titre du présent règlement mutualiste.

Article 47

Paiement de la cotisation

47.1. *Modalités de paiement*

Pour les membres participants actifs, la cotisation fait l'objet d'un précompte sur rémunération d'activité chaque fois qu'il est possible. A défaut de précompte, elle fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

Pour les membres participants retraités, la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

47.2. *Périodicité*

Tout cotisant doit régler ses cotisations d'avance et mensuellement.

En cas d'impossibilité de paiement mensuel ou en cas de refus de prélèvement automatique, la cotisation est versée

d'avance et semestriellement (les 1^{er} janvier et 1^{er} juillet).

La cotisation est majorée des frais de gestion afférents à cette procédure en cas de refus du prélèvement automatique. Tout mois commencé est dû.

Article 48

Montant de la cotisation

48.1. *Cotisation afférente à la garantie obligatoire frais de santé*

1. Cotisation afférente à la garantie obligatoire « frais de santé » des membres participants actifs

La cotisation est déterminée en fonction de l'âge, du traitement indiciaire brut du membre participant et des garanties dont il bénéficie. Elle est minorée pour les membres participants actifs du régime général d'Alsace-Moselle.

La cotisation est déterminée en fonction de l'indice nouveau majoré (INM) sur la base duquel est calculé le traitement brut du membre participant. Lorsque les membres participants n'ont pas le statut de fonctionnaire, l'INM qui leur est appliqué est celui auquel correspond leur rémunération brute fixe contractuelle. Lorsque le montant de la rémunération ne correspond à aucun traitement indiciaire brut figurant dans les barèmes établis par la direction générale de l'administration et de la fonction publique, on applique l'INM correspondant au traitement indiciaire brut mensuel immédiatement inférieur au montant de la rémunération brute du membre participant.

Les adhérents mis à la retraite pour invalidité continuent à acquitter une cotisation d'actif jusqu'à l'âge de soixante ans lorsqu'ils sont indemnisés au titre de la garantie incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente totale prévue par le présent règlement mutualiste.

Par ailleurs les membres participants retraités au profit desquels la garantie décès – invalidité permanente et absolue – frais d'obsèques est maintenue en application de l'article 35.2 du présent règlement continuent à acquitter la cotisation afférente à cette garantie.

2. Cotisation afférente à la garantie obligatoire « frais de santé » des membres participants retraités

Sont concernés les membres participant passant de l'activité à la retraite avec jouissance réelle d'une pension, les agents en CFA, ainsi que les membres participants qui bénéficient d'une pension de retraite au moment de leur adhésion au présent règlement mutualiste.

N'entrent pas dans la catégorie des retraités : les fonctionnaires et ouvriers d'Etat mis à la retraite pour invalidité et âgés de moins de soixante ans s'ils perçoivent des prestations des prestations de la mutuelle au titre de la garantie incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente totale prévue par le présent règlement mutualiste.

La cotisation est déterminée en fonction de l'âge et de l'INM de départ à la retraite du membre participant. Elle est minorée pour les membres participants relevant du régime général d'Alsace-Moselle.

Le montant des cotisations figure dans le tableau des cotisations en annexe.

3. Cotisation des ayants droit

Le conjoint (ou assimilé) ayant droit au sens de la sécurité sociale :

La cotisation relative au conjoint (ou assimilé), ayant droit du membre participant au sens du code de la sécurité sociale, est forfaitaire et varie en fonction de son âge. Elle est minorée pour les conjoints (ou assimilés) ayants droit relevant du régime général d'Alsace-Moselle.

Son montant est défini dans le tableau des cotisations en annexe.

Les enfants, ayants droit au sens de la sécurité sociale :

La cotisation est forfaitaire. Son montant est défini dans le tableau des cotisations en annexe.

La garantie est offerte pour le troisième enfant et les enfants suivants bénéficiant de la couverture du présent règlement, en qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale d'un même membre participant.

4. Cotisation des ayants droit d'agents ou de retraités décédés

Les ayants droit d'agents ou de retraités décédés ayant adhéré au présent règlement en vertu de la faculté prévue à l'article 2.1 acquittent une cotisation forfaitaire qui varie en fonction de leur âge. Cette cotisation est minorée pour ceux qui relèvent du régime général d'Alsace-Moselle.

48.2. *Majoration de la cotisation frais de santé en cas d'adhésion tardive*

Lorsque l'adhésion à un organisme de référence est postérieure de deux ans à l'entrée dans la fonction publique, la cotisation relative à la cotisation « frais de santé » acquittée par le membre participant pour sa couverture et pour celle de ses ayants droit est majorée d'un coefficient calculé selon des modalités suivantes :

Pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de trente ans dans un organisme de référence depuis la date d'entrée dans la fonction publique ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à un organisme de référence, il est calculé une majoration égale à 2 % par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme de référence lors de l'adhésion.

Afin de déterminer, le coefficient de majoration applicable lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de trente ans, adhère à un organisme de référence sans avoir adhéré à un organisme de référence l'année précédente, il lui fournit les documents permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique d'Etat, ainsi que, le cas échéant, le justificatif

mentionné à l'article 1^{er} et transmis par son dernier organisme de référence.

Faute de pouvoir produire ces documents mentionnés au premier alinéa, la durée totale de cotisation dans un organisme de référence depuis son entrée dans la fonction publique est présumée égale à 0.

Par ailleurs, lors de chaque renouvellement de la convention entre l'employeur public et l'organisme de référence, le coefficient de majoration est diminué de 0,5 % par année cotisée avant soixante ans depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et la dernière adhésion de l'agent. Lorsque le résultat de ce calcul conduit à une majoration négative, la majoration est fixée à 0.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux adhésions intervenant au cours de la première année de mise en œuvre de la première convention conclue entre l'employeur et l'organisme de référence. Ainsi les membres participants adhérant au présent règlement avant le 1^{er} janvier 2010 sont présumés avoir adhéré à un organisme de référence depuis la date de leur entrée dans la fonction publique.

Les membres participants adhérant postérieurement à cette date sont présumés ne jamais avoir adhéré à un organisme de référence.

48.3. Cotisations afférentes aux garanties prévoyance obligatoire des membres participants actifs

Cotisation afférente à la garantie complémentaire incapacité temporaire de travail :

Le membre participant actif acquitte une cotisation afférente à la garantie complémentaire incapacité temporaire de travail déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

Son montant est défini dans le tableau des cotisations figurant en annexe.

Cotisation afférente à la garantie complémentaire invalidité permanente totale :

Le membre participant actif acquitte une cotisation afférente à la garantie complémentaire invalidité permanente totale déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

Son montant est défini dans le tableau des cotisations figurant en annexe.

Cotisation afférente à la garantie décès, invalidité permanente et absolue et allocation frais d'obsèques :

Le membre participant actif acquitte une cotisation afférente à la garantie décès-invalidité permanente et absolue et allocation frais d'obsèques, déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

Son montant est défini dans le tableau des cotisations figurant en annexe.

Le membre participant ayant adhéré au présent règlement cinq ans au moins après la date de son entrée dans la fonction publique et qui en vertu des conclusions du questionnaire médical prévu à l'article 34 présente un risque aggravé, acquitte une cotisation majorée déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

Le montant de cette cotisation majorée est défini dans le tableau des cotisations figurant en annexe.

48.4. Cotisations afférentes aux garanties optionnelles

Cotisation afférente à la garantie optionnelle « frais de santé » :

Le membre participant actif ou retraité souscrivant à la garantie optionnelle « frais de santé » définie au chapitre I^{er} du titre III du présent règlement pour lui-même et pour ses ayants droit acquitte une cotisation forfaitaire définie dans le tableau des cotisations en annexe.

La garantie est offerte pour le troisième enfant et les enfants suivants bénéficiant de la garantie optionnelle frais de santé, en qualité d'ayant droit au sens de la sécurité sociale d'un même membre participant.

Cotisation afférente à la garantie optionnelle « Prévoyance » :

Le membre participant actif, souscrivant à la garantie optionnelle « Prévoyance » définie au chapitre II du titre III du présent règlement acquitte une cotisation supplémentaire déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

Son montant est défini dans le tableau des cotisations en annexe.

Le membre participant ayant adhéré au présent règlement cinq ans au moins après la date de son entrée dans la fonction publique et qui en vertu des dispositions relatives au questionnaire médical définies à l'article 42.2 présente un risque aggravé, acquitte une cotisation majorée déterminée en fonction de son traitement indiciaire brut.

48.5. Cotisation afférente à la garantie dépendance

La cotisation due par le membre participant au titre de la garantie dépendance visée à la section 4 du chapitre II du titre II, est déterminée en fonction de son âge.

Elle est précisée dans le tableau des cotisations en annexe.

Article 49

Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit

ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu ci-dessus le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Tableau des prestations « frais de santé » pour les agents du MEEDDAT, actifs et retraités et leurs ayants droit sauf ceux relevant du régime d'Alsace-Moselle :

1. La MGET n'intervient pas si la sécurité sociale n'intervient pas sauf cas particuliers décrits ci-après.
2. La date retenue pour l'ouverture des droits aux prestations de la MGET est la date de facturation ou, à défaut, la date d'exécution des soins, sauf en cas d'hospitalisation où la date retenue est la date d'entrée dans l'établissement.
3. La MGET n'intervient pas pour des actes réalisés par les professionnels de santé non conventionnés par la Sécurité sociale.
4. Le remboursement accordé par la MGET ne peut pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.
5. Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, la MGET intervient en application des dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 relatif au panier de biens et services.
6. Le montant de la participation forfaitaire institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 n'est pas pris en charge par la MGET.
7. Le remboursement des frais de santé s'effectue conformément à l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relatif aux contrats responsables, et aux textes pris en application de cette disposition, dès leur entrée en vigueur.
8. La franchise annuelle instituée par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 et précisée dans ses textes d'application, n'est pas prise en charge par la MGET.
9. La MGET prend en charge le ticket modérateur de 18 Euro applicable à l'assuré pour les actes qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 Euro, dans les conditions prévues par le décret n° 2006-707 du 19 juin 2006.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ AUX MEMBRES PARTICIPANT ET AUX AYANTS DROIT				
	Pourcentage de la base légale de remboursement			
	Sécurité sociale (1)	Offre référencée (2) (3)	Option référencée (3)	
Soins de ville				
Dans le parcours de soins ou enfant de moins 16 ans				
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des médecins généralistes et spécialistes et des sage-femmes)	70 %	30 %	+ 30 %	
	100 %	–	+ 30 %	
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	70 %	30 %	+ 30 %	
	100 %	–	+ 30 %	
Honoraires chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	70 %	80 %	–	
	100 %	50 %	–	Hors parcours de soins – aucune prise en charge des dépassements d'honoraires
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des médecins généralistes et spécialistes et des sage-femmes)	70 % – 20 % (déduction maxi de 5)	30 %	–	
	100 % –			

	20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	70 % – 20 % (déduction maxi de 5)	30 %	–	
	100 % – 20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Honoraires chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	70 % – 20 % (déduction maxi de 5)	30 %	–	
	100 % – 20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Actes non concernés par le parcours de soins				
Analyses médicales et biologiques	60 %	40 %	–	
	100 %	–	–	
Actes d'auxiliaires médicaux	60 %	40 %	–	
	100 %	–	–	
Médecines douces	–	–	Forfait de 10 /séance (maximum de 3 séances/an)	
Transports	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Pharmacie				
Vignettes blanches	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Vignettes bleues	35 %	65 %	–	
	100 %	–	–	
Vaccins et rappels	–	–	Forfait de 30 /an	
	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Vaccins contre la grippe (pour moins de 65 ans)	–	Forfait de 10 /an		
Produits contraceptifs non pris en charge par la sécurité sociale	–	Forfait de 90 /an (s'applique seulement	Le forfait ci- contre s'applique aux pilules, patchs, implants, anneaux vaginaux, diaphragmes	

		aux pilules)	capés, spermicides et contraceptifs d'urgence	
Vaccins ROR et hépatite B	–	100 %	–	
	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Maternité				
Période prénatale : analyses, examens et actes médicaux, amniocentèse prescrits	–	100 %	–	
	100 %	–	–	
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	80 %	20 %	–	
	100 %	–	–	
Test de grossesse	–	Forfait de 10 /an	–	
Péridurale et fécondation in vitro (non prises en charge par la Sécurité sociale)	–	Forfait de 100 /an	+ forfait de 80 /an	Hospitalisation médicale, chirurgicales et maternité
			Dans réseau conventionné	Hors réseau conventionné
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des médecins généralistes et spécialistes et des sages-femmes)	80 %	20 %	Tarif négocié aucun reste à charge pour l'adhérent	+ 30 %
	100 %	–		+ 30 %
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	80 %	20 %		+ 30 %
	100 %	–		+ 30 %
Honoraires chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	80 %	70 %		–
	100 %	50 %		–
Hospitalisation à domicile	80 %	20 %	–	
	100 %	–	–	
Frais de séjour	80 %	20 %	–	
	100 %	–	–	
Chambre particulière			Dans réseau conventionné	Hors réseau conventionné
– Court et moyen séjour	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
– Maternité	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
– Secteur ou établissement psychiatrique		35 /jour	+ 10 /jour	–
– Soins de suite	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
Forfait journalier	–	100 % du forfait journalier	–	–
Lit accompagnant (enfant moins de 16 ans) (4)	–	35 /jour	+ 3,50 /jour	–
Transports	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	Dentaire
Soins conservateurs et chirurgie dentaire (y compris orthodontie d'un coefficient égal à 5, 15 ou 20)	70 %	30 %	+ 30 %	

	100 %	–	+ 30 %	Prothèses dentaires
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Couronne métallique	70 %	180 %	+ 85,75	+ 86
	100 %	150 %	+ 85,75	+ 86
– Couronne à incrustation vestibulaire	70 %	180 %	+ 190,25 (9)	+ 86
	100 %	150 %	+ 190,25 (9)	+ 86
– Couronne céramo-métallique	70 %	180 %	+ 304,75 (9)	+ 86
	100 %	150 %	+ 304,75 (9)	+ 86
– Autres prothèses	70 %	180 %	+ 80 %	
	100 %	150 %	+ 80 %	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Couronne provisoire	–	250 %	Rembours. intégral de la dépense engagée (9)	–
– Autres prothèses	–	250 %	–	
Implantologie ou parodontologie	–	–	forfait de 100 /acte (limité à 200 /an)	Orthodontie
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Traitement par omnipraticien (par semestre) (5)	100 %	256,50	+ 190,10	+ 188,55
– Traitement par spécialiste (par semestre) (5)	100 %	256,50	+ 248,10	+ 188,55
– Contention par omnipraticien (1 ^{re} année)	100 %	38,75	+ 332,90	+ 332,12
– Contention par spécialiste (1 ^{re} année)	100 %	38,75	+ 354,90	+ 332,12
– Autres traitements	100 %	120 %	+ 100 %	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale mais acceptée par le médecin conseil de l'assureur			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Traitement par omnipraticien (par semestre) (5)	–	325	+ 179	–
– Traitement par spécialiste (par semestre) (5)	–	325	+ 259	–
– Contention par omnipraticien (1 ^{re} année)	–	160	+ 155	–
– Contention par spécialiste (1 ^{re} année)	–	160	+ 203	–
Prévention bucco-dentaire – examen	70 %	30 %	–	
	100 %	–	–	Appareillage et prothèse
Appareillage – orthopédie (dont bas de contention)	65 %	135 %	–	
	100 %	100 %	–	
Prothèses acoustiques	65 %	265 %	–	
	100 %	230 %	–	
Prothèse capillaire	65 %	135 %	–	
	100 %	100 %	–	Optique
Verres basse vision/verres spéciaux	65 %	900 %	+ 92 /verre	
	100 %	865 %	+ 92 /verre	
Accessoires optique (prisme, etc.)	65 %	900 %	+ 92	

	100 %	865 %	+ 92	
Monture				
Enfants	65 %	55 (1 monture/an)	+ 55 (1 monture/an)	
	100 %			
Adultes	65 %	65 (1 monture/an)	+ 65 (1 monture/an)	
	100 %			
Verres unifocaux (8)				
Enfants	65 %	60 /verre (4 verres/an)	+ 31 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Adultes	65 %	80 /verre (4 verres/an)	+ 31 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Verres multifocaux (8)				
Enfants	65 %	100 /verre (4 verres/an)	+ 92 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Adultes	65 %	120 /verre (4 verres/an)	+ 92 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Lentilles (7)	–	115 /an	+ 115 /an	
	65 %			
	100 %			
Chirurgie réfractive	–	–	225 /œil/an	Cure thermale
Frais de surveillance médicale	70 %	30 %	–	–
	100 %	–	–	
Frais de traitement en établissement thermal	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Frais d'hébergement (si versement prestation de la sécurité sociale)	65 %	35 %	–	
	100 %	–		
Frais de transport (tarif SNCF selon grille sécurité sociale si versement prestation de la sécurité sociale)	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Forfait thermal (s'ajoute aux remboursements relatifs à la cure thermale dans la limite des dépenses engagées)	–	65 /an	–	Prévention (dans le cadre des contrats responsables)
Ostéodensitométrie (non remboursée par la sécurité sociale)		40 /an	–	
Sevrage tabagique (patch, gomme...)	50 /an	40 /an	+ 85 /an	
Scellement des sillons (sur les molaires avant 14 ans)	70 %	30 %	+ 30 %	
	100 %	–	+ 30 %	
Détartrage annuel	70 %	30 %	+ 30 %	

	100 %	–	+ 30 %	
Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans	60 %	40 %	–	
	70 %	30 %	–	
	100 %	–	–	
Dépistage de l'hépatite B	60 %	40 %	–	
	100 %	–	–	
Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, pour audiométrie tonale avec tympanométrie, pour audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale avec ou sans tympanométrie	70 %	30 %	–	
	100 %	–	–	

- (1) Ce taux est mentionné à titre indicatif.
- (2) Le taux ou le montant peut être réduit en cas de majoration du taux de remboursement de la sécurité sociale mais ne peut pas être augmenté en cas de diminution du taux de remboursement de la sécurité sociale.
- (3) Les dépassements d'honoraires pour exigence du patient (DÉ) ne sont pas remboursés par la mutuelle.
- (4) Ce forfait s'applique pour une seule personne accompagnant un enfant hospitalisé.
- (5) Les montants indiqués sont ceux remboursés pour un traitement semestriel. En cas de facturation trimestrielle, ils sont divisés par deux.
- (6) Préalablement aux soins, l'adhérent doit remettre à la mutuelle un devis dentaire établi par le praticien sur le formulaire protocolaire. Le versement des prestations intervient après délivrance de la prise en charge par la mutuelle.
- (7) Le forfait annuel qui peut être fractionné est versé au cours d'une année civile au vu des factures établies au cours de cette même année.
- (8) Le remboursement est limité globalement à quatre verres par an quel que soit le type de chacun des verres.
- (9) Cette prestation n'intervient que sur les dents visibles (toutes dents sauf molaires).

Tableau des prestations « frais de santé » pour les agents du MEEDDAT, actifs et retraités et leurs ayants droit relevant du régime d'Alsace-Moselle :

- La MGET n'intervient pas si la sécurité sociale n'intervient pas sauf cas particuliers décrits ci-après.
- La date retenue pour l'ouverture des droits aux prestations de la MGET est la date de facturation ou, à défaut, la date d'exécution des soins, sauf en cas d'hospitalisation où la date retenue est la date d'entrée dans l'établissement.
- La MGET n'intervient pas pour des actes réalisés par les professionnels de santé non conventionnés par la sécurité sociale.
- Le remboursement accordé par la MGET ne peut pas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.
- Pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, la MGET intervient en application des dispositions des arrêtés du 31 décembre 1999 relatif au panier de biens et services.
- Le montant de la participation forfaitaire institué par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 n'est pas pris en charge par la MGET.
- Le remboursement des frais de santé s'effectue conformément à l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relatif aux contrats responsables, et aux textes pris en application de cette disposition, dès leur entrée en vigueur.
- La franchise annuelle instituée par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 et précisée dans ses textes d'application, n'est pas prise en charge par la MGET.
- La MGET prend en charge le ticket modérateur de 18 Euro applicable à l'assuré pour les actes qui sont affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 50, soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 euros, dans les conditions prévues par le décret n° 2006-707 du 19 juin 2006.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ AUX MEMBRES PARTICIPANT ET AUX AYANTS DROIT			
	Pourcentage de la base légale de remboursement		
	Sécurité sociale (1)	Offre référencée (2) (3)	Option référencée (3)
Soins de ville			
Dans le parcours de soins ou enfant de moins 16 ans			
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des	90 %	10 %	+ 30 %

médecins généralistes et spécialistes et des sage-femmes)				
	100 %	–	+ 30 %	
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	90 %	10 %	+ 30 %	
	100 %	–	+ 30 %	
Actes chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	90 %	60 %	–	
	100 %	50 %	–	Hors parcours de soins – aucune prise en charge des dépassements d'honoraires
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des médecins généralistes et spécialistes et des sage-femmes)	90 % – 20 % (déduction maxi de 5)	10 %	–	
	100 % – 20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	90 % – 20 % (déduction maxi de 5)	10 %	–	
	100 % – 20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Actes chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	90 % – 20 % (déduction maxi de 5)	10 %	–	
	100 % – 20 % (déduction maxi de 5)	–	–	
Actes non concernés par le parcours de soins				
Analyses médicales et biologiques	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Actes d'auxiliaires médicaux	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Médecines douces	–	–	Forfait de 10 /séance (maximum de 3 séances/an)	
Transports	100 %	–	–	
Pharmacie				
Vignettes blanches	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Vignettes bleues	80 %	20 %	–	

	100 %	–	–	
Vaccins et rappels	–	–	Forfait de 30 /an	
	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Vaccins contre la grippe (pour moins de 65 ans)	–	10 /n	–	
Produits contraceptifs non pris en charge par la sécurité sociale	–	Forfait de 90 /an (s'applique seulement aux pilules)	Le forfait ci-contre s'applique aux pilules, patchs, implants, anneaux vaginaux, diaphragmes, capes, spermicides et contraceptifs d'urgence	
Vaccins ROR et hépatite B	–	100 %	–	
	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Maternité				
Période prénatale : analyses, examens et actes médicaux, amniocentèse prescrits	–	100 %	–	
	100 %	–	–	
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Test de grossesse	–	Forfait de 10 /an	–	
Péridurale et fécondation in vitro (non prises en charge par la sécurité sociale)	–	Forfait de 100 /an	+ Forfait de 80 /an	Hospitalisation médicale, chirurgicales et maternité
			Dans réseau conventionné	Hors réseau conventionné
Honoraires médicaux (consultations et actes techniques des médecins généralistes et spécialistes et des sages-femmes)	100 %	–	Tarif négocié aucun reste à charge pour l'adhérent	+ 30 %
				+ 30 %
Actes de radiologie et d'échographie (dont ostéodensitométrie remboursée par la sécurité sociale)	100 %	–		
Honoraires chirurgicaux, d'obstétrique et d'anesthésie	100 %	50 %		
Hospitalisation à domicile	100 %	–	–	
	100 %	–	–	
Frais de séjour	100 %	–	–	
Chambre particulière			Dans réseau conventionné	Hors réseau conventionné
– Court et moyen séjour	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
– Maternité	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
– Secteur ou établissement psychiatrique	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
– Soins de suite	–	35 /jour	+ 10 /jour	–
		100 % du		

Forfait journalier	–	forfait journalier	–	
Lit accompagnant (enfant moins de 16 ans) (4)	–	35 /jour	+ 3,50 /jour	–
Transports	100 %	–	–	Dentaire
Soins conservateurs et chirurgie dentaire (y compris orthodontie d'un coefficient égal à 5, 15 ou 20)	90 %	10 %	+ 30 %	
	100 %	–	+ 30 %	Prothèses dentaires
Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Couronne métallique	90 %	160 %	+ 85,75	+ 86
	100 %	150 %	+ 85,75	+ 86
– Couronne à incrustation vestibulaire	90 %	160 %	+ 190,25 (9)	+ 86
	100 %	150 %	+ 190,25 (9)	+ 86
– Couronne céramo-métallique	90 %	160 %	+ 304,75 (9)	+ 86
	100 %	150 %	+ 304,75 (9)	+ 86
– Autres prothèses	90 %	160 %	+ 80 %	
	100 %	150 %	+ 80 %	
Prothèses dentaires non remboursées par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Couronne provisoire	–	250 %	Remboursement intégral de la dépense engagée (9)	–
– Autres prothèses	–	250 %	–	
Implantologie ou parodontologie	–	–	Forfait de 100 /acte (limité à 200 /an)	Orthodontie
Orthodontie remboursée par la sécurité sociale			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Traitement par omnipraticien (par semestre) (5)	100 %	256,50	+ 190,10	+ 188,55
– Traitement par spécialiste (par semestre) (5)	100 %	256,50	+ 248,10	+ 188,55
– Contention par omnipraticien (1 ^{re} année)	100 %	38,75	+ 332,90	+ 332,12
– Contention par spécialiste (1 ^{re} année)	100 %	38,75	+ 354,90	+ 332,12
– Autres traitements	100 %	120 %	+ 110 %	
Orthodontie refusée par la sécurité sociale mais acceptée par le médecin conseil de l'assureur			Dans réseau conventionné (6)	Hors réseau conventionné
– Traitement par omnipraticien (par semestre) (5)	–	325	+ 179	–
– Traitement par spécialiste (par semestre) (5)	–	325	+ 259	–
– Contention par omnipraticien (1 ^{re} année)	–	160	+ 155	–
– Contention par spécialiste (1 ^{re} année)	–	160	+ 203	–
Prévention bucco-dentaire – examen	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	Appareillage et prothèse
Appareillage – orthopédie (dont bas de contention)	90 %	110 %	110 %	
	100 %	100 %	100 %	
Prothèses acoustiques	90 %	240 %	240 %	

	100 %	230 %	230 %	
Prothèse capillaire	90 %	110 %	110 %	
	100 %	100 %	100 %	Optique
Verres basse vision/verres spéciaux	90 %	900 %	+ 92 /verre	
	100 %	865 %	+ 92 /verre	
Accessoires optique (prisme, etc.)	90 %	900 %	+ 92	
	100 %	865 %	+ 92	
Monture				
Enfants	90 %	55 (1 monture/an)	+ 55 (1 monture/an)	
	100 %			
Adultes	90 %	65 (1 monture/an)	+ 65 (1 monture/an)	
	100 %			
Verres unifocaux (8)				
Enfants	90 %	60 /verre (4 verres/an)	+ 31 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Adultes	90 %	80 /verre (4 verres/an)	+ 31 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Verres multifocaux (8)				
Enfants	90 %	100 /verre (4 verres/an)	+ 92 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Adultes	90 %	120 /verre (4 verres/an)	+ 92 /verre (4 verres/an)	
	100 %			
Lentilles (7)	–	115 /an	+ 115 /an	
	90 %			
	100 %			
Chirurgie réfractive	–	–	225 /œil/an	Cure thermique
Frais de surveillance médicale	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Frais de traitement en établissement thermal	90 %	10 %	–	
	100 %	–	–	
Frais d'hébergement (si versement prestation de la sécurité sociale)	65 %	35 %	–	
	100 %	–		
Frais de transport (tarif SNCF selon grille sécurité sociale si versement prestation de la sécurité sociale)	65 %	35 %	–	
	100 %	–	–	
Forfait thermal (s'ajoute aux remboursements relatifs à la cure thermique dans la limite des dépenses engagées)	–	65 /an	–	Prévention (dans le cadre des contrats responsables)

	591	16,0	32,3	38,2	41,6	45,5	54,4	59,8	64,8	69,8	70,8	72,4
	de 592 à 641	16,0	33,3	39,3	42,8	46,8	56,0	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 642 à 691	16,0	33,3	39,3	42,8	46,8	56,0	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 692 à 741	16,0	33,3	39,3	42,8	46,8	56,0	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 742 à 791	16,0	33,3	39,3	42,8	46,8	56,0	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 792 à 841	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
A, B et C	de 842 à 891	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 892 à 941	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 942 à 991	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 992 à 1 041	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 042 à 1 091	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 092 à 1 141	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 142 à 1 191	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 192 à 1 241	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 242 à 1 291	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 292 à 1 341	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 342 à 1 391	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 392 à 1 441	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 442 à 1 491	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	1 492 et plus	16,0	34,9	41,2	44,8	49,0	58,5	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8

2. Membres participants actifs relevant du régime d'Alsace-Moselle

(en euros)

CATÉGORIE statutaire	TRANCHE DE TIB exprimé en INM	TARIF PAR TRANCHE D'ÂGE DE 5 ANS ET SELON LE TRAITEMENT INDICIAIRE BRUT (TIB)										
		- 16 ans	- 16-24 ans	- 25-29 ans	- 30-34 ans	- 35-39 ans	- 40-44 ans	- 45-49 ans	- 50-54 ans	- 55-59 ans	- 60-64 ans	65 ans et plus
	de 191 à 241	9,6	15,7	18,7	20,3	22,3	26,8	29,5	31,9	34,4	34,9	35,7
	de 242 à 291	9,6	15,7	18,7	20,3	22,3	26,8	29,5	31,9	34,4	34,9	35,7
	de 292 à	9,6	16,1	19,1	20,8	22,8	27,4	30,1	32,6	35,2	35,7	36,5

	341											
	de 342 à 391	9,6	16,1	19,1	20,8	22,8	27,4	30,1	32,6	35,2	35,7	36,5
	de 392 à 441	9,6	17,1	20,2	22,0	24,1	28,9	31,8	34,4	37,1	37,7	38,5
	de 442 à 491	9,6	18,8	22,2	24,2	26,5	31,7	34,9	37,7	40,7	41,3	42,2
	de 492 à 541	9,6	19,4	22,9	25,0	27,3	32,6	35,9	38,9	41,9	42,5	43,4
	de 542 à 591	9,6	19,4	22,9	25,0	27,3	32,6	35,9	38,9	41,9	42,5	43,4
	de 592 à 641	9,6	20,0	23,6	25,7	28,1	33,6	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 642 à 691	9,6	20,0	23,6	25,7	28,1	33,6	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 692 à 741	9,6	20,0	23,6	25,7	28,1	33,6	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 742 à 791	9,6	20,0	23,6	25,7	28,1	33,6	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 792 à 841	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
A, B et C	de 842 à 891	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 892 à 941	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 942 à 991	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 992 à 1 041	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 042 à 1 091	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 092 à 1 141	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 142 à 1 191	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 192 à 1 241	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 242 à 1 291	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 292 à 1 341	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 342 à 1 391	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 392 à 1 441	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 442 à 1 491	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	1 492 et plus	9,6	20,9	24,7	26,9	29,4	35,1	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7

3. Membres participants retraités relevant du régime général

(en euros)

	TRANCHE DE	
--	-------------------	--

CATÉGORIE statutaire	TIB exprimé en INM	TARIF PAR TRANCHE D'ÂGE DE 5 ANS ET SELON LE TRAITEMENT INDICIAIRE BRUTO (TIB)				
		Moins de 50 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
	de 191 à 241	49,1	53,2	57,4	58,2	59,5
	de 242 à 291	49,1	53,2	57,4	58,2	59,5
	de 292 à 341	50,2	54,4	58,7	59,5	60,8
	de 342 à 391	50,2	54,4	58,7	59,5	60,8
	de 392 à 441	53,0	57,4	61,9	62,9	64,2
	de 442 à 491	58,1	62,9	67,8	68,8	70,3
	de 492 à 541	59,8	64,8	69,8	70,8	72,4
	de 542 à 591	59,8	64,8	69,8	70,8	72,4
	de 592 à 641	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 642 à 691	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 692 à 741	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 742 à 791	61,5	66,6	71,8	72,8	74,4
	de 792 à 841	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
A, B et C	de 842 à 891	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 892 à 941	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 942 à 991	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 992 à 1 041	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 042 à 1 091	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 092 à 1 141	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 142 à 1 191	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 192 à 1 241	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 242 à 1 291	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 292 à 1 341	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 342 à 1 391	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 392 à 1 441	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	de 1 442 à 1 491	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8
	1 492 et plus	64,4	69,7	75,1	76,2	77,8

4. Membres participants retraités relevant du régime d'Alsace-Moselle

(en euros)

CATÉGORIE statutaire	TRANCHE DE TIB exprimé en INM	TARIF PAR TRANCHE D'ÂGE DE 5 ANS ET SELON LE TRAITEMENT INDICIAIRE BRUT (TIB)				
		Moins de 50 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
	de 191 à 241	29,5	31,9	34,4	34,9	35,7
	de 242 à 291	29,5	31,9	34,4	34,9	35,7
	de 292 à 341	30,1	32,6	35,2	35,7	36,5
	de 342 à 391	30,1	32,6	35,2	35,7	36,5
	de 392 à 441	31,8	34,4	37,1	37,7	38,5
	de 442 à 491	34,9	37,7	40,7	41,3	42,2
	de 492 à 541	35,9	38,9	41,9	42,5	43,4
	de 542 à 591	35,9	38,9	41,9	42,5	43,4
	de 592 à 641	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 642 à 691	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 692 à 741	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6

	de 742 à 791	36,9	40,0	43,1	43,7	44,6
	de 792 à 841	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
A, B et C	de 842 à 891	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 892 à 941	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 942 à 991	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 992 à 1 041	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 042 à 1 091	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 092 à 1 141	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 142 à 1 191	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 192 à 1 241	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 242 à 1 291	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 292 à 1 341	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 342 à 1 391	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 392 à 1 441	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	de 1 442 à 1 491	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7
	1 492 et plus	38,6	41,8	45,1	45,7	46,7

5. Conjoints ayants droit relevant du régime général

TRANCHE D'ÂGE	- de 16 ans	16-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
Tarif	16,0	20,1	23,7	26,3	29,6	35,4	43,5	49,8	52,8	56,5	59,5

6. Ayants droit de membre participant ayant adhéré au règlement en application de l'article 2.1 relevant du régime général

TRANCHE D'ÂGE	- de 16 ans	16-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
Tarif	16,0	21,6	25,4	28,3	31,8	38,0	46,7	53,5	56,7	60,7	66,6

7. Conjoints ayants droit relevant du régime d'Alsace-Moselle

TRANCHE D'ÂGE	- de 16 ans	16-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
Tarif	9,6	12,1	14,2	15,8	17,8	21,2	26,1	29,9	31,7	33,9	35,7

8. Ayants droit de membre participant ayant adhéré au règlement en application de l'article 2.1 relevant du régime d'Alsace-Moselle

TRANCHE D'ÂGE	- de 16 ans	16-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
Tarif	9,6	13,0	15,2	17,0	19,1	22,8	28,0	32,1	34,0	36,4	40,0

9. Enfants ayants droit relevant du régime général

Tarif enfant	16
--------------	----

10. Enfants ayants droit relevant du régime Alsace-Moselle

Tarif enfant	9,6
--------------	-----

II. – COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE GARANTIE OPTIONNELLE « FRAIS DE SANTÉ »

1. Membres participants actifs et retraités, conjoints ayants droit, et ayants droit de membre participant ayant adhéré

au règlement en application de l'article 2.1, enfants ayants droit relevant du régime général

TRANCHE D'ÂGE	ENFANTS	- de 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60 ans et plus
Tarif	2,9	4,0	4,0	5,4	5,9	6,5	7,2	11,5	12,5	12,6	12,7

2. Membres participants actifs et retraités, conjoints ayants droit, et ayants droit de membre participant ayant adhéré au règlement en application de l'article 2.1, enfants ayants droit relevant du régime d'Alsace-Moselle

TRANCHE D'ÂGE	ENFANTS	- 20 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60 ans et plus
Tarif	1,7	2,4	2,4	3,2	3,5	3,9	4,3	6,9	7,5	7,6	7,6

III. – COTISATION MENSUELLE GARANTIE OBLIGATOIRE PRÉVOYANCE – MEMBRE PARTICIPANTS ACTIFS

1. Garantie « Incapacité temporaire de travail » visée à la section 1 du chapitre 2 du titre 2

0,76 % du traitement annuel brut.

2. Garantie « Invalidité permanente totale » visée à la section 2 du chapitre 2 du titre 2

0,89 % du traitement annuel brut.

3. Garantie « Décès – Invalidité permanente et absolue – Allocation frais d'obsèques » visée à la section 3 du chapitre 2 du titre 2

Taux normal : 0,53 % du traitement annuel brut.

Taux « risque aggravé » : 1,59 % du traitement annuel brut.

IV. – COTISATION MENSUELLE « GARANTIE DÉPENDANCE » VISÉE À LA SECTION 4 DU CHAPITRE II DU TITRE I

ÂGE DE LA PERSONNE garantie	16 ans	16-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65 ans et plus
Montant de la cotisation mensuelle	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	1,20	2,40	4,80	6	8,40	10

V. - COTISATION MENSUELLE SUPPLÉMENTAIRE DE LA GARANTIE OPTIONNELLE « PRÉVOYANCE » VISÉE AU CHAPITRE 2 DU TITRE 3

Cotisation supplémentaire égale à :

Taux normal : 0,18 % du traitement annuel brut.

Taux « risque aggravé » : 0,54 % du traitement annuel brut.

(1) Dans l'hypothèse de la variante dépendance.

A conserver par l'assuré

notice d'information du contrat d'assurance collective

en cas de dépendance n° 0263L

A compter du 1^{er} janvier 2009

Contrat souscrit par la MGET, ci-après dénommée « le souscripteur » auprès de CNP Assurances, ci-après dénommée « l'assureur »

Article 1^{er}

Objet de l'assurance

La présente notice établie par l'assureur a pour objet de définir les garanties prévues par le contrat n° 0263L ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Article 2

Conditions d'adhésion

L'adhésion au présent contrat concerne les membres participants, adhérant au règlement offre référencée MEEDDAT.

2.1. Conditions générales d'admission

L'admission dans l'assurance est obligatoire et automatique pour les membres participants, à l'exclusion des personnes qui se trouvent déjà en état de dépendance ou hébergés en unité de long séjour ou section de cure médicale au moment de leur demande d'adhésion.

Une demande d'adhésion pourra être formulée à la fin de son état de dépendance.

2.2. Conditions générales d'admission

Pour les membres participants âgés de 60 ans et plus à la date de la demande d'adhésion à la mutuelle, les adhésions sont subordonnées à la production simultanée :

- d'une attestation sur l'honneur écrite par eux-mêmes certifiant qu'ils ne sont pas en état de dépendance ;
- d'un certificat médical établi par leur médecin traitant, attestant qu'ils ne sont pas en état de dépendance.

Article 3

Fausse déclaration intentionnelle

Toute réticence ou fausse déclaration de l'assuré entraîne la nullité de l'adhésion quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour l'assureur (art. L. 113-8 du code des assurances).

Article 4

Prise d'effet et durée de la garantie

La garantie prend effet le premier jour du mois suivant la date d'adhésion à la mutuelle et sous réserve du paiement de la prime.

Elle est ensuite reconduite tacitement pour un an chaque 1^{er} janvier, sauf en cas de résiliation par l'assuré.

Article 5

Cessation de la garantie

La garantie prend fin :

- en cas de non-paiement des cotisations par l'assuré au souscripteur ;
- à la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de membre participant ;
- au décès de l'assuré ;
- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou l'assureur.

En cas de résiliation du contrat par l'une des parties, le droit à garantie cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat et les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint à la date de la résiliation.

Article 6

Définition de la garantie

Est considéré comme atteint de dépendance l'assuré qui se trouve :

Dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul les quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'alimenter, se laver, s'habiller et qui se trouve dans l'une des situations suivantes :

1. Hébergé en section de cure médicale ou dans un établissement destiné à l'accueil des personnes âgées ou invalides : « La section de cure médicale est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux » (décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977) ; ou
2. Hospitalisé en unité de long séjour : « Les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus d'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien » (loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971), ou
3. Bénéficie des services de soins médicaux à domicile justifiés par certificat médical et de l'assistance d'une tierce personne rémunérée au moins 100 heures par trimestre : « Les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées, invalides ou handicapées maintenues à leur domicile » (loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et décret n° 81-448 du 8 mai 1981).

L'état de dépendance est apprécié par l'assureur à partir des grilles ci-après :

Grilles d'appréciation de la dépendance

Grille n° 1

--	--

	TROUBLES PHYSIQUES nécessitant une aide ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE	
	Partielle	Totale
S'alimenter (manger et boire...)	1 point	2 points
S'habiller (se chausser...)	1 point	2 points
Faire sa toilette et uriner (se laver, se coiffer, se raser...)	1 point	2 points
Se déplacer (se lever, se coucher, s'asseoir, se déplacer...)	1 point	2 points

Grille n° 2

Une surveillance partielle ou une incitation à agir	1 point
Une surveillance et une assistance constantes	2 points

**Indice de dépendance = total des points de la grille n° 1
+ points de la grille n° 2**

Indice minimal = 0 point.

Indice maximal = 10 points.

DÉCISION CNP APRÈS AVIS MÉDICAL	INDICE DE DÉPENDANCE
Dossier refusé	0 à 5 points
Dossier accepté	6 à 10 points

Après examen du dossier médical soumis et après avis médical, l'assureur reconnaît la dépendance en fonction du nombre de points affectés au niveau de la dépendance :

- si le total des points est inférieur à 6 points, la dépendance n'est pas prise en compte dans le cadre de ce contrat.

Article 7

Risques exclus

L'assureur ne garantit pas les sinistres résultant :

- d'une tentative de suicide, d'une mutilation volontaire, du refus de se soigner au sens de l'article L. 293 du code de la sécurité sociale et d'une façon générale, d'accidents, blessures ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré, sauf si la preuve est apportée qu'il y a eu acte inconscient ;
- de l'usage de stupéfiants sans prescription médicale ;
- de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- de la pratique de toutes compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur et de tous sports aériens sur appareils non homologués.

Article 8

Mise en œuvre de la garantie

8.1. *Délai d'attente*

La garantie hospitalisation prend effet à la date d'adhésion.

La garantie soins à domicile prend effet après accomplissement d'un délai d'attente de 360 jours continus décompté à partir de la date d'adhésion du membre participant du groupe 1 du souscripteur.

Tout sinistre survenant durant la période d'attente ne donne lieu à garantie qu'au terme de la période d'attente fixée précédemment.

Lorsque le sinistre est la conséquence d'un accident survenu en cours d'assurance, le délai d'attente n'est pas appliqué. Ce délai d'attente est porté à trois ans pour les affections psychiatriques.

8.2. Délai de franchise

La prise en charge intervient :

- pour la garantie hospitalisation à l'issue d'un délai de franchise de 30 jours continus décompté à partir du jour de la reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur tel que défini à l'article 6 de la présente notice ;
- pour la garantie soins à domicile : à l'issue d'un délai de franchise de 180 jours continus décompté à partir du jour de la reconnaissance de l'état de dépendance par l'assureur tel que défini à l'article 6 de la présente notice.

Ce délai de franchise de 180 jours est réduit à 90 jours dans le cas d'une dépendance faisant suite à un accident.

Toutefois, pour la garantie soins à domicile, lorsque les deux conditions ne sont pas simultanément remplies (reconnaissance de l'état de dépendance physique ou psychique et rémunération de la tierce personne), l'indemnisation commence à compter du 1^{er} jour de la rémunération de la tierce personne et au plus tôt à l'issue d'un délai de franchise de 180 jours continus décompté à partir du jour de la reconnaissance de l'état de dépendance physique ou psychique.

Définition de l'accident :

- par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine, exclusive et imprévisible d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'état de dépendance ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombe à l'assuré.

Article 9

Montant et règlement des prestations

9.1. Montant des prestations

Les prestations sont versées sous forme d'une rente mensuelle à terme échu.

Le montant de la rente mensuelle au 1^{er} janvier 2009 est égal à :

- 514,80 euros en cas d'hospitalisation ;
- 256,24 euros en cas de soins à domicile.

9.2. Règlement des prestations

Les prestations sont versées aussi longtemps que l'assuré se trouve en état de dépendance tel que défini à l'article 6 de la présente notice.

Lorsque en cours d'indemnisation un assuré est placé dans une structure médicale, chirurgicale ou de moyen séjour, le versement des prestations est maintenu pendant toute la période.

L'assuré est tenu de déclarer à l'Assureur, par le biais de la mutuelle, toute modification de son état de santé dans les 30 jours qui suivent cette modification.

Les prestations sont versées directement au bénéficiaire ou, si celui-ci est majeur protégé, à son représentant légal, dans le respect de son régime de protection.

Elles cessent à la fin du mois au cours duquel l'un des événements suivants est constaté :

- la cessation de l'état de dépendance ;
- le décès de l'assuré.

Article 10

Revalorisation des prestations et des garanties

Les garanties et les rentes en cours de service sont revalorisées chaque 1^{er} janvier par référence à l'évolution de l'indice des traitements de la fonction publique tant que le contrat est en vigueur.

Article 11

Délai de présentation de la demande de prestations

La demande de prestations doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 270 jours à compter de la date à partir de laquelle les prestations sont susceptibles d'être servies, soit dans les 270 jours qui suivent le délai de franchise.

Passé ce délai, le paiement des prestations n'a lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception de la demande de prestation, sauf circonstances particulières justifiées à l'Assureur.

Article 12

Déclaration des sinistres et justificatifs à produire pour une première prise en charge

Le Souscripteur adresse l'imprimé « demande initiale » dûment renseigné accompagné des justificatifs suivants :

- la notification de la sécurité sociale plaçant l'assuré en invalidité 3^e catégorie ou l'imprimé CNP Assurances intitulé « certificat médical de tierce personne » dûment rempli et signé par le médecin de l'assuré ;
- l'attestation d'état de dépendance (document CNP Assurances) rempli avec le concours du médecin traitant ou du

médecin hospitalier ;

– en cas de dépendance consécutive à un accident, le certificat médical de cause accidentelle (document CNP Assurances) accompagné de tout document justifiant de la nature de l'accident et son lien de cause à effet avec l'état de dépendance (notamment un compte rendu d'hospitalisation, un rapport de gendarmerie) ;

– un jugement de tutelle si nécessaire ;

– un relevé d'identité bancaire ou postal original de l'assuré ou du tuteur.

En cas d'hospitalisation, joindre :

– l'attestation d'hébergement (document CNP Assurances),

ou :

– la copie du *Bulletin officiel* du département s'il s'agit d'un placement en famille d'accueil.

En cas de soins à domicile, joindre :

– le certificat médical justifiant des services de soins à domicile (document CNP Assurances) ;

– l'attestation de rémunération de la tierce personne au moins 100 heures/trimestre (document CNP Assurances),

ou :

– l'attestation trimestrielle URSSAF ;

ou :

– la copie du chèque emploi service universel et la copie du contrat de travail.

Pour une prolongation ou changement de situation :

Le Souscripteur adresse l'imprimé « prolongation » ou « changement de situation » dûment renseigné et accompagné des pièces justificatives à produire.

Pour la garantie hospitalisation :

– l'attestation d'hébergement doit être produite tous les 6 mois.

Pour la garantie soins à domicile :

– l'attestation de rémunération de la tierce personne ou l'attestation URSSAF ou la copie du chèque emploi service doit être produite tous les 3 mois.

En cas de décès :

– un bulletin de décès ;

– un certificat d'hérédité ;

– un relevé d'identité bancaire ou postal original de l'héritier (ère),

ou :

– une attestation du notaire chargé de la succession ;

– un relevé d'identité bancaire ou postal original du notaire.

Article 13

Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

L'Assureur fait examiner, par un médecin désigné par lui, l'assuré qui demande à bénéficier des prestations. Il informe le Souscripteur de sa décision motivée, à charge pour lui d'en informer l'assuré.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint en raison d'un changement d'adresse non communiqué au Souscripteur, la garantie est suspendue à son égard, après envoi d'une mise en demeure adressée par l'Assureur au dernier domicile connu de l'assuré, figurant au dossier de l'assuré.

Une copie de cette mise en demeure est adressée au Souscripteur.

Article 14

Procédure de conciliation

Tout refus de prise en charge par l'Assureur suite à un contrôle médical, dès lors que ce refus n'est pas la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut faire l'objet à la demande de l'assuré, d'une procédure de conciliation dans les 12 mois qui suivent ce contrôle.

La demande formulée par écrit, doit indiquer que l'assuré sollicite la mise en place de cette procédure et être accompagnée d'un certificat du médecin qu'il désignera pour le représenter.

Ce certificat doit détailler son état de santé au jour du dernier contrôle médical effectué par l'Assureur et indiquer son évolution depuis cette date.

La demande doit en outre mentionner que l'assuré accepte les règles de la procédure de conciliation indiquées ci-après.

Cette lettre destinée, à l'Assureur doit toutefois parvenir au Souscripteur dans les meilleurs délais pour permettre la mise en place de cette procédure.

Le médecin que l'assuré aura désigné et le médecin conseil de l'Assureur rechercheront une position commune relative à son état de santé. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, l'Assureur invite alors son médecin conseil et le médecin de l'assuré à désigner un médecin tiers expert.

Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, dans le cadre de la procédure de conciliation.

Quelle que soit l'issue de cette conciliation, chaque partie conservera à sa charge les frais et honoraires de son médecin. En cas de désignation d'un médecin tiers expert, l'assuré fera l'avance des frais et honoraires du médecin tiers expert, lesquels resteront à la charge de la partie perdante.

En tout état de cause, l'assuré conservera, ainsi que l'Assureur, la faculté d'exercer une action en justice.

Article 15

Montant de la cotisation

Pour l'exercice 2009, les montants mensuels de cotisation sont fixés en fonction de l'âge atteint par l'assuré au 1^{er} janvier de l'exercice :

TRANCHE D'ÂGE FORFAIT MENSUEL	
16 – 39 ans	0,50 Euro
40 – 44 ans	1,20 Euro
45 – 49 ans	2,40 Euro
50 – 54 ans	4,80 Euro
55 – 59 ans	6,00 Euro
60 – 64 ans	8,40 Euro
Supérieur 65 ans	10,00 Euro

En cas d'incident de paiement des cotisations par l'assuré dans les 10 jours de l'échéance de la cotisation, le Souscripteur adresse à l'assuré une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L. 141-3 du code des assurances, par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement par lui de la cotisation ainsi que les cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne la résiliation de son adhésion.

Les cotisations sont indexées sur l'évolution de l'indice des traitements de la fonction publique selon les mêmes modalités que les garanties et les prestations.

Article 16

Information des assurés

Conformément aux dispositions de l'article L. 140-4 du code des assurances, une notice d'information rédigée par l'Assureur, informant les assurés de leurs droits et obligations, doit être diffusée par le Souscripteur auprès de tous les assurés lors de leur adhésion.

Le Souscripteur doit aviser les assurés de toute modification éventuelle de la garantie.

Article 17

Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par 2 ans conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

L'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception notamment interrompt la prescription.

Article 18

Réclamation sur les conditions d'admission à l'assurance médiation en cas de sinistre

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur :

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après qu'il aura présenté un premier recours auprès de ce dernier, l'assuré ou le bénéficiaire du contrat peut s'adresser au médiateur de CNP Assurances (et/ou CNP IAM) – 4, place Raoul-Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

La médiation interrompt la prescription.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Attention : le médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Article 19

Loi informatique et libertés

Les données concernant l'assuré sont destinées à l'Assureur, aux réAssureurs. Elles sont obligatoires pour la gestion du

contrat d'assurance.

Conformément à la même loi, l'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification relativement aux informations le concernant qu'il peut exercer à tout moment en s'adressant à CNP Assurances – Correspondant Informatique et Libertés : 4, place Raoul-Dautry, 75716 Paris Cedex 15.

Article 20
Autorité chargée du contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.