

Règlement Mutualiste



Vita Santé

RÈGLEMENT MUTUALISTE VITA SANTÉ

(applicable au 1^{er} janvier 2012)

TITRE I - LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE	page 4
CHAPITRE I - CATEGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS	page 4
Article 1-1 : Cotisations des adhérents	page 4
Article 1-2 : Fixation des cotisations	page 6
Article 1-3 : Majoration de cotisation	page 6
Article 1-4 : Cotisation de maintien	page 7
CHAPITRE II - PAIEMENT DES COTISATIONS	page 7
Article 1-5 : Précomptes, retenues et prélèvements	page 7
Article 1-6 : Exonération de cotisations	page 7
CHAPITRE III - INFORMATION DE LA MUTUELLE	page 7
Article 1-7 : Justifications	page 7
Article 1-8 : Gestion des prestations	page 7
TITRE II - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS	page 8
CHAPITRE I - LES GARANTIES	page 8
Article 2-1 : Garanties	page 8
Article 2-2 : Conditions	page 8
Article 2-3 : Prise d'effet	page 8
Article 2-4 : Plafond de prise en charge	page 8
Article 2-5 : Prescription et forclusion	page 8
Article 2-6 : Dérogations	page 9
Article 2-7 : Subrogation générale	page 9
Article 2-8 : Subrogation particulière	page 9
CHAPITRE II - PRESTATIONS SANTÉ	page 9
Article 2-9 : Prestations accrochées	page 9
Article 2-10 : Prestations complémentaires	page 10
Article 2-11 : Prestations spécifiques	page 10
CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	page 11
Article 2-12 : Définition	page 11
Article 2-13 : Conditions d'attribution	page 11
Article 2-14 : Durée d'attribution	page 11
Article 2-15 : Dispositions particulières	page 11

CHAPITRE IV - PRÉVENTION	page 11
Article 2-16 : Généralités	page 11
Article 2-17 : Cadre de la prévention	page 11
CHAPITRE V - ASSISTANCE	page 11
Article 2-18 : Définition	page 11
CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE	page 11
Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion	page 11
Article 2-20 : La prévoyance facultative	page 12

Conformément aux dispositions de l'article 4 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements entre les membres participants ou honoraires et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Titre I - Les obligations des adhérents envers la Mutuelle

CHAPITRE I - CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS

Article I-1 : Cotisations des adhérents

a) Les cotisations des membres participants directs définis à l'article 8-1 des statuts se composent d'une part proportionnelle et d'une part forfaitaire. Elles sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS	ADHÉRENT EN ACTIVITÉ FONCTIONNAIRE OU AGENT PUBLIC	ADHÉRENT RETRAITÉ OU ASSIMILÉ	ADHÉRENT AYANT UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE EN DEHORS DE L'ADMINISTRATION	SALARIÉ DE LA MUTUELLE ET ASSIMILÉ																																																																																
COTISATIONS PART PROPORTIONNELLE :																																																																																				
TAUX	1,53 % du TIB	1,19 % du TIB porté sur le titre de pension (sauf application de l'indice minimum garanti) ou du dernier salaire brut (sauf application de l'allocation minimum vieillesse)	1,53 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein	1,53 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein																																																																																
MINIMUM MENSUEL	18,65 €	14,50 €	18,65 €	18,65 €																																																																																
MAXIMUM MENSUEL	47,60 €	35,20 €	47,60 €	47,60 €																																																																																
RÉDUCTION DE COTISATION : PART PROPORTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> - 50 % de la date d'adhésion au 31/12 de l'année civile suivant la date d'entrée dans l'administration - 30 % la 3^e année civile suivant la date d'entrée dans l'administration - 10 % la 4^e année civile suivant la date d'entrée dans l'administration 	Néant	Néant	Néant																																																																																
COTISATIONS : PART FORFAITAIRE MENSUELLE (ÂGE APPRÉCIÉ AU 1^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE GARANTIE)	<table border="0"> <tr><td>≤20 ans</td><td>17,00 €</td></tr> <tr><td>21 / 25 ans</td><td>19,30 €</td></tr> <tr><td>26 / 30 ans</td><td>20,45 €</td></tr> <tr><td>31 / 35 ans</td><td>22,70 €</td></tr> <tr><td>36 / 40 ans</td><td>25,00 €</td></tr> <tr><td>41 / 45 ans</td><td>26,15 €</td></tr> <tr><td>46 / 50 ans</td><td>28,40 €</td></tr> <tr><td>51 / 55 ans</td><td>30,70 €</td></tr> <tr><td>56 / 60 ans</td><td>32,90 €</td></tr> <tr><td>61 / 65 ans</td><td>34,05 €</td></tr> <tr><td>66 / 70 ans</td><td>36,35 €</td></tr> </table>	≤20 ans	17,00 €	21 / 25 ans	19,30 €	26 / 30 ans	20,45 €	31 / 35 ans	22,70 €	36 / 40 ans	25,00 €	41 / 45 ans	26,15 €	46 / 50 ans	28,40 €	51 / 55 ans	30,70 €	56 / 60 ans	32,90 €	61 / 65 ans	34,05 €	66 / 70 ans	36,35 €	<table border="0"> <tr><td><45 ans</td><td>25,00 €</td></tr> <tr><td>46 / 50 ans</td><td>27,15 €</td></tr> <tr><td>51 / 55 ans</td><td>29,35 €</td></tr> <tr><td>56 / 60 ans</td><td>31,50 €</td></tr> <tr><td>61 / 65 ans</td><td>32,60 €</td></tr> <tr><td>66 / 70 ans</td><td>34,75 €</td></tr> <tr><td>> 70 ans</td><td>36,95 €</td></tr> </table>	<45 ans	25,00 €	46 / 50 ans	27,15 €	51 / 55 ans	29,35 €	56 / 60 ans	31,50 €	61 / 65 ans	32,60 €	66 / 70 ans	34,75 €	> 70 ans	36,95 €	<table border="0"> <tr><td>≤20 ans</td><td>17,00 €</td></tr> <tr><td>21 / 25 ans</td><td>19,30 €</td></tr> <tr><td>26 / 30 ans</td><td>20,45 €</td></tr> <tr><td>31 / 35 ans</td><td>22,70 €</td></tr> <tr><td>36 / 40 ans</td><td>25,00 €</td></tr> <tr><td>41 / 45 ans</td><td>26,15 €</td></tr> <tr><td>46 / 50 ans</td><td>28,40 €</td></tr> <tr><td>51 / 55 ans</td><td>30,70 €</td></tr> <tr><td>56 / 60 ans</td><td>32,90 €</td></tr> <tr><td>61 / 65 ans</td><td>34,05 €</td></tr> <tr><td>66 / 70 ans</td><td>36,35 €</td></tr> </table>	≤20 ans	17,00 €	21 / 25 ans	19,30 €	26 / 30 ans	20,45 €	31 / 35 ans	22,70 €	36 / 40 ans	25,00 €	41 / 45 ans	26,15 €	46 / 50 ans	28,40 €	51 / 55 ans	30,70 €	56 / 60 ans	32,90 €	61 / 65 ans	34,05 €	66 / 70 ans	36,35 €	<table border="0"> <tr><td>≤20 ans</td><td>17,00 €</td></tr> <tr><td>21 / 25 ans</td><td>19,30 €</td></tr> <tr><td>26 / 30 ans</td><td>20,45 €</td></tr> <tr><td>31 / 35 ans</td><td>22,70 €</td></tr> <tr><td>36 / 40 ans</td><td>25,00 €</td></tr> <tr><td>41 / 45 ans</td><td>26,15 €</td></tr> <tr><td>46 / 50 ans</td><td>28,40 €</td></tr> <tr><td>51 / 55 ans</td><td>30,70 €</td></tr> <tr><td>56 / 60 ans</td><td>32,90 €</td></tr> <tr><td>61 / 65 ans</td><td>34,05 €</td></tr> <tr><td>66 / 70 ans</td><td>36,35 €</td></tr> </table>	≤20 ans	17,00 €	21 / 25 ans	19,30 €	26 / 30 ans	20,45 €	31 / 35 ans	22,70 €	36 / 40 ans	25,00 €	41 / 45 ans	26,15 €	46 / 50 ans	28,40 €	51 / 55 ans	30,70 €	56 / 60 ans	32,90 €	61 / 65 ans	34,05 €	66 / 70 ans	36,35 €
≤20 ans	17,00 €																																																																																			
21 / 25 ans	19,30 €																																																																																			
26 / 30 ans	20,45 €																																																																																			
31 / 35 ans	22,70 €																																																																																			
36 / 40 ans	25,00 €																																																																																			
41 / 45 ans	26,15 €																																																																																			
46 / 50 ans	28,40 €																																																																																			
51 / 55 ans	30,70 €																																																																																			
56 / 60 ans	32,90 €																																																																																			
61 / 65 ans	34,05 €																																																																																			
66 / 70 ans	36,35 €																																																																																			
<45 ans	25,00 €																																																																																			
46 / 50 ans	27,15 €																																																																																			
51 / 55 ans	29,35 €																																																																																			
56 / 60 ans	31,50 €																																																																																			
61 / 65 ans	32,60 €																																																																																			
66 / 70 ans	34,75 €																																																																																			
> 70 ans	36,95 €																																																																																			
≤20 ans	17,00 €																																																																																			
21 / 25 ans	19,30 €																																																																																			
26 / 30 ans	20,45 €																																																																																			
31 / 35 ans	22,70 €																																																																																			
36 / 40 ans	25,00 €																																																																																			
41 / 45 ans	26,15 €																																																																																			
46 / 50 ans	28,40 €																																																																																			
51 / 55 ans	30,70 €																																																																																			
56 / 60 ans	32,90 €																																																																																			
61 / 65 ans	34,05 €																																																																																			
66 / 70 ans	36,35 €																																																																																			
≤20 ans	17,00 €																																																																																			
21 / 25 ans	19,30 €																																																																																			
26 / 30 ans	20,45 €																																																																																			
31 / 35 ans	22,70 €																																																																																			
36 / 40 ans	25,00 €																																																																																			
41 / 45 ans	26,15 €																																																																																			
46 / 50 ans	28,40 €																																																																																			
51 / 55 ans	30,70 €																																																																																			
56 / 60 ans	32,90 €																																																																																			
61 / 65 ans	34,05 €																																																																																			
66 / 70 ans	36,35 €																																																																																			
MAJORATION DE COTISATION	Oui selon les dispositions suivantes : - Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (article 16-2) - Arrêté du 19 décembre 2007 Article 1-3 du présent règlement mutualiste			Non																																																																																

b) Les cotisations forfaitaires des membres participants associés définis à l'article 8-2 des statuts sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS	MONTANT DES COTISATIONS	
COTISATIONS FORFAITAIRES MENSUELLES (ÂGE APPRÉCIÉ AU 1 ^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE GARANTIE)	≤ 20 ans	23,85 €
	21 / 25 ans	27,25 €
	26 / 30 ans	31,85 €
	31 / 35 ans	36,35 €
	36 / 40 ans	39,75 €
	41 / 45 ans	44,30 €
	46 / 50 ans	47,70 €
	51 / 55 ans	52,20 €
	56 / 60 ans	56,75 €
	61 / 65 ans	57,60 €
66 / 70 ans	61,95 €	
> 70 ans	65,20 €	
MAJORATION DE COTISATION MEMBRES ÂGÉS DE + DE 59 ANS AU 1 ^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION	Cotisation forfaitaire + 50 %	

c) Les cotisations forfaitaires des ayants droit des membres participants définis à l'article 9 des statuts, sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

AYANTS DROIT AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	MONTANT DES COTISATIONS (*)	
COTISATIONS FORFAITAIRES MENSUELLES (ÂGE APPRÉCIÉ AU 1 ^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE GARANTIE)	≤ 20 ans	11,95 €
	21 / 25 ans	21,75 €
	26 / 30 ans	25,00 €
	31 / 35 ans	27,15 €
	36 / 40 ans	30,45 €
	41 / 45 ans	33,70 €
	46 / 50 ans	35,85 €
	51 / 55 ans	39,10 €
	56 / 60 ans	41,30 €
	61 / 65 ans	44,55 €
66 / 70 ans	46,75 €	
> 70 ans	50,00 €	

(*) au-delà de deux enfants, la cotisation n'est pas appelée pour le ou les enfants ayants droit supplémentaires.

d) La cotisation de maintien est ouverte aux membres participants définis dans le tableau ci-après. Son montant est calculé selon les modalités qui suivent :

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS	COTISATION PROPORTIONNELLE MENSUELLE	COTISATION FORFAITAIRE ANNUELLE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS		
En détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée	Néant	48 €
Bénéficiaire du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un pacs	0,85 % du TIB (cotisation obligatoire)	48 €
Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire	Néant	48 €
Retraités résidant à l'étranger		
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		
Actifs et retraités	Néant	48 €
Étudiants effectuant un stage à l'étranger (hors CEE) dans le cadre du partenariat MGEFI/LMDE	Néant	48 €

e) La cotisation des membres honoraires est fixée à 48 € par an.

Article I-2 : Fixation des cotisations

La première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations de l'année antérieure.

Les cotisations comprennent la cotisation mensuelle forfaitaire de 2,90 € par membre participant appelée par la MGEFI, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte des mutuelles énumérées à l'article 10 des présents statuts et afférente à leurs activités.

Les cotisations comprennent également les primes liées à la garantie d'assistance et les cotisations destinées aux organismes auxquels la Mutuelle adhère.

Chaque année, les plafonds, planchers et cotisations forfaitaires sont susceptibles d'évolution, pour chacun des choix et par catégorie d'adhérents, en fonction notamment de l'évolution des dépenses de santé, sur décision de l'assemblée générale.

Conformément aux dispositions de l'article 8 du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, ces évolutions s'inscrivent pour les membres participants directs, leurs ayants droit, leurs veufs, veuves et orphelins, dans la limite de 5 % par an.

Article I-3 : Majoration de cotisation

• Membres participants directs :

En application des dispositions de l'article 16-2 du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007, les cotisations des membres participants directs âgés de plus de 30 ans et dont l'ancienneté dans la Fonction publique est supérieure à deux ans sont majorées.

Les modalités d'application sont définies par les dispositions de l'arrêté du 19 décembre 2007 :

- pour toute année non cotisée 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 le

coefficient de majoration est égal à 2 % par année.

- ce coefficient de majoration est, le cas échéant, additionné au coefficient de majoration transmis à l'agent par son dernier organisme de référence et remis à la Mutuelle lors de l'adhésion.

- lors de chaque renouvellement de la convention, le coefficient est diminué de 0,5 % par année cotisée avant 60 ans depuis la date la plus récente entre la dernière convention et la dernière adhésion de l'agent.

Ces dispositions sont également applicables aux ayants droit, veufs, veuves et orphelins des membres participants directs.

• Membres participants associés :

Dès lors que la demande d'adhésion intervient au-delà du 59^e anniversaire, la personne rejoignant la Mutuelle en qualité de membre participant associé acquitte une cotisation forfaitaire majorée de 50 %.

Article I-4 : Cotisation de maintien

I – Membres participants directs

Les membres participants directs :

- En situation de détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée,
- Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un pacs,
- Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire,
- Retraités résidant à l'étranger,

peuvent opter en cours d'année et dès le fait générateur, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article I-I-d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit au contrat statutaire de prévoyance en inclusion moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Les membres participants bénéficiant du contrat collectif du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un pacs conserve le bénéfice des indemnités pour perte de traitement et de salaire dans les conditions fixées par le chapitre III du titre II du présent règlement. Leur cotisation de maintien comprend obligatoirement une part proportionnelle fixée à 0,85 % du TIB.

En outre, la cotisation de maintien permet aux membres de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives prévues à l'article 2-20 du présent règlement moyennant le versement des cotisations correspondantes.

2 – Membres participants associés

Les membres participants associés peuvent opter, en cours d'année, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article I-I-d du présent règlement.

Les étudiants membres participants associés peuvent opter en cours d'année pour le versement d'une cotisation de maintien et demander le bénéfice, pendant la durée de leur stage, de la couverture internationale (hors communauté européenne) dans le cadre du partenariat MGEFI/LMDE.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit ou de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives moyennant le versement des cotisations correspondantes.

CHAPITRE II - PAIEMENT DES COTISATIONS

Article I-5 : Précomptes, retenues et prélèvements

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste. Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leurs comptes bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leurs comptes bancaire ou postal.

Article I-6 : Exonération de cotisations

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la

durée de la mobilisation ou de la captivité. Il bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle dès lors qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Pendant la durée, de la mobilisation ou de la captivité, le membre participant n'a pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle, le bénéfice en reste cependant acquis à ses ayants droit au sens de la Sécurité sociale.

CHAPITRE III – INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article I-7 : Justifications

Les adhérents ont l'obligation d'informer la Mutuelle, dans un délai de deux mois, à compter du fait générateur, de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits et obligations. A défaut, la Mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des prestations indûment versées et l'adhérent ne pourrait prétendre au remboursement des cotisations indûment payées.

Article I-8 : Gestion des prestations

Les membres participants de la Mutuelle perçoivent les prestations statutaires par le canal des services de l'Union mutualiste dite "MFP-Services" à laquelle adhère la Mutuelle ou par des versements directement effectués par la Mutuelle.

A la demande de la Mutuelle, les membres participants doivent mettre à jour leur carte d'assuré social Vitale et le cas échéant celle de leur ayant droit portant mention des garanties mutualistes, en particulier lors d'un changement de choix dans l'offre prestataire.

A défaut de mise à jour, les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement. La même disposition s'applique en cas de non restitution à la demande de la Mutuelle des cartes mutualistes d'ouverture de droits.

Titre II – Obligations de la Mutuelle envers les adhérents

CHAPITRE I - LES GARANTIES

Article 2-1 : Garanties

Les garanties ci-après sont ouvertes aux catégories d'adhérents définis au Titre I – chapitre I - du présent règlement, ayant fait le choix de l'offre Vita Santé.

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS		SANTÉ	INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	PRÉVENTION	ASSISTANCE	PRÉVOYANCE STATUTAIRE EN INCLUSION	PRÉVOYANCE FACULTATIVE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS	ACTIFS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	RETRAITÉS		Non				
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
AYANTS DROIT AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
MEMBRES PARTICIPANTS BÉNÉFICIAIRE DE LA COTISATION DE MAINTIEN		Non	Non (1)	Non	Non	Oui (2)	Oui
MEMBRES HONORAIRES		Non	Non	Non	Non	Non	Non

(1) sauf pour les membres participants directs bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin, personne signataire d'un Pacs.

(2) uniquement pour les membres participants directs.

Article 2-2 : Conditions

Pour bénéficier des prestations et services, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 2-3 : Prise d'effet

Le droit aux prestations et services prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acte d'adhésion.

Article 2-4 : Plafond

de prise en charge

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

Le montant des prestations pécuniaires ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article 2-5 : Prescription

et forclusion

Toutes actions dérivant des opérations liées aux garanties santé sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions définies à l'article L 221-11 du Code de la mutualité.

Conformément à l'article L 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue :

- par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription,
- par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation,
- par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur par l'adhérent.

Les demandes de paiement des prestations santé accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de six mois à compter de la date du décompte effectué par la caisse d'Assurance maladie.

Concernant les garanties prévoyance, les conditions de prescription, d'interruption de prescription et de forclusion sont celles mentionnées dans les notices d'information de chaque contrat.

Article 2-6 : Dérogations

Sauf dérogations expressément prévues à l'article 2-11 ci-après, la Mutuelle n'intervient que pour les dépenses prises en charge par les caisses d'Assurance maladie.

Le patient choisit librement ses praticiens, fournisseurs et établissements de soins.

Article 2-7 : Subrogation générale

La Mutuelle reçoit, des adhérents, mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux.

Elle reçoit également des adhérents délégation générale pour procéder, pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers.

Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

Article 2-8 : Subrogation particulière

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

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

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

CHAPITRE II – PRESTATIONS SANTE

Article 2-9 : Prestations accrochées

Lorsque les prestations servies par les caisses primaires d'Assurance maladie comportent un ticket modérateur, la Mutuelle assure les compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4 :

1. Hospitalisation

La Mutuelle assure la couverture de l'hospitalisation dans les conditions fixées par le règlement fédéral d'hospitalisation arrêté par la Mutualité Fonction Publique pour les établissements de court séjour y

compris la psychiatrie et les soins palliatifs, de soins de suite et de réadaptation et d'hospitalisation à domicile et annexé au présent règlement (annexe II).

Elle participe aux dépenses suivantes :

- Forfait journalier hospitalier instauré par loi du 19 janvier 1983
- Honoraires chirurgicaux
- Frais de séjour et de structures
- Frais de transport

2. Soins courants

a) Médecine de ville

- Honoraires des praticiens conventionnés, généralistes et spécialistes
- Frais de laboratoire
- Examens radiologiques
- Actes dispensés par les auxiliaires médicaux
- Soins externes : actes dispensés au titre des soins externes dans les hôpitaux publics et les centres de santé à but non lucratif

b) Pharmacie

3. Prévention

- Détartrage annuel complet sus et sous gingival
- Vaccinations inscrites sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 – article R871-2

4. Cures thermales :

- Honoraires de surveillance
- Frais d'établissement thermal
- Frais d'hébergement
- Frais de transport

5. Appareillage

- Appareillage accepté
- Véhicule pour handicapé physique
- Orthèses

6. Acoustique

- Prothèses auditives prescrites
- Fournitures et accessoires

7. Optique

- Monture
- Verres
- Lentilles
- Suppléments et accessoires prévus sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP)

8. Dentaire

- Soins
- Prothèses dentaires fixes et amovibles
- Plaque base métallique
- Inlay core et inlay core à clavette
- Orthodontie

9. Frais de transport

10. Toutes autres dépenses non énumérées ci-dessus, prises en charge par les caisses primaires d'Assurance maladie, donnent droit à une prestation égale au ticket modérateur laissé à la charge de l'assuré, dans les limites fixées au tableau des prestations annexé.

Article 2-10 : Prestations complémentaires

Lorsque les prestations servies par les caisses d'Assurance maladie ne comportent pas de ticket modérateur et que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, la Mutuelle assure des compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4 :

1. Hospitalisation

La Mutuelle assure la couverture de l'hospitalisation dans les conditions fixées par le règlement fédéral d'hospitalisation

arrêté par la Mutualité Fonction Publique pour les établissements de court séjour y compris la psychiatrie et les soins palliatifs, de soins de suite et de réadaptation et d'hospitalisation à domicile et annexé au présent règlement (annexe II).

Elle prend en charge le forfait journalier instauré par la loi du 19 janvier 1983.

2. Pharmacie

- Substituts nicotiniques

3. Appareillage

- Appareillage accepté
- Véhicule pour handicapé physique
- Orthèses
- Prothèse capillaire
- Prothèse mammaire

4. Acoustique

- Prothèses auditives prescrites
- Fournitures et accessoires

5. Optique

- Monture
- Verres
- Lentilles
- Suppléments et accessoires prévus sur la liste des produits et prestations remboursables

6. Dentaire

- Prothèses dentaires fixes et amovibles
- Plaque base métallique
- Orthodontie

Article 2-11 : Prestations spécifiques

Par dérogation aux principes de l'article 2-6, la Mutuelle intervient dans les conditions ci-après pour les dépenses suivantes non prises en charge par les caisses d'Assurance maladie, dans les limites fixées par l'article 2.4 du présent règlement :

1. Hospitalisation

- Prestation de séjour hospitalier
- Supplément pour frais de chambre particulière
- Frais d'accompagnant d'enfant de moins de 10 ans ou handicapé de moins de 20 ans

2. Soins courants

- Actes d'ostéopathie et de chiropractie
- Séances d'acupuncture médicale

3. Maternité

- Bilan acoustique du nouveau-né
- Examen de prévention bucco-dentaire de la femme enceinte entre le 3e et le 6e mois de grossesse.
- Amniocentèse
- Caryotype fœtal
- Supplément pour frais de chambre particulière

4. Pharmacie

- Substituts nicotiniques
- Vaccins prescrits inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques
- Contraception orale

5. Optique

- Traitements pour les verres à partir de plus de 6 dioptries
- Lentilles prescrites refusées
- Chirurgie réfractive

6. Dentaire

- Examen annuel de prévention bucco-dentaire et carnet de santé dentaire
- Traitement de la maladie parodontale
- Implantologie
- Prothèse provisoire
- Prothèse fixe sur implant

CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES

Article 2-12 : Définition

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la maladie ou l'accident, la Mutuelle verse au membre participant direct en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "incapacité" pour perte de traitements et de salaires.

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la reconnaissance d'un état d'invalidité temporaire, la Mutuelle verse au membre participant direct, en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "invalidité" pour perte de traitements et de salaires.

Article 2-13 : Conditions d'attribution

L'indemnité "incapacité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 100 % du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, déduction faite des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale, des cotisations sociales et de la retenue pension civile.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

L'indemnité "invalidité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 45 % du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, en complément des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

Article 2-14 : Durée d'attribution

L'indemnité "incapacité" est versée à compter du 91^e jour d'arrêt de travail tant que le membre participant est rémunéré à demi-traitement par l'administration ou par l'employeur :

- 9 mois pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé longue maladie,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée hors du service,
- 3 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée dans le service,
- 3 ans pour les adhérents placés en position de disponibilité d'office pour raisons de santé.

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire.

Est reconnu en état d'invalidité temporaire, le membre participant direct qui, atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail, ne peut ni reprendre immédiatement ses fonctions, ni être mis ou admis à la retraite.

Article 2-15 : Dispositions particulières

L'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès la date d'entrée en jouissance effective des droits à la retraite du membre participant.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant est réintégré, mis à la retraite ou licencié.

CHAPITRE IV - PRÉVENTION

Article 2-16 : Généralités

La Mutuelle développe une politique de prévention et promotion de la santé.

Cette politique est basée sur une démarche participative de l'adhérent dans le cadre :

- de la convention avec la Direction des Personnels et de l'Adaptation de l'Environnement Professionnel (DPAEP),
- des actions initiées ou mises en œuvre par les instances de la FNMF, notamment dans le cadre de Priorité Santé Mutualiste (PSM).

Article 2-17 : Cadre de la prévention

Les actions de prévention peuvent être développées au plan national ou local.

CHAPITRE V - ASSISTANCE

Article 2-18 : Définition

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation faisant suite à un événement imprévisible, à un accident corporel, une maladie ou lors d'un décès peuvent prétendre à une garantie assistance.

Les membres participants, élèves des écoles financières, peuvent prétendre en cas d'événements traumatisants, à une garantie d'assistance psychologique sur le lieu de résidence où ils effectuent leur scolarité.

Les conditions et modalités des garanties sont précisées en annexe IV.

CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE

Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion

Conformément à l'article L.221.3 du Code de la mutualité et à l'article 3-2 des statuts, la Mutuelle a contracté auprès de MFPrévoyance et de MFPrévoyance Vie, au profit de ses membres participants directs, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie et non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'inscription du membre participant direct au contrat collectif de prévoyance M022 couvrant les risques invalidité, décès, dépendance, rente survie dans les conditions fixées par la notice d'information annexée au présent règlement (annexe V).

Le contrat de prévoyance 6046X couvrant les risques décès-invalidité demeure en inclusion pour ses bénéficiaires.

Article 2-20 : La prévoyance facultative

Afin de les proposer à ses membres participants, la Mutuelle a souscrit auprès ou par l'intermédiaire de MFPrévoyance et MFPrévoyance Vie des contrats de prévoyance couvrant les risques vie et non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures et des notices d'information remises aux adhérents bénéficiaires.

Plus généralement, la Mutuelle peut souscrire, dans l'intérêt de ses adhérents, tous contrats de prévoyance auprès d'institutions spécialisées.

ANNEXES

Annexe I

TABLEAU DES PRESTATIONS "VITA SANTÉ"

Applicable au 1^{er} janvier 2012

Les pourcentages sont exprimés en référence à la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (BR).

Les pourcentages de participation de la Sécurité sociale ou les montants correspondants à la part du régime obligatoire tels qu'existant au 02/05/2011 et les totaux sont donnés pour information. Les montants sont fixés en application de la législation en vigueur le 2 mai 2011 (tarif conventionnel ou tarif de responsabilité).

La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € (décret n° 2011-201 du 21/02/2011) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie – article 20 de la loi 2004-810 du 13/08/2004 et ses textes d'application.

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant – article 7 de la loi 2004-810 du 13/08/2004 et ses textes d'application (non-respect du parcours de soins coordonnés).

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant – article 8 de la loi 2004-810 du 13/08/2004 et ses textes

d'application (non-respect du parcours de soins coordonnés).

- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel – article 3 de la loi 2004-810 du 13/08/2004 et ses textes d'application.

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée – article 6 de la loi 2004-810 du 13/08/2004 et ses textes d'application.

- Les franchises sur les médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation), les actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception de ceux effectués au cours d'une hospitalisation) et les transports (à l'exception des transports d'urgence) – décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007.

HOSPITALISATION COURT SÉJOUR, PSYCHIATRIE, SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
HONORAIRES MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX Y COMPRIS EN AMBULATOIRE	80 % BR 100 % BR	Jusqu'à 70 % BR Jusqu'à 50 % BR	Jusqu'à 150 % BR
FRAIS DE SÉJOUR ET DE STRUCTURE	80 % BR	20 % BR	100 % BR
FORFAIT JOURNALIER	Néant	Forfait 18 € par jour	Prestation purement mutuelle
FORFAIT JOURNALIER EN PSYCHIATRIE	Néant	Forfait 13,50 € par jour	

CHAMBRE PARTICULIÈRE DANS LE RFH

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	COURT SÉJOUR	PSYCHIATRIE	SOINS DE SUITE	OBSERVATIONS
CHAMBRE PARTICULIÈRE	Néant	Forfait de 45 € / jour	Forfait de 40 € / jour	Forfait de 35 € / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par la MFP dans le cadre du RFH. Application du Tiers payant.
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (enfants de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans)	Néant	Jusqu'à 38,50 € / jour		Néant	

CHAMBRE PARTICULIÈRE HORS RFH

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	COURT SÉJOUR ET PSYCHIATRIE	SOINS DE SUITE	OBSERVATIONS
CHAMBRE PARTICULIÈRE	Néant	Forfait départemental de 27 € à 31 € / jour	18,50 € / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée. Remboursement sur présentation de facture acquittée
FRAIS D'ACCOMPAGNANT (enfants de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans)	Néant	Forfait de 25 € / jour	Néant	

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

MFP : Mutualité Fonction Publique.

FRAIS DE TRANSPORT			
FRAIS DE TRANSPORT	65 % BR	35 % BR	Hors prise en charge de la franchise médicale (décret 2007-1937 du 26/12/2007)

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE			
IVG CHIRURGICALE OU MÉDICAMENTEUSE	80 % ou 100 % BR	Néant ou 20 % BR	100 % BR

SOINS COURANTS			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
ACTES MÉDICAUX DE GÉNÉRALISTES (CONSULTATIONS - VISITES)	70 % BR	30 % BR	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810) de la majoration (art.7L2004-810) des dépassement d'honoraires (art.8L2004-810) et des tickets modérateurs (art.3 et 6L2004-810)
ACTES MÉDICAUX DE SPÉCIALISTES DONT STOMATOLOGUES (CONSULTATIONS - VISITES)	70 % BR	30 % BR	
CONSULTATIONS D'OSTÉOPATHIE	Néant	Forfait 20 € par consultation	Dans la limite de 3 consultations par an réalisées par un ostéopathe ayant reçu le titre définitif de droit d'exercice par les autorités de tutelle
SÉANCES DE CHIROPRA TIQUE	Néant	Forfait 20 € par séance	Dans la limite de 3 séances par an, réalisées par un chiropracteur du groupe UGIM
CONSULTATIONS ET ACTES DE MÉDECINS ACUPUNCTEURS	70 % BR	30 % BR + forfait 10 €	Sur présentation de la facture
CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES "TROUBLES DU SOMMEIL"	70 % BR	30 % BR + forfait 40 €	Forfait de 40 € par consultation (limité à deux consultations par an), réalisées à titre expérimental par les médecins appartenant au réseau de santé Morphée (Ile de France)

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

SOINS COURANTS			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
ANALYSES MÉDICALES	60 % BR 80 % BR	40 % BR 20 % BR	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810)
ACTES MÉDICAUX DE RADIOLOGIE	70 % BR	30 % BR	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810)
ACTES MÉDICAUX DE SAGES FEMMES (CONSULTATIONS - VISITES)	70 % BR	30 % BR	Hors prise en charge de la franchise médicale (Décret 2007-1937 du 26/12/2007)
AUXILIAIRES MÉDICAUX	60 % BR	40 % BR	

MATERNITÉ			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
BILAN ACOUSTIQUE DU NOUVEAU-NÉ NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait de 23 €	Prestation purement mutuelle
AMNIOCENTÈSE NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait de 65 €	Prestation purement mutuelle
CARYOTYPE FŒTAL NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait de 120 €	Prestation purement mutuelle
PRÉVENTION DENTAIRE DU 3 ^E AU 6 ^E MOIS DE GROSSESSE	70 % BR	30 % BR + forfait 5 €	Dans le cadre du protocole MFP/CNSD (annexe 3A)
CHAMBRE PARTICULIÈRE DANS LE CADRE DU RFH	Néant	Forfait de 50 €/jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par la MFP. Application du tiers payant
CHAMBRE PARTICULIÈRE POUR LES ÉTABLISSEMENTS HORS RFH	Néant	Forfait départemental de 27 € à 31 €/jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée. Remboursement sur présentation de facture acquittée

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

PHARMACIE ⁽¹⁾			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE À HAUTEUR DE 65 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	65 % BR	35 % BR	100 % BR
PHARMACIE PRISE EN CHARGE À HAUTEUR DE 30 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	30 % BR	40 % BR	70 % BR
PHARMACIE PRISE EN CHARGE À HAUTEUR DE 15 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	15 % BR	Néant	15 % BR
SUBSTITUTS NICOTINIQUES	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Total maximum annuel de 100 € sur présentation de la prescription et de la facture
VACCINS NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE INSCRITS SUR LA LISTE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES	Néant	Frais réels	Prestation purement mutuelle sur présentation de la prescription et de la facture
CONTRACEPTIF ORAL NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait annuel de 60 €	Prestation purement mutuelle sur présentation de la prescription et de la facture

(1) hors prise en charge de la franchise médicale (Décret 2007-1397 du 26/12/2007).

PRESTATIONS PRÉVENTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
DÉTARTRAGE ANNUEL COMPLET SUS ET SOUS GINGIVAL	70 % BR	30 % BR	100 % BR
VACCINATIONS INSCRITES SUR LA LISTE DE L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006 ARTICLE R871-2	65 % BR	35 % BR	100 % BR

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

CURES THERMALES			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
HONORAIRES	70 % BR	25 % BR	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810)
FRAIS D'ÉTABLISSEMENT FRAIS D'HÉBERGEMENT FRAIS DE TRANSPORT	65 % BR	30 % BR	95 % BR
HONORAIRES (CONVENTION THERMALE UGIM)	70 % BR	30% BR	100 % BR dans le cadre d'un établissement signataire d'une convention thermale UGIM. Application du tiers payant mutuelle
FORFAIT THERMAL (CONVENTION THERMALE UGIM)	65 % BR	35 % BR	

APPAREILLAGE			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
APPAREILLAGE PRIS EN CHARGE À HAUTEUR DE 60 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : AÉROSOLS, GLUCOMÈTRE, BÉQUILLE ...	60 % BR	75 % BR	135 % BR
APPAREILLAGE PRIS EN CHARGE À HAUTEUR DE 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (ADHÉRENTS EN ALD*)	100 % BR	35 % BR	
APPAREILLAGE PRIS EN CHARGE À HAUTEUR DE 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE : VÉHICULE POUR HANDICAPÉ, LIT MÉDICAL, ORTHO PROTHÈSE, PROTHÈSE OCULAIRE ET AUTRE GRAND APPAREILLAGE...	100 % BR	100 % BR	200 % BR
LOCATION APPAREILLAGE	60 % BR	140 % BR	
ORTHÈSES DONT BAS, COLLANTS, CHAUSSETTES OU BANDE DE CONTENTION, SEMELLE ORTHOPÉDIQUE, COLLIER CERVICAL, CEINTURE LOMBAIRE...	60 % BR	140 % BR	200 % BR
ORTHÈSES PRISES EN CHARGE À HAUTEUR DE 100 % PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (ADHÉRENTS ALD*)	100 % BR	100 % BR	
PROTHÈSES MAMMAIRES	60 % ou 100 %* BR	Forfait jusqu'à 228,15 €	Total maxi de 270 €
LINGERIE SPÉCIFIQUE. FOURNITURES COMPLÉMENTAIRES (COUSSINETS DE MAINTIEN, PRODUITS D'ENTRETIEN...) ⁽¹⁾	Néant		
PROTHÈSES CAPILLAIRES	60 % ou 100 %* BR	Forfait jusqu'à 195 €	Total maxi de 270 €

* ALD : Affection Longue Durée - BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

(1) sur présentation d'une facture acquittée

ACOUSTIQUE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 20 ANS PROTHÈSES AUDITIVES PRESCRITES PAR APPAREIL	60 % BR	110 % BR	170 % BR, calcul effectué à partir du tarif d'homologation
BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS PROTHÈSES AUDITIVES PRESCRITES PAR APPAREIL	60 % BR	Forfait 590,18 €	Soit un total de 710 €
FOURNITURES ET ACCESSOIRES	60 % BR	110 % BR	170 % BR

OPTIQUE ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
MONTURE MOINS DE 18 ANS (1)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel 24,51 € (4)	Soit un total de 55 € (4)
MONTURE PLUS DE 18 ANS (2)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel 52,16 € (4)	Soit un total de 55 € (4)
VERRES UNIFOCALUX PLUS ET MOINS DE 18 ANS (1) (2)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel de 3,50 € à 45,88 € (4)	Soit un total de 35 € à 50 € par verre (4)
VERRES MULTIFOCALUX PLUS ET MOINS DE 18 ANS (1) (2)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel de 35,82 € à 94,63 € (4)	Soit un total de 75 € à 105 € par verre (4)
FORFAIT AMINCISSEMENT AU-DELÀ DE 6 DIOPTRIES	Néant	Forfait annuel 12 €	Prestation purement mutuelle par verre et par an
FORFAIT ANTIREFLET AU-DELÀ DE 6 DIOPTRIES	Néant	Forfait annuel 12 €	Prestation purement mutuelle par verre et par an
LENTILLES CORNÉENNES PRESCRITES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	60 % BR	40 % BR + forfait annuel 30,52 € (4)	Soit un total de 70 € par œil
LENTILLES (5) CORNÉENNES SPHÉRIQUES PRESCRITES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait annuel 42 €	Prestation purement mutuelle par œil et par an

OPTIQUE (1) (2) (3) (4) (5)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
LENTILLES (5) CORNÉENNES TORIQUES ET PROGRESSIVES PRESCRITES NON PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	Néant	Forfait annuel 65 €	Prestation purement mutuelle par œil et par an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	Néant	Forfait annuel 250 €	Prestation purement mutuelle par œil et par an

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

OPTIQUE VERRES CORRECTEURS (1) (2) (3) (4)

VERRES SIMPLE Foyer Blancs ou Teintés pris en charge par la Sécurité Sociale

CORRECTIONS	CODES LPP		PART SÉCURITÉ SOCIALE 60 % BR		PARTICIPATION MUTUELLE				OBSERVATIONS : SOIT UN TOTAL DE
	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Moins de 18 ans (1)		Plus de 18 ans (2)		
					40 % BR	Forfait	40 % BR	Forfait	
SPHÈRE DE - 6 À + 6	2261874 2242457	2203240 2287916	7,22 €	1,37 €	4,82 €	22,96 €	0,92 €	32,71 €	35 €
SPHÈRE DE - 6,25 À -10	2243540 2297441	2282793 2263459	16,01 €	2,47 €	10,67 €	23,32 €	1,65 €	45,88 €	50 €
SPHÈRE DE 6,25 À + 10	2243304 2291088	2280660 2265330	16,01 €	2,47 €	10,67 €	23,32 €	1,65 €	45,88 €	50 €
SPHÈRE HORS ZONE (HZ) DE - 10 À +10	2273854 2248320	2235776 2295896	26,98 €	4,57 €	17,99 €	5,03 €	3,05 €	42,38 €	50 €
CYL < OU =+4, SPHÈRE DE - 6 À + 6	2200393 2270413	2259966 2226412	8,96 €	2,20 €	5,98 €	20,06 €	1,46 €	31,34 €	35 €
CYL<OU=+4, SPHÈRE HZ - 6 À + 6	2283953 2219381	2284527 2254868	21,77 €	4,12 €	14,51 €	13,72 €	2,74 €	43,14 €	50 €
CYL>4, SPHÈRE DE - 6 À + 6	2238941 2268385	2212976 2252668	16,74 €	3,75 €	11,16 €	22,10 €	2,50 €	43,75 €	50 €
CYL>+4, SPHÈRE HZ - 6 À + 6	2245036 2206800	2288519 2299523	27,90 €	5,67 €	18,60 €	3,50 €	3,78 €	40,55 €	50 €

VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS Blancs ou Teintés pris en charge par la Sécurité Sociale

VERRE SPHÉRIQUE : SPHÈRE DE - 4 À + 4	2259245 2264045	2290396 2291183	23,51 €	4,39 €	15,67 €	35,82 €	2,93 €	67,68 €	75 €
VERRE SPHÉRIQUE : SPHÈRE SITUÉE EN DEHORS DE LA ZONE DE - 4 À + 4	2238792 2202452	2245384 2295198	25,98 €	6,49 €	17,32 €	51,70 €	4,33 €	84,18 €	95 €
VERRE SPHÉRO-CYLINDRIQUE : VERRE QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE ET POUR UNE SPHÈRE DE - 8 À + 8	2240671 2282221	2227038 2299180	26,16 €	6,22 €	17,44 €	61,40 €	4,15 €	94,63 €	105 €
VERRE SPHÉRO-CYLINDRIQUE : VERRE QUELLE QUE SOIT LA PUISSANCE DU CYLINDRE ET POUR UNE SPHÈRE SITUÉE EN DEHORS DE LA ZONE DE - 8 À + 8	2234239 2259660	2202239 2252042	39,97 €	14,72 €	26,65 €	38,38 €	9,82 €	80,46 €	105 €

SUPPLÉMENTS OPTIQUES ^{(1) (2) (3) (4)}

RÉFÉRENCES DES SUPPLÉMENTS	PART SÉCURITÉ SOCIALE			PARTICIPATION MUTUELLE			OBSERVATIONS : SOIT UN TOTAL DE :		
	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
PRISME SOUPLE L'UNITÉ	13,46 €			16,54 €			30,00 €		
LUNETTES À COQUES	25,62 €			24,38 €			50,00 €		
PRISME INCORPORÉ		9,60 €	2,39 €		10,40 €	17,61 €		20,00 €	20,00 €
SYSTÈME ANTIPTOSIS		46,38 €	46,38 €		53,62 €	53,62 €		100,00 €	100,00 €
FILTRE CHROMATIQUE OU UV		5,49 €	Néant		14,51 €	20,00 €		20,00 €	20,00 €
VERRE ISÉICONIQUE		Selon devis	Selon devis		28,00 €	28,00 €		28,00 € + part SS	28,00 € + part SS
SPHÈRE SUPÉRIEURE À > 20 DIOPTRIES		8,24 €	2,10 €		21,76 €	27,90 €		30,00 €	30,00 €
FILTRE OCCLUSION L'UNITÉ	2,20 €			7,80 €			10 €		

(1) sur présentation d'une prescription médicale et/ou de la facture de l'opticien (- de 18 ans).

(2) forfait annuel, sur présentation d'une prescription médicale et/ou de la facture de l'opticien, l'annualité correspondant à une année civile (+ 18 ans).

(3) en cas de prise en charge à 100 %, les prestations Sécurité sociale et mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 60 % Sécurité sociale plus la part mutuelle.

(4) la participation globale de la mutuelle est majorée de 10 € lorsque la demande de remboursement est assortie de la production de deux devis relatifs à l'équipement concerné (verres + monture).

(5) les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.

DENTAIRE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
PRÉVENTION			
EXAMEN ANNUEL DE PRÉVENTION	70 % BR	30 % BR + forfait de 5 €	Dans le cadre du protocole MFP/CNSD (2) annexe 3
EXAMEN DE DÉPISTAGE DE LA MALADIE PARODONTALE	70 % BR	30 % BR + forfait 10 €	Dans le cadre du protocole MFP/CNSD (2) annexe 3B
TRAITEMENT DE LA MALADIE PARODONTALE	Néant	forfait de 200 €	Prestation purement mutuelle dans le cadre du protocole MFP/CNSD (2) annexe 3B
SOINS DENTAIRES ET ORTHODONTIE			
SOINS DENTAIRES	70 % BR	30 % BR	100 % BR
INLAY CORE ET INLAY CORE AVEC CLAVETTE	70 % BR	30 % BR	100 % BR
REBASAGE, RÉPARATION, ADJONCTION, RENFORT SUR FRACTURE DE DENTS ET CROCHETS	Néant ou 70 % BR	Forfait mutuelle ou 30 % BR + forfait	Plafonné à 243,92 € pour l'ensemble (part Sécurité sociale + mutuelle)
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE	100 % BR	387 € par semestre	Soit un total de 580,50 € par semestre
• TRAITEMENT	70 % BR	180 % BR	Total 250 % BR
• AUTRES ACTES VISITES, EXAMEN, SUIVI CONTENTION	100 % BR	150 % BR	
PROTHÈSE FIXE ⁽¹⁾ DANS LE CADRE DU PROTOCOLE MFP/CNSD ⁽²⁾			
PROTHÈSE DENTAIRE PROVISOIRE SUR DENT VISIBLE (3)	Néant	48,90 € par prothèse	Prestation purement mutuelle, (soins d'urgence ou attente thérapeutique d'au moins 6 mois sans réalisation d'une couronne définitive)
COURONNE MÉTALLIQUE - SUR DENT VISIBLE (3) - SUR MOLAIRE (COURONNE PROVISOIRE INCLUSE)	70 % BR 70 % BR	381,15 € 185,55 €	456,40 € par prothèse 260,80 € par prothèse
COURONNE CÉRAMO MÉTALLIQUE - SUR DENT VISIBLE (3) - SUR MOLAIRE (COURONNE PROVISOIRE INCLUSE)	70 % BR 70 % BR	381,15 € 185,55 €	456,40 € par prothèse 260,80 € par prothèse
COURONNE CÉRAMO CÉRAMIQUE - SUR DENT VISIBLE (3) (COURONNE PROVISOIRE INCLUSE)	70 % BR	381,15 €	456,40 € par prothèse
PROTHÈSE FIXE ⁽¹⁾ HORS PROTOCOLE MFP/CNSD OU HORS RÉSEAU CNSD ⁽²⁾			
PROTHÈSE DENTAIRE PROVISOIRE SUR DENT VISIBLE (3)	Néant	30,49 € par prothèse	Prestation purement mutuelle
PROTHÈSE FIXE TOUTES DENTS	70 % BR	Forfait 169,25 €	244,50 € par prothèse

DENTAIRE (SUITE)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
PROTHÈSE AMOVIBLE			
PLAQUE BASE MÉTALLIQUE	70 % BR	Forfait de 109,70 €	200 €
PROTHÈSE AMOVIBLE (DE 1 À 3 DENTS À COMPLET)	70 % BR	Forfait de 350 € à 1 200 €	De 395,15 € à 1 455,85 €
IMPLANTOLOGIE			
IMPLANTOLOGIE	Néant	Forfait de 280 €	Prestation purement mutuelle forfait annuel (4)
PROTHÈSE DENTAIRE SUR IMPLANT	Néant ou 70 % BR selon cotation	Forfait de 200 € ou 30 % BR + forfait	Total maximum 200 € par prothèse

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie **obligatoire**.

(1) les piliers et inters de bridges sont pris en charge par la mutuelle selon les mêmes bases forfaitaires totales applicables aux prothèses fixes correspondantes.

(2) CNSD : Confédération Nationale des Syndicats Dentaires.

(3) dents visibles : incisives, canines et prémolaires.

(4) l'annualité correspond à l'année civile.

DENTAIRE PROTHÈSES AMOVIBLES ⁽¹⁾

NOMBRE DE DENTS PAR APPAREIL	COEFFICIENT SÉCURITÉ SOCIALE	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT 70 %	PARTICIPATION MUTUELLE	TOTAL PRESTATIONS
1 À 3 DENTS	30	64,50 €	45,15 €	350 €	395,15 €
4 DENTS	35	75,25 €	52,67 €	400 €	452,67 €
5 DENTS	40	86,00 €	60,20 €	450 €	510,20 €
6 DENTS	45	96,75 €	67,73 €	500 €	567,73 €
7 DENTS	50	107,50 €	75,25 €	550 €	625,25 €
8 DENTS	55	118,25 €	82,78 €	600 €	682,78 €
9 DENTS	60	129,00 €	90,30 €	650 €	740,30 €
10 DENTS	65	139,75 €	97,83 €	700 €	797,83 €
11 DENTS	70	150,50 €	105,35 €	750 €	855,35 €
12 DENTS	75	161,25 €	112,88 €	800 €	912,88 €
13 DENTS	80	172,00 €	120,40 €	850 €	970,40 €
14 DENTS	85	182,75 €	127,93 €	900 €	1 027,93 €
COMPLET	170	365,50 €	255,85 €	1 200 €	1 455,85 €

(1) en cas de prise en charge à 100 %, les prestations Sécurité sociale et mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 70 % Sécurité sociale plus la part mutuelle.

Les annexes au règlement mutualiste citées ci-dessous, sont disponibles sur notre site internet :

www.mgefi.fr

Annexe II

RÈGLEMENT FÉDÉRAL POUR LA COUVERTURE DU RISQUE HOSPITALISATION (RFH)

Annexe III

PROTOCOLE D'ACCORD MFP/CNSD

Annexe IV

A : CONVENTION D'ASSISTANCE À DOMICILE (IMA)

B : CONVENTION D'ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE (IMA)

Annexe V

NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT PRÉVOYANCE M022 EN INCLUSION SOUSCRIT PAR LA MGEFI



MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

Mutuelle régie par le Code de la mutualité - SIREN : 499 982 098

75705 Paris Cedex 13 - www.mgefi.fr

