

Règlement Mutualiste

Prémi Santé

RÈGLEMENT MUTUALISTE PRÉMI SANTÉ

(applicable au 1^{er} janvier 2010)

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 : 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 9
Article 2-11 : Prestations spécifiques	page 9
CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	page 10
Article 2-12 : Définition	page 10
Article 2-13 : Conditions d'attribution	page 10
Article 2-14 : Durée d'attribution	page 10
Article 2-15 : Disposition particulière	page 10

CHAPITRE IV - PRÉVENTION	page 10
Article 2-16 : Généralités	page 10
Article 2-17 : Cadre de la prévention	page 10
CHAPITRE V - ASSISTANCE	page 10
Article 2-18 : Définition	page 10
CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE	page 10
Article 2-19 : La prévoyance statutaire en inclusion	page 10
Article 2-20 : La prévoyance facultative	page 11

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-I 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	SALARIE DE LA MUTUELLE ET ASSIMILÉ
COTISATIONS PART PROPORTIONNELLE :				
TAUX	0,81 % du TIB	0,52 % du TIB porté sur le titre de pension (sauf application de l'indice minimum garanti)	0,81 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein	0,81 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein
MINIMUM MENSUEL	10 €	7 €	10 €	10 €
MAXIMUM MENSUEL	25 €	15 €	25 €	25 €
RÉDUCTION DE COTISATION : PART PROPORTIONNELLE	Néant	Néant	Néant	Néant
COTISATIONS : PART FORFAITAIRE MENSUELLE (ÂGE APPRÉCIÉ AU 1^{er} JANVIER DE L'ANNÉE D'ADHÉSION OU DE RENOUVELLEMENT DE GARANTIE)	≤20 ans 10,50 € 21 / 25 ans 11,55 € 26 / 30 ans 12,60 € 31 / 35 ans 13,65 € 36 / 40 ans 14,70 € 41 / 45 ans 15,75 € 46 / 50 ans 16,80 € 51 / 55 ans 18,90 € 56 / 60 ans 19,95 € 61 / 65 ans 21,00 € 66 / 70 ans 22,05 €	<45 ans 15,75 € 46 / 50 ans 16,80 € 51 / 55 ans 18,90 € 56 / 60 ans 19,95 € 61 / 65 ans 21,00 € 66 / 70 ans 22,05 € > 70 ans 23,10 €	≤20 ans 10,50 € 21 / 25 ans 11,55 € 26 / 30 ans 12,60 € 31 / 35 ans 13,65 € 36 / 40 ans 14,70 € 41 / 45 ans 15,75 € 46 / 50 ans 16,80 € 51 / 55 ans 18,90 € 56 / 60 ans 19,95 € 61 / 65 ans 21,00 € 66 / 70 ans 22,05 €	≤20 ans 10,50 € 21 / 25 ans 11,55 € 26 / 30 ans 12,60 € 31 / 35 ans 13,65 € 36 / 40 ans 14,70 € 41 / 45 ans 15,75 € 46 / 50 ans 16,80 € 51 / 55 ans 18,90 € 56 / 60 ans 19,95 € 61 / 65 ans 21,00 € 66 / 70 ans 22,05 €
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 I-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	7,35 €
	21 / 25 ans	9,45 €
	26 / 30 ans	11,55 €
	31 / 35 ans	13,65 €
	36 / 40 ans	15,75 €
	41 / 45 ans	15,75 €
	46 / 50 ans	15,75 €
	51 / 55 ans	16,80 €
	56 / 60 ans	18,90 €
	61 / 65 ans	19,95 €
	66 / 70 ans	22,05 €
	> 70 ans	23,10 €
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	5,25 €
	21 / 25 ans	8,40 €
	26 / 30 ans	10,50 €
	31 / 35 ans	12,60 €
	36 / 40 ans	14,70 €
	41 / 45 ans	14,70 €
	46 / 50 ans	14,70 €
	51 / 55 ans	15,75 €
	56 / 60 ans	16,80 €
	61 / 65 ans	17,85 €
	66 / 70 ans	18,90 €
	> 70 ans	22,05 €

(*) 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 €
Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un pacs	0,81 % 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 ASSOCIES		
Actifs et retraités	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 1,30 € 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 cotisations spéciales 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 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-1-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 0,81 % 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-1-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 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 leurs ayants 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 Prédi 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)	Oui	Oui	Oui (2)	Oui
MEMBRES HONORAIRES		Non	Non	Oui	Oui	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 : Forclusion

Les demandes de paiement des prestations, 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 ou de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Article 2-6 : Dérogations

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

- 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. Appareillage

5. Acoustique

- Prothèses auditives prescrites

6. Optique

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

7. Dentaire

- Soins
- Prothèses dentaires fixes
- Inlay core et inlay core à clavette

8. 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

- Forfait journalier hospitalier

2. Pharmacie

- Substituts nicotiques

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. Pharmacie

- Substituts nicotiques

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 - PREVENTION

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).

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, dépen-

dance, rente survie dans les conditions fixées par la notice d'information annexée au présent règlement (annexe III).

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 "PRÉMI SANTÉ"

Applicable au 1^{er} janvier 2010

Les pourcentages sont communiqués en référence au tarif opposable de la Sécurité sociale.

Les pourcentages de participation de la Sécurité sociale ou les montants correspondants à la part du régime obligatoire tel qu'existant au 01/01/2009 et les totaux sont donnés pour information. Les montants sont fixés en application de la législation en vigueur le 1^{er} janvier 2009 (tarif conventionnel ou tarif de responsabilité).

La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire de 18 € (décret n° 2006-707 du 19/06/06) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50.

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 août 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 SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
HONORAIRES	80 % TC 100 % TC	Jusqu'à 70 % du TC Jusqu'à 50 % du TC	Jusqu'à 150 % du TC
FRAIS DE SÉJOUR	80 % TC	20 % TC	100 %
FORFAIT JOURNALIER	Néant	Forfait 18 € par jour	Avec une franchise de 3 jours par séjour dans la limite de 30 jours par an
FORFAIT JOURNALIER EN PSYCHIATRIE	Néant	Forfait 13,50 € par jour	Avec une franchise de 3 jours par séjour dans la limite de 30 jours par an

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

SOINS COURANTS			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
ACTES MÉDICAUX DE GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES DONT STOMATOLOGUES (CONSULTATIONS - VISITES)	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810), de la majoration (art.7L2004-810) et des tickets modérateurs (art.3 et 6L2004-810)
ACTES MÉDICAUX DE RADIOLOGIE	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810)
ANALYSES MÉDICALES	60 % TRSS 80 % TRSS	40 % TRSS 20 % TRSS	Hors prise en charge de la participation forfaitaire (art.20L2004-810)
ACTES MÉDICAUX DE SAGES FEMMES (CONSULTATIONS - VISITES)	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	Hors prise en charge de la franchise médicale (Décret 2007-1937 du 26/12/2007)
AUXILIAIRES MÉDICAUX	60 % TC ou TA	40 % TC ou TA	

PHARMACIE (1)			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À HAUTEUR DE 65 %	65 % TRSS	35 % TRSS	100 %
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À HAUTEUR DE 35 %	35 % TRSS	Néant	35 %
PHARMACIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À HAUTEUR DE 15 %	15 % TRSS	Néant	15 %
SUBSTITUTS NICOTINIQUES	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Total maximum annuel de 100 € 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 ET SUS ET SOUS GINGIVAL	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	100 %
VACCINATIONS INSCRITES SUR LA LISTE DE L'ARRÊTÉ DU 8 JUIN 2006 ARTICLE R871-2	65 %	35 %	100 %

APPAREILLAGE			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
ORTHOPÉDIE / PROTHÈSES (HORS PROTHÈSES DENTAIRES ET AUDITIVES)	65 % ou 100 % Tarif de référence	35 % ou néant Tarif de référence	100 %

ACOUSTIQUE			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 20 ANS PROTHÈSES AUDITIVES PRESCRITES PAR APPAREIL	65 % TRSS	35 % TRSS	100 %, calcul effectué à partir du tarif d'homologation
BÉNÉFICIAIRE DE PLUS DE 20 ANS PROTHÈSES AUDITIVES PRESCRITES PAR APPAREIL	65 % TRSS	35 % TRSS	100 %

OPTIQUE (1)			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
MONTURE MOINS DE 18 ANS	65 % TRSS	35 % TRSS	100 %
MONTURE PLUS DE 18 ANS	65 % TRSS	35 % TRSS	100 %
VERRES UNIFOCAUX PLUS ET MOINS DE 18 ANS	65 % TRSS	35 % TRSS	100 % par verre
VERRES MULTIFOCAUX PLUS ET MOINS DE 18 ANS	65 % TRSS	35 % TRSS	100 % par verre
LENTILLES CORNÉENNES PRESCRITES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR OEIL ET PAR AN	65 % TRSS	35 % TRSS	100 % par verre

(1) sur présentation de la prescription et/ou de la facture de l'opticien.

DENTAIRE			
ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
SOINS DENTAIRES	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	100 %
INLAY CORE ET INLAY CORE AVEC CLAVETTE	70 % TC ou TA	30 % TC ou TA	100 %
PROTHÈSES DENTAIRES	70 % TC	30 % TC	100 %
ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LE SÉCURITÉ SOCIALE			
- TRAITEMENT	100 % TC ou TA	Néant	100 %
- AUTRES ACTES (VISITES, EXAMEN, SUIVI CONTENTION)	70 % TC ou TA 100 % TC ou TA	30 % TC ou TA Néant	100 %

LEXIQUE :

TC	Tarif conventionnel
TA	Tarif d'autorité
TRSS	Tarif de responsabilité Sécurité sociale
TR	Tarif de référence

Les annexes citées ci-dessous, sont disponibles sur notre site internet : www.mgefi.fr

Annexe II

A : CONVENTION D'ASSISTANCE À DOMICILE (IMA)

B : CONVENTION D'ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE (IMA)

Annexe III

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 - RNM : 499 982 098
75 705 Paris cedex 13 - T. 0 810 064 334- F. 01 44 08 43 99 - www.mgefi.fr

