

Règlement mutualiste

Offre VicTerria Santé

2025



Sommaire

• Préambule	4
• Chapitre I – Adhésion	5
Article 1 – Conditions d’adhésion.....	5
Article 2 – Formalités d’adhésion.....	5
Article 3 – Droit de renonciation	6
Article 4 – Prise d’effet et durée des garanties	7
Article 4.1 – Prise d’effet des garanties.....	7
Article 4.2 – Durée et renouvellement des garanties	7
Article 5 – Modifications au cours d’adhésion	7
Article 5.1 – Changement de garantie.....	7
Article 5.2 – Rattachement ou radiation des bénéficiaires ayants droit.....	7
Article 5.3 – Mise à jour des informations	7
Article 6 – Résiliation.....	8
Article 6.1 – Résiliation à l’initiative du membre participant.....	8
Article 6.2 – Résiliation à l’initiative de la Mutuelle.....	8
Article 7 – Cessation des garanties.....	8
• Chapitre II – Cotisation	9
Article 8 – Fixation de la cotisation	9
Article 9 – Evolution de la cotisation.....	9
Article 10 – Majoration de la cotisation pour adhésion tardive	9
Article 11 – Paiement de la cotisation.....	10
Article 12 – Modes de paiement de la cotisation.....	10
Article 13 – Défaut de paiement de la cotisation.....	10
Article 14 – Exonération de cotisations.....	11
• Chapitre III – Garanties frais de santé	11
Article 15 – Choix du niveau de garantie.....	11
Article 16 – Prestations frais de santé.....	11
Article 17 – Contrats solidaires et responsables	12
Article 18 – Soins à l’étranger	14
Article 19 – Plafond de prise en charge.....	14
Article 20 – Remboursements exclus	14
Article 21 – Modalités de versement des prestations	15
Article 21.1 – Documents justificatifs.....	15
Article 21.2 – Carte de tiers payant.....	15
Article 21.3 – Information et modes de paiement des prestations	16



Article 21.4 – Contrôle.....	16
Article 22 – Pluralité de garanties frais de santé.....	16
Article 23 – Prescription et forclusion.....	16
Article 24 – Subrogation générale.....	17
Article 25 – Subrogation particulière	17
• Chapitre IV – Services inclus aux garanties frais de santé.....	17
Article 26 – Services Santé	17
Article 27 – Garanties d’assurances.....	17
• Chapitre V – Mutuelle d’Action sociale Masfip.....	18
Article 28 – Appartenance mutualiste	18
• Chapitre VI – Information de la Mutuelle	18
Article 29 – Réticence ou fausse déclaration	18
Article 30 – Gestion des prestations	18
Article 31 – Conséquences du retrait ou du non renouvellement du label.....	18
Article 32 – Protection des données personnelles.....	18
• Chapitre VII – Dispositions diverses	19
Article 33 – Réclamation et médiation.....	19
Article 34 – Autorité chargée du contrôle des mutuelles	19
Article 35 – Loi applicable	19
• Annexe – Tableau des prestations Frais de santé	20



Préambule

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion.

Le présent règlement mutualiste, régi par les dispositions du Livre II du Code la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existants entre d'une part, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations. Il détermine les conditions d'application des garanties frais de santé souscrites par les membres participants à titre individuel.

Le membre participant est tenu de s'y conformer au même titre que les statuts et le règlement intérieur de la Mutuelle.

Toutes les garanties visées par le présent règlement s'inscrivent dans le dispositif des contrats solidaires et responsables.

Ces garanties bénéficient également d'un label délivré par un prestataire habilité par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR). Conformément au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, elles sont éligibles à la participation de l'employeur au profit des agents territoriaux en activité.

Les garanties ne sont pas susceptibles de bénéficier des exonérations dites « Loi Madelin » (la loi du 11 février 1994 n° 94-126 - Art 154 bis et article 62 du Code général des Impôts).

Le membre participant qui adhère au présent règlement mutualiste sélectionne l'un des niveaux de garanties proposés :

- ➔ Flexi Santé 1
- ➔ Santé 1
- ➔ Flexi Santé 2
- ➔ Santé 2
- ➔ Flexi Santé 3
- ➔ Santé 3
- ➔ Flexi Santé 4
- ➔ Santé 4

Le choix effectué s'applique à l'ensemble des bénéficiaires ayants droit.

La Mutuelle fournit au futur membre participant, avant l'adhésion, un bulletin d'adhésion, une fiche d'information et de conseil ainsi que les statuts, le règlement intérieur, le règlement mutualiste de la Mutuelle, le document d'information normalisé sur le produit d'assurance « Frais de santé », le tableau des exemples de remboursements, les statuts et règlement de la Mutuelle d'action sociale ainsi que la notice d'information relative aux garanties d'assistance.

Chapitre I – Adhésion

Article 1 – Conditions d'adhésion

En application des statuts de la Mutuelle, peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, sans limitation d'âge :

En tant que membre participant direct :

- Le fonctionnaire actif (titulaire ou stagiaire) ou retraité relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière ;
- L'agent public (contractuel, auxiliaire ou autre) actif ou retraité des administrations, agences, régies, établissements publics ou organismes relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière.

Les personnes suivantes peuvent bénéficier, en qualité de « bénéficiaire ayant-droit », de la garantie que le membre participant direct a souscrite :

- Son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), assuré social à titre personnel ;
- Ses enfants ou les enfants de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 27^{ème} anniversaire, ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou assuré social à titre personnel.

En tant que membre participant associé :

- Le veuf ou la veuve qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière, était garanti en tant que bénéficiaire ayant droit ;
- L'enfant orphelin qui, au moment du décès du membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière, était garanti en tant que bénéficiaire ayant droit ;
- La personne auparavant garantie par la Mutuelle, dans le cadre de l'article 17 des statuts et faisant le choix, dans un délai de 6 mois maximum à compter du terme de leur affiliation au contrat collectif (départ à la retraite, fin de portabilité ou de maintien des garanties en application des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989), d'adhérer à la Mutuelle à titre individuel ;
- A leur demande expresse :
 - Toute personne qui perd la qualité de bénéficiaire ayant droit d'un assuré garanti en qualité de membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière, dès lors qu'il n'y a aucune interruption du contrat mutualiste ;
 - Le conjoint, concubin ou la personne signataire d'un pacte civil de solidarité, assuré social à titre personnel lorsque le lien avec le membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière par lequel il bénéficiait des prestations de la Mutuelle a été rompu, pour quelle cause que ce soit ;
 - Dès lors qu'il était précédemment garanti par un membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière, l'enfant de 16 ans ou plus, ayant droit autonome à sa demande au sens de la Sécurité Sociale et selon les dispositions de l'article L 114-2 du code de la Mutualité ;
- Les apprentis recrutés dans le cadre d'une formation en alternance au sein de la fonction publique territoriale ou hospitalière ;
- Toute personne qui ne remplirait plus les conditions de demeurer membre participant direct relevant de la fonction publique territoriale ou hospitalière mais souhaiterait rester garantie par la Mutuelle.

Article 2 – Formalités d'adhésion

L'adhésion du membre participant et le cas échéant ses bénéficiaires ayants droit se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion dûment rempli, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte

acceptation des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, du présent règlement mutualiste, des statuts et règlements de la Mutuelle d'action sociale et de la notice d'information Assistance.

Le dossier d'adhésion doit comporter les éléments suivants :

- ➔ Le bulletin d'adhésion rempli, daté et signé ;
- ➔ La fiche d'information et de conseil, qui retrace les besoins du membre participant et le conseil délivré par la Mutuelle, rempli, daté et signé ;
- ➔ L'ensemble des informations justificatives demandées à l'adhésion, à savoir les informations relatives :
 - ➔ Aux droits de la Sécurité sociale du membre participant ;
 - ➔ Et, le cas échéant, aux droits de la Sécurité sociale de chaque bénéficiaire majeur (conjoint et/ou enfant de plus de 16 ans) ;
 - ➔ A la complétion du mandat de prélèvement SEPA et des informations bancaires ;
 - ➔ Aux garanties de complémentaire santé actuelle ;
- ➔ Dans le cas où la mutuelle effectue des démarches de résiliation pour le compte du membre participant, le mandat de résiliation ;
- ➔ Le cas échéant, les informations et justificatifs complémentaires pouvant être sollicités dans le cadre du dispositif du lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT).

Article 3 – Droit de renonciation

■ En cas d'adhésion réalisée dans un cadre de la vente à distance

Le membre participant peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date d'effet des garanties. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

■ En cas d'adhésion réalisée dans un cadre en face à face ou par démarchage

Le membre participant peut renoncer son adhésion dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception datée, signée et envoyée à l'adresse suivante : Mgéfi - 6 rue Bouchardon – CS50070 – 75481 Paris Cedex 10.

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant : « *Je soussigné(e) (Nom Prénom), demeurant (Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à (nom du contrat concerné), conclu le (date de demande de l'adhésion). Date et signature* ».

Si le membre participant exerce son droit de renonciation, la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion. En cas de versement de prestations avant l'expiration du délai de renonciation, le membre participant devra restituer à la Mutuelle le montant correspondant auxdites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente (30) jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la Mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue dans un délai de trente (30) jours.

Article 4 – Prise d'effet et durée des garanties

Article 4.1 – Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception de l'ensemble des éléments justificatifs indiqués aux formalités d'adhésion du présent règlement.

La date d'effet peut être soit au plus tôt le 1^{er} jour suivant la date de signature, soit le lendemain de la date de fin des garanties complémentaires santé de l'assureur précédent dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour le compte du membre participant.

A défaut de la complétude du dossier d'adhésion, la date d'effet est reportée au premier jour du mois civil suivant la réception de la dernière information demandée.

Article 4.2 – Durée et renouvellement des garanties

La première période d'adhésion aux garanties 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, et, sauf dénonciation expresse du membre participant.

Article 5 – Modifications au cours d'adhésion

Article 5.1 – Changement de garantie

En cours d'adhésion, le membre participant peut demander le changement de niveau garantie sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze (12) mois à compter de la date d'effet d'adhésion ou la date du précédent changement du niveau de garantie.

La demande de modification de garantie doit être notifiée par lettre ou tout autre support durable. Elle prend effet au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.

Article 5.2 – Rattachement ou radiation des bénéficiaires ayants droit

Le membre participant peut rattacher un ou des bénéficiaire(s) ayant(s) droit à sa complémentaire santé à tout moment. Si la demande de rattachement est effectuée après son adhésion, elle doit être matérialisée par un bulletin de rattachement rempli, signé et accompagné de l'ensemble des pièces justificatives indiquées sur ce bulletin. La demande prend effet au plus tôt le jour de la demande. Pour les enfants nouveaux nés ou adoptés, le rattachement prend effet au jour de la naissance ou d'adoption.

Sauf indications contraires, la demande de radiation d'un ou des bénéficiaire(s) ayant(s) droit peut être effectuée à tout moment sous réserve d'une période de rattachement d'au moins douze (12) mois consécutifs. La demande de radiation doit être notifiée par lettre ou tout autre support durable. Elle prend effet au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.

Article 5.3 – Mise à jour des informations

Le membre participant doit informer la Mutuelle dans un délai de 2 mois toute modification de sa situation ou celle de ses bénéficiaires ayants droit ayant une incidence sur les cotisations et/ou prestations :

- ➔ Changement de domicile ;
- ➔ Changement de situation familiale ;
- ➔ Changement de régime d'Assurance maladie obligatoire ;

→ Changement des coordonnées bancaires.

Article 6 – Résiliation

Article 6.1 – Résiliation à l'initiative du membre participant

■ Conditions de résiliation

La demande de résiliation ou de dénonciation est présentée à la Mutuelle dans les conditions prévues par l'article L.221-10 du Code de la Mutualité au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Elle prend effet au premier jour de l'année suivante.

Le membre participant peut également résilier ou dénoncer son adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion au règlement mutualiste (ou au nouveau niveau de garantie en cas de changement de niveau de garantie), sans frais ni pénalités. Cette résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

■ Modalités de résiliation

La notification de la résiliation ou de la dénonciation peut être effectuée par tout moyen prévu à l'article L.221- 10-3 du Code de la mutualité :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ou de l'union ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

Article 6.2 – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

■ En cas non-paiement de la cotisation

L'adhésion peut être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement de la cotisation conformément à l'article 13 « Défaut de paiement de cotisations » du présent règlement.

■ En cas de fausse déclaration

La mutuelle peut résilier l'adhésion en cas de fausse déclaration du membre participant conformément à l'article 30 « Réticence ou fausse déclaration » du présent règlement.

Article 7 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- Au jour de la prise d'effet de la résiliation ou de renonciation de l'adhésion ;
- Au lendemain du décès du membre participant ;
- Au jour de la prise de connaissance de la perte de la qualité Membre participant définie à l'article 1 du présent règlement ;
- Pour les bénéficiaires ayants droit, au jour de la prise de connaissance de la perte de la qualité Bénéficiaires ayants droit définie à l'article 1 du présent règlement, à la date de prise d'effet de leur radiation ou au lendemain de leur décès ;
- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de modification des garanties à la suite d'une évolution législative ou réglementaire dès lors que le membre participant refuse cette modification.

Les soins et services réalisés après la date de la cessation des garanties ne donneront lieu à aucun remboursement de la Mutuelle. Le membre participant doit restituer les cartes de tiers payant en cours de validité dans le délai de quinze (15) jours suivant la cessation des garanties.

Chapitre II – Cotisation

Article 8 – Fixation de la cotisation

Le montant de la cotisation, exprimé en euros, est déterminé en fonction :

- du lieu de résidence du membre participant ;
- du niveau de garantie « Frais de santé » choisi ;
- de l'âge atteint par le membre participant au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
- le cas échéant du nombre de bénéficiaires ayants droit rattachés à la complémentaire santé et à leur âge respectif au 1^{er} janvier de l'année ;
- du régime d'Assurance maladie obligatoire de chaque personne couverte.

Le montant de la cotisation est indiqué dans le bulletin d'adhésion.

La cotisation comprend la cotisation forfaitaire d'action sociale par membre participant et bénéficiaire ayant droit de 20 ans ou plus, appelée par la Mgéfi, en application d'une convention d'appel et d'encaissement pour le compte de la Mutuelle d'Action Sociale des Finances Publiques (MASFIP) telle que prévue par l'article 29 du présent règlement, de la prime liée à la garantie d'assistance et des taxes de nature réglementaire en vigueur.

Une gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant rattaché au contrat. Cette gratuité s'applique au(x) cotisation(s) de l'enfant ou des enfants le(s) plus jeune(s).

Article 9 – Evolution de la cotisation

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant de la cotisation évolue avec l'âge du membre participant et des bénéficiaires ayants droit.

Le montant de la cotisation peut également être revu chaque année en fonction notamment de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques, sur décision de l'Assemblée générale de la Mutuelle ou du Conseil d'administration quand il a reçu mandat à cet effet de la part de cette dernière.

Article 10 – Majoration de la cotisation pour adhésion tardive

Une majoration de cotisation est appliquée sur la cotisation santé du membre participant, relevant de la fonction publique territoriale, en cas d'adhésion tardive à une garantie de complémentaire santé labellisée ou une convention de participation souscrite par la collectivité territoriale, dans les conditions prévues par le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés.

La majoration correspond à une augmentation de 2% de cotisation du membre participant pour chaque année non cotisée à une garantie labellisée ou une convention de participation. Elle s'applique depuis la date la plus récente des trois (3) possibilités suivantes :

- La date de publication du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- La date d'entrée de l'agent dans la Fonction publique territoriale ;
- La dernière adhésion à une garantie labellisée.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique. Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats et règlements labellisés. Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.

En cas de résiliation de l'adhésion, la Mutuelle doit fournir au membre participant une attestation d'adhésion à une garantie labellisée ainsi que, le cas échéant, le coefficient de majoration qui était appliqué sur sa cotisation.

Article 11 – Paiement de la cotisation

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle et des compléments éventuels dus au titre des bénéficiaires ayants droit.

La cotisation est payable d'avance. Pour les adhésions en cours d'année, elle est exigible à partir de la date d'effet de l'adhésion et correspond, prorata temporis, à la garantie pour la période de l'année civile restant à courir. Pour tout membre participant inscrit au 31 décembre de l'année précédente, elle est due au 1er janvier.

La cotisation est appelée par « un certificat annuel de garanties » adressé à chaque membre participant annuellement. La non-réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

Pour bénéficier des prestations et services de la Mutuelle, il doit être à jour de ses cotisations.

Dans l'hypothèse où la participation employeur serait versée directement à la Mutuelle, elle serait déduite du montant de la cotisation de l'agent.

Conformément à l'article 25 du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, le montant de la participation employeur ne peut excéder le montant de la cotisation qui serait dû en l'absence d'aide.

Article 12 – Modes de paiement de la cotisation

Les modalités de paiement sont le prélèvement automatique et le chèque.

Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être semestrielle ou trimestrielle si la modalité de paiement choisie est le chèque.

Il est précisé que lorsque la modalité de paiement choisie est le chèque, la première échéance de cotisations est acquittée à la souscription.

Si la modalité de paiement choisie est le prélèvement automatique, sa périodicité est mensuelle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Article 13 – Défaut de paiement de la cotisation

Le non-règlement de l'une des échéances, sauf dérogation expresse validée par la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation ou fraction de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu de la garantie.

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

Article 14 – 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 bénéficiaires ayants droit.

Chapitre III – Garanties frais de santé

Article 15 – Choix du niveau de garantie

Lors de l'adhésion, le membre participant peut choisir entre les 8 niveaux de garanties proposés par la Mutuelle :

- Flexi Santé 1
- Santé 1
- Flexi Santé 2
- Santé 2
- Flexi Santé 3
- Santé 3
- Flexi Santé 4
- Santé 4

Le choix effectué s'applique à l'ensemble des bénéficiaires ayants droit.

Article 16 – Prestations frais de santé

Les garanties prévues par le présent règlement mutualiste ont pour objet de servir au membre participant et à ses bénéficiaires ayants droit des prestations en complément du Régime obligatoire de Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le présent règlement mutualiste.

Le règlement mutualiste peut également prévoir la prise en charge de tous les frais qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime français de la Sécurité sociale. Ainsi, certaines prestations non prises en charge par la Sécurité sociale peuvent également être allouées.

La Mutuelle intervient pour les frais de santé exposés en France et DOM-TOM, sauf dispositions prévues à l'article 18 du présent règlement.

Les prestations sont exprimées soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Elles sont servies dès la prise d'effet de la garantie, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de la garantie.

Lorsque les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date des soins ou des prestations prévues par le tableau de prestations, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs du niveau de garantie choisi par le membre participant. Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

Le membre participant conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Les prestations de chaque niveau de garantie sont détaillées dans **les tableaux figurant en annexe 1 du présent règlement mutualiste**.

En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la mutuelle définie dans le tableau de garantie, est réduite à due proportion.

Article 17 – Contrats solidaires et responsables

Tous niveaux de garantie s'inscrivent dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. Conformément à la législation en vigueur relative au panier de soins dit « minimal » et aux « contrats responsables », le présent règlement mutualiste prend ainsi en charge :

- sous réserve des dispositions relatives aux équipements optiques, audiologie et au dentaire, l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 160-5 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, à l'exception de celle due au titre de la pharmacie remboursée à 30% et 15%, des spécialités et préparations homéopathiques et des frais de cures thermales, sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau des prestations inclus aux conditions particulières ;
- la participation forfaitaire pour les actes coûteux en ville et en hôpital, dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €, prévue par l'article R. 160-16 du Code de la sécurité sociale ;
- la participation forfaitaire pour les passages aux urgences nécessitant des soins non suivis d'une hospitalisation, prévue par l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;

■ Pour les prestations « optiques » :

Les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe « 100 % santé »
- la classe à tarifs libres

1 – Equipements appartenant à la classe « 100 % santé »

La Mutuelle prend en charge les équipements optiques (composés d'une monture et de deux verres) appartenant à la classe « 100% santé » à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.

2 – Equipements appartenant à la classe à tarifs libres

La Mutuelle prend en charge les équipements optiques relevant de la classe à tarifs libres conformément aux montants de remboursements mentionnés sur les tableaux de garanties figurant dans l'annexe 1 du présent document, dans le respect des planchers et plafonds fixé par la législation.

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 euros. Ce plafond inclut le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

3 – Equipements mixtes

Lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe « 100% santé » et de verres appartenant à la classe à tarifs libre, et réciproquement, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité Sociale.



4 – Modalités de renouvellement des équipements optiques

Les prestations s'appliquent, s'agissant des équipements optiques, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur complémentaire.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue). Lorsque la personne couverte effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement optique est possible à partir de 6 mois après la dernière date d'acquisition.

Le reliquat de prestations non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

■ Pour les prestations « soins dentaires prothétiques » :

Les « soins dentaires prothétiques » susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle au titre de la réglementation dite « 100% Santé » sont répartis dans 2 classes :

- les soins dentaires prothétiques « 100 % santé »
- les prothèses entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres

1 - Prothèses dentaires entrant dans le panier 100 % santé

La Mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté ministériel.

Les soins dentaires prothétiques appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire et la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

2 - Prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres

La Mutuelle prend en charge les prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur le tableau de prestations figurant dans l'annexe 1 du présent règlement. L'assuré pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.

■ Pour les prestations « aides auditives » :

Les prothèses auditives susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle sont réparties dans 2 paniers :

- le panier « 100 % santé »
- le panier à tarifs libres

1 – Aides auditives appartenant au panier « 100 % santé »

La Mutuelle prend en charge les prothèses auditives appartenant au panier « 100% santé » à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.

2 – Aides auditives appartenant au panier à tarifs libres

La Mutuelle prend en charge les prothèses auditives relevant du panier à tarifs libres conformément aux montants de remboursements mentionnés sur les tableaux de prestations figurant dans l'annexe 1 du présent règlement, dans le respect du plafond fixé par la législation.

3 – Modalités de renouvellement et plafond de la prise en charge

Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de délivrance quel que soit l'âge du bénéficiaire ayant droit. Le niveau de prise en charge est limité par les conditions du contrat responsable à un plafond maximum de 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire pour les aides auditives hors panier 100 % Santé (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019).

Article 18 – Soins à l'étranger

Pour les frais de santé engagés à l'étranger, des prestations peuvent être allouées par la Mutuelle si les soins sont pris en charge par le régime d'Assurance maladie français auquel appartient le membre participant et/ou ses bénéficiaires ayants droit dans la limite du montant ou taux prévu par niveau des garanties.

Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude).

Article 19 – Plafond de prise en charge

Le remboursement des dépenses de santé par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant et aux prestations indiquées dans le tableau de garantie.

Article 20 – Remboursements exclus

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation prévue aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur d'au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- les actes non pris en charge par les régimes d'Assurance maladie obligatoire français, à l'exception toutefois des prestations définies pour chaque niveau de garantie,
- les frais liés au long séjour, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'entrée en vigueur du niveau de garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de Mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins. Ainsi une hospitalisation ayant débuté avant la prise d'effet du niveau de garantie et se poursuivant après ne donnera droit à remboursement qu'à partir de la date d'entrée en vigueur du niveau de garantie.



Article 21 – Modalités de versement des prestations

Article 21.1 – Documents justificatifs

Le versement des prestations par la Mutuelle est, le cas échéant, subordonné au paiement (selon les systèmes de transmission en place) de la prise en charge par le régime d'Assurance maladie, à la production du décompte établi par le régime d'Assurance maladie, d'une facture acquittée, ou encore de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement de la prestation.

La Mutuelle se réserve le droit de demander la production du document original ou de toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre la Mutuelle et le régime d'Assurance maladie.

1. Pour les prestations « médecines douces » :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, sophrologue, pédicure, podologie et du bilan psychomotricité.

Le remboursement des frais engagés est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet,
- concernant les autres disciplines au respect de l'une des conditions suivantes :
 - * à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline,
 - * à l'exercice dans un cadre légal,
 - * à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut de praticien.

2. Pour les prestations « actes dentaires non remboursés »

Lorsqu'il est prévu par la garantie, la prestation pour des actes dentaires non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire est versée sur justificatif (facture du dentiste)

3. Pour les prestations « actes de prévention non remboursés »

Lorsqu'ils sont prévus par la garantie, les forfaits de prévention sont versés sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

Article 21.2 – Carte de tiers payant

Il sera remis une carte de tiers payant permettant au membre participant et ses bénéficiaires ayants droit une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte.

La dispense d'avance de frais est accordée dans le respect de la législation en vigueur, dès lors que le praticien ou l'établissement de santé applique le tiers payant pour tout ou partie de la part des dépenses prises en charge par la Mutuelle :

- Soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la Mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé
- Soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable

La carte de tiers payant mentionne explicitement les prestations couvertes en tiers payant par le niveau de garantie souscrit. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle.

Le membre participant s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à la Mutuelle dans le délai de quinze (15) jours suivant la cessation des garanties.

Le membre participant devra restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties. A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 21.3 – Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement bancaire en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué au membre participant ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter aux personnes couvertes de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Article 21.4 – Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire ayants droit qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du membre participant et de ses bénéficiaires ayants droit de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle. Lors du contrôle, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit peuvent être accompagnés par leur médecin traitant ou tout professionnel de santé de leur choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de leur médecin traitant ou d'un professionnel de santé de leur choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit restent à la charge de ces derniers.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Article 22 – Pluralité de garanties frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 23 – Prescription et forclusion

Toutes actions dérivant des opérations liées aux garanties Frais de 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 suspendue en cas de saisine du médiateur par le membre participant. Les demandes de paiement des prestations santé accompagnées des justifications



nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de six (6) mois à compter de la date du décompte effectué par la caisse d'Assurance maladie.

Article 24 – Subrogation générale

La Mutuelle reçoit, des membre participants, mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux. Elle reçoit également des membre participants 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 le membre participant pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

Article 25 – Subrogation particulière

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 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 bénéficiaires leur demeure acquise, sous la même réserve.

Chapitre IV – Services inclus aux garanties frais de santé

Article 26 – Services Santé

A son initiative, le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit peuvent accéder à plus de 20 services santé, dont notamment l'accès à des réseaux de soins (tarifs plafonnés chez des professionnels de santé partenaires), la téléconsultation, un deuxième avis médical, un coaching digital et personnalisé.

Ces services sont accessibles sur la plateforme MySantéclair, disponible depuis l'espace adhérent Mgéfi.

Ces services sont proposés et gérés par Santéclair - Société Anonyme (SA), immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nantes sous le numéro 428 704 977, au capital de 4 336 711 euros, dont le siège social est situé au 7 Mail Pablo Picasso 44000 NANTES.

Article 27 – Garanties d'assistance

Le membre participant et ses bénéficiaires ayants droit, en cas d'hospitalisation, d'immobilisation ou de pathologie lourde peuvent prétendre à une garantie assistance. Les conditions et modalités de garantie sont précisées dans la notice d'information Assistance.

Les garanties Assistance sont assurés par IMA ASSURANCES, Société Anonyme, au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Chapitre V – Mutuelle d’Action sociale Masfip

Article 28 – Appartenance mutualiste

L’adhésion à la Mutuelle implique l’adhésion à la Mutuelle d’Action Sociale des Finances Publiques (MASFIP), mutuelle soumise aux dispositions du Livre III du Code de la mutualité - Siren n° 778 147 132 – 6, rue Bouchardon - 75010 Paris – www.masfip.fr

Les conditions et modalités des prestations d’Action sociale sont précisées dans les statuts et règlements mutualistes MASFIP.

Chapitre VI – Information de la Mutuelle

Article 29 – Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant, à ses bénéficiaires 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.

Article 30 – Gestion des prestations

Le membre participant de la Mutuelle perçoit les prestations par le canal des caisses primaires d’Assurance maladie du lieu de domicile s’agissant des prestations d’Assurance maladie obligatoire ou par le canal de la gestion déléguée à Almerys s’agissant des prestations Frais de santé dues au titre du présent règlement mutualiste.

A la demande de la Mutuelle, le membre participant doit mettre à jour sa carte d’assuré social Vitale et le cas échéant celle de ses bénéficiaires ayants droit. En cas de non-restitution, à la demande de la Mutuelle, des cartes mutualistes d’ouverture de droits, les prestations correspondant aux prestations figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

Article 31 – Conséquences du retrait ou du non renouvellement du label

Dans le cas où le label a fait l’objet d’une décision de retrait ou de non-renouvellement, la Mutuelle informe, dans un délai d’un mois à compter de la notification de cette décision, les membres participants relevant de la fonction publique territoriale des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation prévue à l’article 28 du décret n°2011-1474. Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour le membre participant à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation.

Article 32 – Protection des données personnelles

La Mutuelle s’engage à se conformer à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ainsi que de la loi dite “Informatique et Libertés” du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans ce cadre, la Mutuelle a rédigé une politique de protection des données accessible en téléchargement sur le site www.mgefi.fr ou par envoi postal sur demande écrite.

Cette politique de protection des données indique les engagements pris en la matière par la Mutuelle et mentionne les droits que peuvent exercer les adhérents s'agissant de leurs données à caractère personnel.

Chapitre VII – Dispositions diverses

Article 33 – Réclamation et médiation

Pour tout litige ou différend concernant les garanties du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser, par courrier simple, une réclamation à la Mutuelle à l'adresse suivante : Mgéfi – 6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10.

Si le litige ou le différend subsiste, le membre participant peut saisir le médiateur, en adressant sa demande par courrier ou sur son site internet au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

- Par courrier à l'adresse 255, rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- En ligne à l'adresse <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées au Titre V du règlement intérieur de la Mutuelle.

Le médiateur peut être saisi dès lors que le membre participant a reçu une réponse qui ne le satisfait pas suite à sa réclamation ou en l'absence de réponse par la mutuelle à sa réclamation dans le délai de deux mois.

La saisine du médiateur suspend la prescription.

Le recours à la médiation est gratuit pour le membre participant.

Article 34 – Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4, Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mgéfi.

Conformément aux dispositions des articles L310-12 à L 310-25-2 du Code des assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs Membres participants et de leurs bénéficiaires ayants droit.

L'ACPR est située à 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 35 – Loi applicable

La loi applicable au présent règlement mutualiste est la loi française.

Annexe – Tableau des prestations Frais de santé

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).	Flexi Santé 1	Santé 1
HOSPITALISATION		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
Forfait patient urgences ⁽²⁾	19,61 €	19,61 €
Participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾	24 €	24 €
Frais de séjour	100%	100%
Forfait journalier hospitalier		
- en hôpital ou en clinique	20€ / jour	20€ / jour
- dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	15€ / jour	15€ / jour
Chambre particulière		
- en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)	-	15€ / jour
- en maternité ou court séjour (dans la limite de 60 jours / an)		15€ / jour
- en psychiatrie ou soins de suite et réadaptation (dans la limite de 30 jours / an)		15€ / jour
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans, d'adulte de plus de 70 ans ou de personne en situation handicap	-	10€ / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations ou visites de médecins généralistes :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
Consultations ou visites de médecins spécialistes :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
Actes médicaux :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	100%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
Consultations ou visites de sages-femmes	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires		
Analyses et examens de laboratoires	100%	100%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)	100%	100%
Consultations de psychologies prescrites et pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
Frais de transport		
Frais de transport	100%	100%
Médicaments		
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 15%	15%	100%
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	15€ / an
Matériel médical		
Petit appareillage	100%	100%
Prothèses capillaires et mammaires	100%	100%
Orthopédie	100%	100%
Semelle orthopédique	100%	100%
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé...)	100%	100%
AIDES AUDITIVES		
Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.		
Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾		
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	Frais réels	
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus		
Equipements hors panier 100% santé		
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1400€/oreille	1400€/oreille
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus	400€/oreille	400€/oreille
Entretien, fournitures et accessoires	100%	100%



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Flexi Santé 1

Santé 1

OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Monture

Verre - tous types de corrections

Frais réels

Prestations et suppléments optique

Equipements hors panier 100% santé

Monture

30 €

30 €

Verre simple ⁽⁵⁾

35€ /verre

35€ /verre

Verre complexe ⁽⁶⁾

85€ /verre

85€ /verre

Verre très complexe ⁽⁷⁾

85€ /verre

85€ /verre

Prestations et suppléments optique pris en charge par la Sécurité sociale

100%

100%

Lentilles correctrices

Lentilles correctrices ⁽⁸⁾

-

100% + 50€ / an

Chirurgie réfractive

Chirurgie réfractive

-

100€ / œil

DENTAIRE

Soins et prothèses du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Couronne transitoire dento-portée

Inlay core

Couronne définitive

Bridge dento-portée

Prothèse amovible à plaque base résine

Réparation sur prothèse amovible en résine

Frais réels

Soins et prothèses hors panier 100% santé à tarifs maîtrisés ou libres

Soins

Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie

100%

100%

Prothèses

Inlay-onlay

125€ / acte

125€ / acte

Couronne transitoire dento-portée

12,50€ / prothèse

12,50€ / prothèse

Inlay core

112,50€ / prothèse

112,50€ / prothèse

Couronne définitive

150€ / prothèse

150€ / prothèse

Couronne implantoportée

134,38€ / prothèse

134,38€ / prothèse

Bridge dento-portée

349,37€ / prothèse

349,37€ / prothèse

Pilier et élément intermédiaire de bridge

125%

125%

Prothèse amovible à châssis métallique ou stellite

125%

125%

Réparation sur prothèse amovible à châssis métallique ou stellite

125%

125%

Orthodontie

Traitements et actes pris en charge par la Sécurité sociale

125%

125%

Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale

Implantologie - parodontologie - endodontie - orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾

-

Forfait annuel global de 200€

CONFORT ET BIEN-ETRE ⁽⁹⁾

Forfait des actes non pris en charge par la Sécurité sociale (plafond global)

-

70€ / an

Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale

-

25 €

Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale et Antipaludéen

-

25 €

Activité physique adaptée sur prescription médicale

-

-

Infiltration arthrose

-

-

Consultation diététique

-

-

Sevrage tabagique

-

20 €

Contraception, test grossesse

-

20 €

Homéopathie

-

10 €

Cure thermique

Honoraires et traitements pris en charge par la Sécurité sociale

-

100%

Transport et hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale

-

-

Médecines douces

Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture, pédicure/podologie, bilan psychomotricité ⁽¹⁰⁾

-

20€ / séance dans la limite de 3 séances par an



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).	Flexi Santé 2	Santé 2
HOSPITALISATION		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	130%	130%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	110%	110%
Forfait patient urgences ⁽²⁾	19,61 €	19,61 €
Participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾	24 €	24 €
Frais de séjour	100%	100%
Forfait journalier hospitalier		
- en hôpital ou en clinique	20€ / jour	20€ / jour
- dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	15€ / jour	15€ / jour
Chambre particulière		
- en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)	-	20€ / jour
- en maternité ou court séjour (dans la limite de 60 jours / an)	-	25€ / jour
- en psychiatrie ou soins de suite et réadaptation (dans la limite de 30 jours / an)	-	25€ / jour
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans, d'adulte de plus de 70 ans ou de personne en situation handicap	-	15€ / jour
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations ou visites de médecins généralistes :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
Consultations ou visites de médecins spécialistes :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	125%	125%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	105%	105%
Actes médicaux :		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	125%	125%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	105%	105%
Actes d'imagerie et d'échographie		
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	100%	100%
Consultations ou visites de sages-femmes	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires		
Analyses et examens de laboratoires	100%	100%
Honoraires paramédicaux		
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)	100%	100%
Consultations de psychologies prescrites et pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
Frais de transport		
Frais de transport	100%	100%
Médicaments		
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 15%	15%	100%
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	20€ / an
Matériel médical		
Petit appareillage	100%	100%
Prothèses capillaires et mammaires	100% + 50€/an	100% + 50€/an
Orthopédie	100%	100%
Semelle orthopédique	100% + 25€/an	100% + 25€/an
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé...)	100%	100%
AIDES AUDITIVES		
Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.		
Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾		
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	Frais réels	
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus		
Equipements hors panier 100% santé		
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1400€/oreille	1400€/oreille
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus	500€/oreille	500€/oreille
Entretien, fournitures et accessoires	100%	100%



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Flexi Santé 2

Santé 2

OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Monture		
Verre - tous types de corrections		Frais réels
Prestations et suppléments optique		
Equipements hors panier 100% santé		
Monture	40 €	40 €
Verre simple ⁽⁵⁾	50€ /verre	50€ /verre
Verre complexe ⁽⁶⁾	100€ /verre	100€ /verre
Verre très complexe ⁽⁷⁾	110€ /verre	110€ /verre
Prestations et suppléments optique pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
Lentilles correctrices		
Lentilles correctrices ⁽⁸⁾	-	100% + 50€ / an
Chirurgie réfractive		
Chirurgie réfractive	-	150€ / œil

DENTAIRE

Soins et prothèses du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Couronne transitoire dento-portée		
Inlay core		
Couronne définitive		Frais réels
Bridge dento-portée		
Prothèse amovible à plaque base résine		
Réparation sur prothèse amovible en résine		
Soins et prothèses hors panier 100% santé à tarifs maîtrisés ou libres		
Soins		
Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie	100%	100%
Prothèses		
Inlay-onlay	150€ / acte	150€ / acte
Couronne transitoire dento-portée	20€ / prothèse	20€ / prothèse
Inlay core	125€ / prothèse	125€ / prothèse
Couronne définitive	180€ / prothèse	180€ / prothèse
Couronne implantoportée	161,25€ / prothèse	161,25€ / prothèse
Bridge dento-portée	419,25€ / prothèse	419,25€ / prothèse
Pilier et élément intermédiaire de bridge	150%	150%
Prothèse amovible à châssis métallique ou stellite	150%	150%
Réparation sur prothèse amovible à châssis métallique ou stellite	150%	150%
Orthodontie		
Traitements et actes pris en charge par la Sécurité sociale	150%	150%
Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale		
Implantologie - parodontologie - endodontie - orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	-	Forfait annuel global de 300€

CONFORT ET BIEN-ETRE ⁽⁹⁾

Forfait des actes non pris en charge par la Sécurité sociale (plafond global)	-	130€ / an
Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale	-	25 €
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale et Antipaludéen	-	25 €
Activité physique adaptée sur prescription médicale	-	75 €
Infiltration arthrose	-	20 €
Consultation diététique	-	25 €
Sevrage tabagique	-	20 €
Contraception, test grossesse	-	20 €
Homéopathie	-	15 €
Cure thermale		
Honoraires et traitements pris en charge par la Sécurité sociale	-	120%
Transport et hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale	-	100€ / an
Médecines douces		
Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture, pédicure/podologie, bilan psychomotricité ⁽¹⁰⁾	-	25€ / séance dans la limite de 3 séances par an



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		Flexi Santé 3	Santé 3
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	170%	170%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	150%	150%	
Forfait patient urgences ⁽²⁾	19,61 €	19,61 €	
Participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾	24 €	24 €	
Frais de séjour	100%	100%	
Forfait journalier hospitalier			
- en hôpital ou en clinique	20€ / jour	20€ / jour	
- dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	15€ / jour	15€ / jour	
Chambre particulière			
- en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)	-	25€ / jour	
- en maternité ou court séjour (dans la limite de 60 jours / an)		50€ / jour	
- en psychiatrie ou soins de suite et réadaptation (dans la limite de 30 jours / an)		50€ / jour	
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans, d'adulte de plus de 70 ans ou de personne en situation handicap	-	25€ / jour	
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations ou visites de médecins généralistes :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125%	125%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	105%	105%	
Consultations ou visites de médecins spécialistes :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	150%	150%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	130%	130%	
Actes médicaux :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	150%	150%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	130%	130%	
Actes d'imagerie et d'échographie			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	125%	125%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	105%	105%	
Consultations ou visites de sages-femmes		100%	
Analyses et examens de laboratoires		100%	
Analyses et examens de laboratoires		100%	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)		100%	
Consultations de psychologies prescrites et pris en charge par la Sécurité sociale		100%	
Frais de transport			
Frais de transport		100%	
Médicaments			
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 65%		100%	
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 30%		30%	
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 15%		15%	
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale		-	
		25€ / an	
Matériel médical			
Petit appareillage		180%	
Prothèses capillaires et mammaires		180% + 100€/an	
Orthopédie		180%	
Semelle orthopédique		100% + 50€/an	
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé...)		100%+250€ /an	
AIDES AUDITIVES			
Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.			
Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾			
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité		Frais réels	
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus			
Equipements hors panier 100% santé			
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité		1400€/oreille	
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus		650€/oreille	
Entretien, fournitures et accessoires		100%	
		100%	



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Flexi Santé 3

Santé 3

OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Monture		
Verre - tous types de corrections		Frais réels
Prestations et suppléments optique		
Equipements hors panier 100% santé		
Monture	50 €	50 €
Verre simple ⁽⁵⁾	65€ /verre	65€ /verre
Verre complexe ⁽⁶⁾	115€ /verre	115€ /verre
Verre très complexe ⁽⁷⁾	165€ /verre	165€ /verre
Prestations et suppléments optique pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100%
Lentilles correctrices		
Lentilles correctrices ⁽⁸⁾	-	100% + 80€ / an
Chirurgie réfractive		
Chirurgie réfractive	-	200€ / œil

DENTAIRE

Soins et prothèses du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Couronne transitoire dento-portée		
Inlay core		
Couronne définitive		Frais réels
Bridge dento-portée		
Prothèse amovible à plaque base résine		
Réparation sur prothèse amovible en résine		
Soins et prothèses hors panier 100% santé à tarifs maîtrisés ou libres		
Soins		
Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie	100%	100%
Prothèses		
Inlay-onlay	250€ / acte	250€ / acte
Couronne transitoire dento-portée	40€ / prothèse	40€ / prothèse
Inlay core	150€ / prothèse	150€ / prothèse
Couronne définitive	300€ / prothèse	300€ / prothèse
Couronne implantoportée	268,75€ / prothèse	268,75€ / prothèse
Bridge dento-portée	698,75€ / prothèse	698,75€ / prothèse
Pilier et élément intermédiaire de bridge	250%	250%
Prothèse amovible à châssis métallique ou stellite	250%	250%
Réparation sur prothèse amovible à châssis métallique ou stellite	250%	250%
Orthodontie		
Traitements et actes pris en charge par la Sécurité sociale	200%	200%
Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale		
Implantologie - parodontologie - endodontie - orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾	-	Forfait annuel global de 500€

CONFORT ET BIEN-ETRE ⁽⁹⁾

Forfait des actes non pris en charge par la Sécurité sociale (plafond global)	-	180€ / an
Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale	-	40 €
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale et Antipaludéen	-	40 €
Activité physique adaptée sur prescription médicale	-	100 €
Infiltration arthrose	-	20 €
Consultation diététique	-	40 €
Sevrage tabagique	-	40 €
Contraception, test grossesse	-	40 €
Homéopathie	-	20 €
Cure thermique		
Honoraires et traitements pris en charge par la Sécurité sociale	-	150%
Transport et hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale	-	150€ / an
Médecines douces		
Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture, pédicure/podologie, bilan psychomotricité ⁽¹⁰⁾	-	35€ / séance dans la limite de 3 séances par an



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		Flexi Santé 4	Santé 4
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	220%	220%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	200%	200%	
Forfait patient urgences ⁽²⁾	19,61 €	19,61 €	
Participation forfaitaire "actes lourds" (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) ⁽³⁾	24 €	24 €	
Frais de séjour	100%	100%	
Forfait journalier hospitalier			
- en hôpital ou en clinique	20€ / jour	20€ / jour	
- dans le service psychiatrique d'un établissement de santé	15€ / jour	15€ / jour	
Chambre particulière			
- en chirurgie ambulatoire (sans nuitée)	-	35€ / jour	
- en maternité ou court séjour (dans la limite de 60 jours / an)	-	70€ / jour	
- en psychiatrie ou soins de suite et réadaptation (dans la limite de 30 jours / an)	-	70€ / jour	
Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 16 ans, d'adulte de plus de 70 ans ou de personne en situation handicap	-	30€ / jour	
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux			
Consultations ou visites de médecins généralistes :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	150%	150%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	130%	130%	
Consultations ou visites de médecins spécialistes :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	180%	180%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	160%	160%	
Actes médicaux :			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	180%	180%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO ⁽¹⁾	160%	160%	
Actes d'imagerie et d'échographie			
- médecin ayant adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	150%	150%	
- médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ⁽¹⁾	130%	130%	
Consultations ou visites de sages-femmes	100%	100%	
Analyses et examens de laboratoires			
Analyses et examens de laboratoires	125%	125%	
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés...)	125%	125%	
Consultations de psychologies prescrites et pris en charge par la Sécurité sociale	100%	100%	
Frais de transport			
Frais de transport	100%	100%	
Médicaments			
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%	
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%	
Médicaments et honoraires de dispensation pris en charge par la Sécurité sociale à 15%	15%	100%	
Médicaments prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale	-	35€ / an	
Matériel médical			
Petit appareillage	250%	250%	
Prothèses capillaires et mammaires	250% + 150€/an	250% + 150€/an	
Orthopédie	250%	250%	
Semelle orthopédique	100% + 75€/an	100% + 75€/an	
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé...)	100%+500€ /an	100%+500€ /an	
AIDES AUDITIVES			
Dans la limite d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier appareil. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.			
Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾			
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	Frais réels		
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus			
Equipements hors panier 100% santé			
Prothèse auditive pour les bénéficiaires de moins de 20 ans ou atteint de cécité	1400€/oreille	1400€/oreille	
Prothèse auditive pour les bénéficiaire de 20 ans et plus	800€/oreille	800€/oreille	
Entretien, fournitures et accessoires	100%	100%	



Les prestations de la Mutuelle indiquées incluent la part de la Sécurité sociale.
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Flexi Santé 4

Santé 4

OPTIQUE

Dans la limite d'un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement pour les bénéficiaires de 16 ans et plus et par dérogation tous les ans en cas d'évolution de la vue.

Dans la limite d'un équipement complet tous les ans à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 16 ans.

Dans la limite d'un équipement complet tous les 6 mois à compter de la date de facturation pour les bénéficiaires de moins de 6 ans.

Equipements du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Monture

Verre - tous types de corrections

Frais réels

Prestations et suppléments optique

Equipements hors panier 100% santé

Monture

80 €

80 €

Verre simple ⁽⁵⁾

80€ /verre

80€ /verre

Verre complexe ⁽⁶⁾

130€ /verre

130€ /verre

Verre très complexe ⁽⁷⁾

180€ /verre

180€ /verre

Prestations et suppléments optique pris en charge par la Sécurité sociale

100%

100%

Lentilles correctrices

Lentilles correctrices ⁽⁸⁾

-

100% + 150€ / an

Chirurgie réfractive

Chirurgie réfractive

-

250€ / œil

DENTAIRE

Soins et prothèses du panier 100% santé - remboursement intégral ⁽⁴⁾

Couronne transitoire dento-portée

Inlay core

Couronne définitive

Bridge dento-portée

Prothèse amovible à plaque base résine

Réparation sur prothèse amovible en résine

Frais réels

Soins et prothèses hors panier 100% santé à tarifs maîtrisés ou libres

Soins

Soins conservateurs, consultation, chirurgie et radiologie

100%

100%

Prothèses

Inlay-onlay

350€ / acte

350€ / acte

Couronne transitoire dento-portée

60€ / prothèse

60€ / prothèse

Inlay core

175€ / prothèse

175€ / prothèse

Couronne définitive

420€ / prothèse

420€ / prothèse

Couronne implantoportée

376,25€ / prothèse

376,25€ / prothèse

Bridge dento-portée

978,25€ / prothèse

978,25€ / prothèse

Pilier et élément intermédiaire de bridge

350%

350%

Prothèse amovible à châssis métallique ou stellite

350%

350%

Réparation sur prothèse amovible à châssis métallique ou stellite

350%

350%

Orthodontie

Traitements et actes pris en charge par la Sécurité sociale

300%

300%

Actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale

Implantologie - parodontologie - endodontie - orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale ⁽⁸⁾

-

Forfait annuel global de 700€

CONFORT ET BIEN-ETRE ⁽⁹⁾

Forfait des actes non pris en charge par la Sécurité sociale (plafond global)

-

250€/an

Ostéodensitométrie non pris en charge par la Sécurité sociale

-

50 €

Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale et Antipaludéen

-

50 €

Activité physique adaptée sur prescription médicale

-

150 €

Infiltration arthrose

-

40 €

Consultation diététique

-

50 €

Sevrage tabagique

-

50 €

Contraception, test grossesse

-

50 €

Homéopathie

-

25 €

Cure thermique

Honoraires et traitements pris en charge par la Sécurité sociale

-

180%

Transport et hébergement non pris en charge par la Sécurité sociale

-

200€ /an

Médecines douces

Ostéopathie, chiropratique, sophrologie, acupuncture, pédicure/podologie, bilan psychomotricité ⁽¹⁰⁾

-

45€/séance dans la limite de 3 séances par an



(1) Les dispositifs OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnelles de santé conventionnés. Pour savoir si le médecin est adhérent à l'OPTAM & OPTAM-CO, rendez-vous sur l'annuaire santé d'Ameli.

(2) Le forfait patient urgence est réduit à 8,49€ pour les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) et les bénéficiaires d'une rente d'accident de travail ou d'une maladie professionnelle avec une incapacité inférieure aux deux tiers.

(3) La participation forfaitaire de 24€ s'applique aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

(4) Soins, prothèses et équipements 100% Santé tels que définis réglementairement, dans le respect des prix limites de vente, des honoraires limites de facturation et des plafonds définis par la réglementation.

(5) Verres unifocaux dont la sphère est comprise entre -6 et +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ou dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +6.

(6) Verres unifocaux dont la sphère est hors zone de -6 à +6 ou dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ou dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +6, verres unifocaux dont la sphère est inférieure à -6 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -4 et +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre -8 et 0, et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 ; verres multifocaux ou progressifs sphérocyindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à +8.

(7) Verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est hors zone de -4 à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est inférieure à -8 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 ; verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est supérieure à +8.

(8) Le forfait est limité à tous les ans à compter de la dernière facturation.

(9) Le plafond s'applique par an, de date à date.

(10) Le ticket modérateur est également pris en charge en plus du forfait lorsque les soins sont pris en charge par la Sécurité sociale.





mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon – CS 50070 – 75481 Paris Cedex 10 – www.mgefi.fr