

***BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES***



**Edition Chronologique n°19 du 7 mai 2010**

**PARTIE PERMANENTE**  
**Administration Centrale**

**Texte n°1**

**CONVENTION**

relative à la protection sociale complémentaire des personnels civils du ministère de la défense. (Visa du contrôle budgétaire et comptable n° 91712 du 31 décembre 2009)

*Du 31 décembre 2009*

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE : *sous-direction de l'action sociale.*

**CONVENTION relative à la protection sociale complémentaire des personnels civils du ministère de la défense. (Visa du contrôle budgétaire et comptable n° 91712 du 31 décembre 2009)**

*Du 31 décembre 2009*

NOR D E F P 0 9 5 3 7 1 4 X

---

*Pièce(s) Jointe(s) :*

Trois annexes.

*Classement dans l'édition méthodique :* BOEM 640.5

*Référence de publication :* BOC N°19 du 7 mai 2010, texte 1.

---

Entre les soussignés :

Le ministère de la défense dont le siège est situé à 14, rue Saint-Dominique - 75007 Paris, représenté par Monsieur Jacques **Roudière** agissant en qualité de directeur des ressources humaines du ministère de la défense, d'une part,

et

La mutuelle civile de la défense (MCDéf) dont le siège est situé au 45, rue de la Procession - 75739 Paris Cedex 15, représenté par Monsieur Patrick **Djelalian**, agissant en qualité de président général, d'autre part,

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

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

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

Vu le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence <sup>(1)</sup> pour la sélection des organismes de protection sociale complémentaire bénéficiaires de la participation financière du ministère de la défense et des établissements publics administratifs associés, au profit de leurs personnels civils ;

Vu le courrier référencé n° 100651 du 14 septembre 2009 <sup>(1)</sup> du ministère de la défense notifiant la désignation de la mutuelle civile de la défense comme organisme de référence,

Il est convenu ce qui suit :

Article premier.  
**Objet de la convention.**

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

Cette convention est dénommée « convention-cadre de référencement » du ministère de la défense et des établissements publics administratifs sous tutelle dont la liste figure en annexe I.

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

Le ministre de défense est l'interlocuteur privilégié de l'organisme de référence pour l'exécution de la présente convention.

#### Article 2.

##### **Durée de la convention.**

La convention est établie pour une durée de sept ans, à compter de sa date d'entrée en vigueur. La convention peut être prorogée d'une durée maximale d'un an pour des motifs d'intérêt général.

#### Article 3.

##### **Bénéficiaires et droits.**

Peuvent adhérer à un règlement mutualiste référencé pour ses offres de santé dénommées Vita Santé, Mezzo Santé ou Multi Santé couplées avec l'offre de prévoyance Prémuo M071, règlement qui respecte les conditions figurant aux visas de la présente convention :

À titre d'assurés :

- les fonctionnaires et agents de droit public de l'employeur public quels que soient leur position administrative et le lieu d'exercice des fonctions ;
- les retraités (civils) de l'employeur public.

À titre d'ayants droit ou ayants cause :

- le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité à l'assuré ;
- les enfants de l'assuré âgés de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans <sup>(2)</sup> s'ils sont étudiants ;
- les enfants handicapés de l'assuré âgés de plus de 21 ans ;
- les veufs et veuves et orphelins.

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

#### Article 4.

##### **Nature et couplage des garanties à offrir.**

L'organisme de référence est tenu d'offrir :

- aux fonctionnaires et agents de droit public :

- trois options de garanties de protection sociale complémentaire en couplage intégral qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, et deux risques dits de prévoyance (invalidité permanente et absolue et décès) ;

- trois options de garanties de protection sociale complémentaire en couplage intégral qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail, et trois risques dits de prévoyance (invalidité permanente, invalidité permanente et absolue et décès) ;

- aux retraités : des garanties de protection sociale complémentaire qui couvrent les risques d'atteinte à l'intégrité physique de la personne, les risques liés à la maternité ; cette couverture étant identique à celle des fonctionnaires et agents ;

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

## Article 5.

### **Obligations de l'organisme de référence envers les assurés.**

#### **5.1. Absence de sélection des adhérents.**

L'organisme de référence ne peut refuser l'adhésion d'un bénéficiaire mentionné à l'article 3. et est tenu d'offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée à l'article 2., l'une des options prévues dans les garanties proposées, sous réserve des dispositions de l'article 17. du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007.

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

L'organisme de référence est tenu de remettre à l'adhérent, un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste, la notice d'information sur les garanties de prévoyance, ainsi qu'un résumé des garanties et de leurs modalités d'application.

#### **5.3. Cas d'exclusion.**

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

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

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

L'ancien organisme de référence s'engage à assurer la poursuite des risques nés au cours de la validité du contrat. La résiliation ou le non-renouvellement de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

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

#### **5.4. Document relatif au nombre d'année manquantes et au coefficient de majoration.**

L'organisme de référence est tenu d'adresser à l'agent ou retraité qui souhaite ne plus adhérer au règlement, un document qui mentionne sa dernière année de cotisation, et qui indique son coefficient de majoration, au plus tard quinze jours avant la date d'effet de la démission.

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

### **5.5. Information sur la modification des tarifs.**

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

### **5.6. Appel à cotisation.**

Lors de l'appel de cotisation, les organismes de référence décomposent le tarif de l'adhérent entre la part qui serait due sans la majoration tarifaire, et celle uniquement due aux majorations tarifaires.

## Article 6.

### **Obligations de l'organisme de référence envers l'employeur public.**

#### **6.1. Évolution des tarifs annuels.**

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

L'organisme de référence précisera notamment :

- le taux global applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1 de cotisations prélevées mensuellement pour la couverture de tous les risques garantis, ainsi que la durée pendant laquelle l'organisme de référence s'engage à garantir le taux proposé ;
- les taux des cotisations garantie par garantie, et en indiquant les coûts spécifiques relatifs à chacune des extensions de couverture proposées ;
- le coût du financement des revalorisations futures des prestations qui seraient en cours lors d'une éventuelle résiliation ou du non renouvellement de la convention.

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

#### **6.2. Évolution exceptionnelle des tarifs.**

Lorsque l'organisme de référence souhaite modifier les tarifs en dehors des limites tarifaires annexées à la présente convention, il adresse sa demande à l'employeur public au moins trois mois avant la date d'application visée, accompagnée d'une étude justifiant qu'au moins une des évolutions mentionnées à l'article 19. du décret nécessite de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Il indique également les évolutions tarifaires, âge par âge, sur lesquelles il s'engage jusqu'à la fin de la convention.

L'employeur public dispose d'un délai de deux mois à réception de la demande pour se prononcer. En cas de modification tarifaire accordée par l'employeur public, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant à la présente convention. La non réponse de l'employeur public dans le délai de deux mois vaut acceptation des nouveaux tarifs.

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

### **6.3. Éléments relatifs au calcul de l'âge maximal d'adhésion.**

Les organismes de référence qui assurent plus de 10 p.100 des adhérents relevant de l'employeur public calculent au 30 octobre de chaque année la moyenne d'âge de leurs adhérents, actifs et retraités, bénéficiaires du dispositif mentionné au décret du 19 septembre 2007. Ils fournissent à l'employeur public la liste des adhérents ou souscripteurs concernés, ventilée par âge, ainsi que le résultat du calcul de la moyenne.

### **6.4. Comptabilité analytique.**

L'organisme de référence transmet annuellement à l'employeur public toutes pièces justificatives permettant de prouver l'établissement d'une comptabilité analytique et permettant de retracer l'utilisation de l'aide.

### **6.5. Liste des agents à fournir.**

La liste des agents ayant adhéré à des règlements est adressée annuellement par le ou les organismes de référence à l'employeur public, et au plus tard le 30 avril suivant la clôture de chaque exercice de la convention.

### **6.6. Calcul des transferts.**

L'organisme de référence adresse, avant le 30 avril suivant la clôture de chaque exercice de la convention, les montants de transferts de solidarité, accompagnés de leurs justificatifs (attestation CAC). Ces montants sont calculés dans les conditions fixées par l'arrêté du 19 décembre 2007 (NOR : BCFF0771959A).

### **6.7. Partenariat.**

En cas de recours à des mécanismes de co-assurance ou de réassurance ou à toute autre forme de partenariat conduisant à ce que l'organisme de référence n'assure pas directement le risque, l'organisme de référence adresse annuellement une description précise du mécanisme instauré et en indique le coût.

## Article 7.

### **Engagements de l'employeur public.**

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

L'employeur public détermine chaque année avant le 30 avril le montant plafond de sa participation. Il demande aux organismes de calculer, pour le 30 avril suivant la clôture de chaque exercice, les montants de transferts de solidarité tels qu'ils sont précisés dans l'arrêté relatif à la répartition de la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

La participation financière de l'employeur public est ensuite répartie, dans la limite du montant plafond arrêté, entre les organismes de référence sur la base des montants exacts des transferts de solidarité opérés par chacun.

Pour ce faire, l'employeur public détermine, pour chaque organisme de référence, le rapport entre d'une part le total des transferts de solidarité que ce dernier met en œuvre et d'autre part la somme des totaux de transferts de solidarité mis en œuvre par l'ensemble des organismes de référence qu'il a désignés.

Le montant de la participation versée à l'organisme de référence est alors égal au produit du montant de la participation global de l'employeur public par le rapport calculé à l'alinéa précédent.

#### **7.2. Dates et modalités du versement de l'aide.**

La participation donne lieu, au cours du second trimestre de l'année N, au versement d'un acompte égal à 80 p.100 de la participation accordée l'année précédente. Le solde est versé après communication des montants des transferts de solidarités.

Pour la première année de mise en œuvre de la convention, pour laquelle le montant global maximal de la participation est fixé à cinq millions deux cent trente cinq mille euros (5 235 000 euros), un acompte de deux millions d'euros (2 million d'euros) est versé à la fin du premier trimestre 2010.

### **7.3. Conditions du précompte.**

L'employeur public s'engage :

- à prélever mensuellement par voie de précompte la part des cotisations à la charge de l'agent au titre des régimes de protection sociale complémentaire en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;
- à verser à l'organisme de référence, les sommes précomptées.

Le précompte est maintenu à titre gracieux pour l'organisme de référence sous réserve des arbitrages qui seront rendus dans le cadre de la mise en œuvre de l'opérateur national de la paie (ONP).

Toute modification intervenant pendant la durée de la convention sur les conditions du précompte fera l'objet d'un avenant à la présente convention.

### **7.4. Publication de la convention.**

L'employeur public informera l'ensemble de ses agents de la signature de la présente convention dans un délai de trois mois et fera procéder à sa publication au *Bulletin officiel des armées*.

### **7.5.Tenue d'une base de données.**

L'organisme de référence collectera (sous forme électronique) les éléments qui permettront à l'employeur public de disposer, à l'échéance de la première convention, d'une base de données recueillant l'ensemble des informations concernant :

- les caractéristiques quantitatives et qualitatives de la population des agents, des retraités et de leurs ayants droit qui adhèrent aux offres référencées ;
- les éléments relatifs aux calculs des majorations tarifaires (ancienneté dans la fonction publique, ancienneté dans un organisme de référence).

L'employeur public et l'organisme de référence détermineront d'un commun accord, lors de la première année les modalités d'échange de ces informations ainsi que leur périodicité.

#### Article 8.

#### **Date d'entrée en vigueur de la convention.**

La présente convention entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

#### Article 9.

#### **Contrôle et suivi de l'appel d'offre par l'employeur public.**

L'employeur public a en charge la conclusion, l'organisation et le contrôle de la présente convention portant sur la participation à la protection sociale complémentaire de ses agents.

Un comité de suivi chargé de la bonne exécution de la convention composé notamment de représentants de l'employeur public et de l'organisme de référence sera mis en place dans un délai de deux mois suivant la

signature de la convention.

#### Article 10.

##### **Renonciation aux droits de propriété éventuels de l'organisme de référence.**

L'organisme de référence abandonne tout droit éventuel sur les documents communiqués à l'employeur public, en application de l'article 11., qui sont dès leur transmission la propriété de l'État.

#### Article 11.

##### **Résiliation fautive et conséquences du terme de la convention.**

###### **11.1. Clause de résiliation.**

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

Dans un délai d'un mois à compter de la date de retrait, cet organisme doit en informer les adhérents en précisant à ces derniers que, pour l'application du 2° de l'article 16. du décret susvisé, ils perdraient, faute d'adhésion à un autre organisme de référence, le bénéfice des années de cotisations qui continueraient à lui être versées. Il permet aux souscripteurs ou adhérents de changer d'organisme de référence dans un délai de trois mois à compter de la date d'envoi de ladite information. Le nouvel organisme garantit aux adhérents les risques nés à compter de la date de changement d'organisme de référence.

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

###### **11.2. Conséquences du terme de la convention.**

###### ***11.2.1. Obligation de l'organisme de référence envers l'employeur public.***

Au terme de la convention, l'employeur public et l'organisme de référence mettent aussitôt un terme à leurs relations. L'organisme est tenu de transmettre l'ensemble des informations et des données financières transmises à la fin de chaque exercice.

À l'issue de la 6<sup>e</sup> année de la convention et au plus tard au cours du mois de (à déterminer) de la dernière année d'exécution de la convention, l'organisme de référence doit fournir à l'employeur public :

- la liste des agents qui ont souscrits ou adhérents pendant la période ainsi que leur coefficient de majoration ;
- la sinistralité constatée en incapacité décès invalidité ;
- la courbe dépense santé ;
- l'évolution des tarifs sur la période ;
- l'âge moyen d'adhésion ;
- le nombre d'ayants droit (enfants/conjoints) ;
- l'évolution du nombre d'adhérents.

Si la convention est dénoncée au cours d'un exercice annuel, ces mêmes informations sont transmises pour la période échue.



En cas de résiliation anticipée ou de non renouvellement de la convention, l'organisme de référence présente les modalités de mise en œuvre du transfert de données vers le nouvel organisme de référence. Il indique les modalités envisagées pour la reprise de « la convention » afin d'assurer la continuité des prestations et s'engage à effectuer toutes les opérations nécessaires à la poursuite, dans de bonnes conditions, de l'ensemble des prestations par le nouveau prestataire.

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

### **11.2.2. Montant de la participation.**

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

Si la convention est dénoncée au cours d'un exercice annuel, l'employeur public versera sa participation financière au prorata de la durée écoulée entre le début de l'exercice et la date de résiliation, sur la base du montant de l'année précédente, déduction faite de l'acompte versé au titre de l'exercice concerné. L'organisme de référence pourra ainsi être contraint de rembourser une partie de cet acompte.

### **11.2.3. Conséquences du terme de la convention à l'égard des adhérents.**

#### **11.2.3.1. Résiliation des contrats.**

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

#### **11.2.3.2. Poursuite des risques nés.**

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

Article 12.

#### **Annexes.**

Sont annexés à la présente convention :

Annexe I. : la liste des établissements publics administratifs sous tutelle associés à la procédure de référencement du ministère de la défense, participant financièrement à la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Annexes II. et III. : l'ensemble des options ouvertes à l'adhésion, accompagnées des grilles tarifaires correspondantes ainsi que les garanties proposées, reprenant les engagements de l'organisme de référence, décrits dans son offre (à savoir le règlement mutualiste et ses annexes).

Article 13.

#### **Litiges et avenants.**

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

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

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

Pour le ministre de la défense et par délégation :

*Le directeur des ressources humaines du ministère de la défense,*

Jacques ROUDIERE.

*Le président général de la mutuelle civile de la défense,*

Patrick DJELALIAN.

---

(1) n.i. BO.

(2) Jusqu'au 31 décembre qui suit le 25e anniversaire.

**ANNEXE I.**  
**LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ADMINISTRATIFS PARTICIPANT AU NOUVEAU  
DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS DE L'ÉTAT  
(PERSONNEL CIVIL).**

- caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) ;
- école polytechnique ;
- établissement de communication et de production audiovisuelle de la défense (ECPAD) ;
- école nationale supérieure des ingénieurs des études et techniques de l'armement (ENSIETA) ;
- établissement public d'insertion de la défense (EPIDe) ;
- institution national des Invalides (INI) ;
- institut supérieur de l'aéronautique et de l'espace (ISAE) ;
- musée de l'air et de l'espace ;
- musée de l'armée ;
- musée national de la marine ;
- service hydrographique et océanographique de la marine (SHOM).

ANNEXE II.  
**NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT PRÉMUO.**

# NOTICE D'INFORMATION

## DU CONTRAT PRÉMUO

# N°M07I

Souscrit par la MCDEF  
(Mutuelle Civile de la Défense)

*document contractuel*

*A effet du 1<sup>er</sup> janvier 2010*

# DISPOSITIONS COMMUNES

## I. Objet du contrat et principes généraux

### I.1 Objet du contrat et principes généraux

En application des statuts de sa Mutuelle, le membre participant répondant aux conditions d'adhésion bénéficie lors de son inscription, des garanties collectives décrites ci-après, souscrites par sa Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée "l'Assureur").

La notice est formée de manière indissociable des Dispositions Communes, des Conditions Spécifiques des garanties et de l'annexe dans lesquelles sont précisées les garanties souscrites.

Le contrat visé par la présente notice est un contrat collectif, régi par le Code des assurances.

Il fait l'objet d'un couplage obligatoire pour l'adhérent avec des garanties de frais de santé et d'Incapacité Temporaire Totale de Travail assurées par la Mutuelle Civile de la Défense et référencées par le Ministère de la Défense.

### I.2 Principes généraux

I.2.1 Les garanties choisies sont collectives et conditionnée par l'appartenance à la Mutuelle.

I.2.2 Les personnes ont donné préalablement leur consentement et ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions des trois formules de garanties et de l'option « Plus » résumées dans la présente notice qui leur a été remise et précisées en annexe.

I.2.3 La Mutuelle informe les adhérents au contrat des modifications apportées à la présente notice.

I.2.4 Sauf précision, les âges indiqués ont pour date limite le 31 décembre de l'année correspondant à l'anniversaire. Exemple : s'il est indiqué l'âge de 65 ans, la garantie prendra fin au 31 décembre de l'année du 65<sup>ème</sup> anniversaire.

### I.3 Définitions

I.3.1 **L'adhérent** est le membre participant de la Mutuelle inscrit au contrat et acquittant sa cotisation.

L'adhérent actif est le membre participant direct de la Mutuelle souscriptrice, ne bénéficiant pas de la jouissance effective de ses droits à la retraite et âgé de moins de 65 ans.

L'adhérent retraité est le membre participant direct de la Mutuelle souscriptrice bénéficiant de la jouissance effective de ses droits à la retraite.

I.3.2 **L'enfant à naître** est l'enfant de l'adhérent né viable dans les 10 mois qui suivent le décès de l'adhérent au contrat.

I.3.3 **L'enfant handicapé** est l'enfant de l'adhérent légitime, naturel, reconnu ou non, adoptif ou recueilli, et qui est titulaire de la carte invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, ou en ayant fait la demande.

I.3.4 L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent et entraînant une atteinte corporelle.

Sont réputés répondre à cette définition, les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration. Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'accident, **ne sont pas** considérés comme accidentels.

I.3.5 **Le Traitement Indiciaire Brut (TIB)** est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, du produit de l'indice majoré et de la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

I.3.6 **Le Point de la Fonction Publique** est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2009 est de 55,1217 euros.

I.3.7 **Le bénéficiaire** est la personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

## 2. Règles communes

### 2.1 Adhésion au contrat

#### 2.1.1 Conditions d'adhésion

L'adhésion au contrat est obligatoire pour :

1. les fonctionnaires,
2. les agents sous contrat de droit public du Ministère de la Défense,



## DISPOSITIONS COMMUNES

3. les agents d'établissements publics administratifs placés sous la tutelle du ministère de la défense tels que :

- la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS),
- l'Ecole polytechnique,
- l'Etablissement de communication et de production audiovisuelle de la défense (ECPAD),
- l'Ecole nationale supérieure des ingénieurs, des études et techniques de l'armement (ENSIETA),
- l'Etablissement public d'insertion de la défense (EPIDe),
- l'Institution nationale des Invalides (INI),
- l'Institut supérieur de l'aéronautique et de l'espace (ISEA),
- le Musée de l'air et de l'espace,
- le Musée de l'armée,
- le Musée national de la marine,
- le Service hydrographique et océanographique de la marine (SHOM),
- l'Office National des Anciens Combattants (ONAC)

4. les ouvriers d'Etat,

L'adhésion au contrat est facultative pour :

5. les retraités ayant exercés l'une des fonctions ci-dessus, sous réserve de ne pas entrer dans le champ d'application de la convention spéciale,
6. tout autre membre participant de la Mutuelle présentée par celle-ci.

L'adhésion au contrat est soumise aux formalités décrites au paragraphe 2.1.2 ci-après.

### 2.1.2 Demande d'adhésion

La Mutuelle fait établir par le candidat une demande d'adhésion au contrat, par laquelle il précise son identité, la formule choisie (formule 1, 2 ou 3 avec ou sans l'option « Plus ») et les éléments nécessaires au calcul de sa cotisation et à la détermination de sa couverture.

Il donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la présente notice et indique les bénéficiaires du capital "décès".

Cette demande est datée et signée par le candidat à l'adhésion.

Lors de son adhésion au contrat, l'adhérent doit régler d'avance sa première mensualité de cotisation.

#### ◆ Questionnaire de santé

##### 1) Pour les adhérents relevant des catégories 1 à 5 définies au paragraphe 2.1.1

Lorsque le candidat à la couverture au titre du présent contrat est présent depuis plus de 5 ans dans la fonction publique et que la demande d'adhésion a lieu postérieurement aux 12 premiers mois suivant la date de prise d'effet du présent contrat et que le candidat n'était pas couvert immédiatement auparavant par un contrat mis en place dans le cadre du référencement défini par le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007, alors le candidat doit remplir un questionnaire de santé.

Ce questionnaire est à adresser par le candidat au médecin-conseil de l'Assureur. La durée de validité du questionnaire de santé est de trois mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

Après examen par ce dernier, l'Assureur pourra :

- accepter la demande d'adhésion
- accepter avec application d'un tarif pour risque aggravé. Ce tarif est précisé en annexe.

Dans ce cas, outre les formalités décrites plus haut, le candidat doit accepter explicitement, par écrit, le tarif pour risque aggravé défini aux Conditions particulières.

##### 2) Pour les adhérents relevant de la catégorie 6 définie au paragraphe 2.1.1

L'adhésion au contrat s'effectue sans formalité médicale pour les candidats répondant aux deux conditions suivantes :

- être âgé de moins de 45 ans,
- être membres participants de la Mutuelle depuis moins de 2 ans.

S'il ne répond pas à au moins un de ces deux critères, l'adhésion est soumise à une sélection médicale.

L'âge est apprécié à la date de la demande d'adhésion au contrat.





## DISPOSITIONS COMMUNES

### 2.1.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat prend effet :

- le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion,
- ou en cas d'adhésion soumise à formalités médicales, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur.

L'adhésion prend effet sous réserve du paiement de la cotisation.

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat de l'adhérent sont couverts au titre du présent contrat.**

Le renouvellement des garanties donne lieu à l'envoi chaque année, par la Mutuelle Souscriptrice, à chaque adhérent au contrat, d'un certificat d'inscription précisant les conditions de sa garantie.

### 2.1.4 Choix de formule

#### Formules proposées

Les adhérents choisissent un niveau de garantie parmi les formules 1, 2 ou 3, décrites en annexe.

Les adhérents peuvent compléter leur niveau de garantie (formule 1, 2 ou 3) par le choix d'une option « Plus », décrites en annexe.

Le niveau et la durée des garanties dépendent de la formule choisie, du niveau d'indice de traitement ou du salaire brut et sont précisés aux caractéristiques des garanties et à l'annexe précitée. Les formules sont formées de manière indissociable des garanties décrites aux Caractéristiques spécifiques des garanties.

#### Changement de formule

Le choix entre les formules 1, 2 ou 3 avec ou sans l'option « Plus », s'effectue lors de l'adhésion. Les niveaux de garanties sont classés par ordre croissant de la formule 1 à la formule 3.

Le complément apporté par l'option « Plus » à la formule d'origine est considéré comme une augmentation de garantie.

En cours de contrat, le membre participant peut changer de formule.

Si la formule demandée est de niveau supérieur, elle est soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base d'un questionnaire de santé.

Ce changement prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N+1, N étant l'année de la demande de changement.

## 2.2 Radiation du contrat

### 2.2.1 L'adhésion au contrat cesse en cas de :

- décès de l'adhérent, au jour du décès,
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité,
- non paiement de sa cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure déterminée à l'article L.141-3 du Code des Assurances,
- défaut de couverture (l'adhérent n'est plus couvert par aucune garantie du contrat), au jour de la prise d'effet de la fin de la couverture,
- résiliation du contrat frais de santé de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de la résiliation à l'exception des adhérents placés en cotisation de maintien pour les frais de santé,
- résiliation du présent contrat, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

**2.2.2 En outre, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.**

Dans ce cas et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est alors considérée comme nulle.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui ont le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.



## DISPOSITIONS COMMUNES

**2.2.3** En cas de résiliation du contrat conclu entre l'Assureur et la Mutuelle, les prestations en cours de service à la date de résiliation continuent d'être assurées jusqu'à l'extinction des droits, au niveau du montant de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

### 2.3. Cotisations

**2.3.1** Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement lors du renouvellement et valent pour toute l'année civile.

Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'adhérent (activité, âge, enfants à charge, TIB, ou tout autre facteur intervenant dans la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, exceptée la valeur du point de la Fonction Publique qui est celle déterminée lors du renouvellement de l'année qui précède l'adhésion.

Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle année d'assurance. Les autres facteurs s'apprécient au 30 septembre précédant la date du renouvellement du contrat.

**2.3.2** Les cotisations sont exprimées en pourcentage d'un revenu appelé traitement de référence, déterminé selon les modalités qui suivent et arrondi à la centaine d'euros supérieure. Ce pourcentage peut être révisé chaque année en fonction des résultats globaux du contrat.

**2.3.3** Les cotisations et les prestations garanties de l'année N sont calculées sur la base d'un traitement de référence défini comme suit :

#### ◆ Revenus : Cas Général

**1. Pour les actifs, y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique, l'assiette de cotisations et de prestations est égale à :**

- le Traitement Indiciaire Brut (TIB), si l'adhérent au contrat est fonctionnaire ou contractuel de l'État ;
- 116% du salaire de base hors prime, si l'adhérent au contrat est ouvrier d'État ;
- le revenu brut soumis à cotisations sociales dans les autres cas.

Lorsque l'adhérent n'exerce pas son activité à temps complet, l'assiette de cotisation est calculée prorata temporis.

**2. Pour les retraités, l'assiette de cotisations et de prestations est égale à :**

- 75% du TIB, correspondant à l'indice servant au calcul de la pension, si l'adhérent est retraité au titre de la Fonction Publique. En tout état de cause, dans le cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération, ayant servi à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension ;
- 75% de 116% du salaire de base hors prime de la dernière année d'activité, si l'adhérent au contrat est ouvrier d'État ;
- 75% du dernier revenu d'activité déclaré à l'Administration fiscale, dans les autres cas.

**3. Pour les adhérents au contrat retraités de la Fonction Publique et exerçant une activité rémunérée, l'assiette de cotisations et de prestations est égale à :**

- 75% du TIB, correspondant à l'indice servant au calcul de la pension.

**4. Pour les adhérents au contrat bénéficiaires d'un congé parental, placés en situation de chômage, admis à la retraite avec jouissance différée, en situation de congé de fin d'activité, appelés à accomplir les obligations du service national ou en situation de disponibilité :**

4.1 L'assiette de cotisation est égale à :

- 75 % du TIB, correspondant au dernier indice d'activité avant la prise d'effet de la situation visée, si l'adhérent est fonctionnaire ou contractuel de l'État ;
- 75% de 116% du dernier salaire de base hors prime avant la prise d'effet de la situation visée, si l'adhérent au contrat est ouvrier d'État ;
- 75% du dernier revenu d'activité déclaré à l'Administration fiscale avant la prise d'effet de la situation visée, dans les autres cas.

**5. Pour les adhérents au contrat fonctionnaires ou contractuels de l'État en situation de détachement, l'assiette de cotisations et de prestations est égale à :**

- le TIB, correspondant au dernier indice connu de la Mutuelle lors du calcul des cotisations de renouvellement. En tout état de cause, c'est ce TIB qui servira de base aux prestations assises sur l'assiette de cotisation.

A défaut de communication des revenus définis ci-dessus, l'assiette de cotisation est égale au plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année précédente.



# DISPOSITIONS COMMUNES

## ◆ Revenus : Cas particuliers

Pour les veufs et veuves d'adhérents au contrat, ayant acquis la qualité de membre participant en raison du décès de leur conjoint :

- le montant total des retraites, pensions, pensions de réversion, traitements, salaires, rentes ou avantages vieillesse déclarés à l'Administration fiscale.

### 2.3.4 Réduction Jeune

Pour la formule 2 avec ou sans l'option « Plus », le taux de cotisation est réduit pour les adhérents au contrat âgés de moins de 35 ans. Les taux de cotisations sont indiqués en annexe.

2.3.5 La cotisation est appelée à l'adhérent par la Mutuelle selon les modalités déterminées par celle-ci.

2.3.6 Tout mois commencé est dû.

## 2.4 Revalorisation des garanties forfaitaires

Les montants des garanties forfaitaires sont revalorisés chaque année, au 1<sup>er</sup> janvier, en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini au paragraphe 1.3.5, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1, dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

## 2.5 Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les prestations périodiques, dénommées rentes, sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction de l'évolution du Point de la Fonction Publique défini au paragraphe 1.3.5, entre le 1<sup>er</sup> octobre de l'année N-2 et le 30 septembre de l'année N-1, dans la limite de 2%.

Les nouveaux montants sont arrondis à la dizaine de centimes d'euros supérieure après la revalorisation.

La résiliation du contrat met fin à la poursuite des revalorisations à la date d'effet de la rupture dudit contrat.

## 2.6 Versement des prestations

Les prestations garanties dans le cadre de ce contrat sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs précisés aux Caractéristiques Spécifiques des Garanties. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

## 2.7 Prescription

2.7.1 A défaut de délai mentionné dans les Caractéristiques Spécifiques des Garanties, les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans. Ce délai est porté à 10 ans pour les prestations dont le bénéficiaire n'est pas l'adhérent.

Ces délais courent à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement donnant droit à la garantie.

En outre, en dehors des garanties couvrant le risque de décès de l'adhérent, les demandes de prestations doivent être formulées du vivant de l'adhérent par l'adhérent lui-même ou son représentant légal.

Ne permettant pas l'avis du médecin conseil de l'Assureur, toute demande de prestations formulée après le décès de l'adhérent sera systématiquement refusée.

2.7.2 A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.

## 2.8 Contrôle médical et conciliation

2.8.1 L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires quand le versement de prestations est lié à son état de santé. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.



## DISPOSITIONS COMMUNES

**2.8.2** L'adhérent au contrat qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés perdrait tout droit à la prestation considérée.

**2.8.3** En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'adhérent au contrat et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'adhérent, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'adhérent au contrat en faisant l'avance.

### 2.9 Risques exclus

**2.9.1** Sont exclus de toutes les garanties du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 1) de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- 2) directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome,
- 3) de la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions,
- 4) de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin, dans un cadre extra-professionnel,
- 5) du risque de navigation aérienne lorsque l'adhérent au contrat se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent au contrat.

**2.9.2** Sont exclus des garanties « Décès » et « Rente Survie » suite à décès et n'entraînent aucun paiement, les décès résultant du suicide volontaire de l'adhérent au contrat survenant dans les 12 mois suivant l'adhésion au contrat.

**2.9.3** Sont exclus des garanties « Invalidité Permanente et Absolue », « Rente Survie » suite à Invalidité Permanente et Absolue, « Invalidité Permanente » et « Dépendance » et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

- 1) de toute atteinte, volontaire et consciente, par le membre participant à son intégrité physique,
- 2) d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement,
- 3) de luttas, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'adhérent au contrat,
- 4) de la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel,
- 5) directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'adhérent y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.



# CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

## 3. Garantie Décès

### 3.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit aux adhérents au contrat le versement d'un capital, si leur décès survient avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance effective de leurs droits à la retraite et au plus tard avant 65 ans.

Pour la formule **I avec ou sans l'option « Plus »**, le versement par anticipation du capital au titre de la garantie « Invalidité Permanente Absolue » met fin à la garantie « Décès ».

Le montant du capital « décès » est précisé en annexe à la présente notice.

### 3.2 Bénéficiaires

Pour le capital décès, les bénéficiaires sont ceux désignés par l'adhérent.

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

- la formule générale suivante :

« au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, ni divorcé ;

à défaut au partenaire de PACS (celui-ci ayant toujours cette qualité au jour du décès) ;

à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés,

à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1<sup>er</sup> degré,

à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires,

à défaut à la Mutuelle souscriptrice. »

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

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

Sous réserve des droits propres du bénéficiaire acceptant, l'adhérent peut modifier, à sa convenance et à tout moment, le ou les bénéficiaires désignés. La désignation des bénéficiaires reste valable tant qu'elle n'a pas été annulée ou remplacée.

### 3.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un acte de décès de l'adhérent au contrat,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- toute justification utile de l'identité, de la qualité et de l'adresse des bénéficiaires,
- pour l'adhérent de plus de 60 ans, le dernier bulletin de salaire démontrant que l'assuré était toujours en situation d'activité au moment du décès et n'avait pas fait valoir ses droits à la retraite.

## 4. Garantie Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

### 4.1 Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) au profit de l'adhérent au contrat, suite à la reconnaissance de son état d'Invalidité Permanente et Absolue lorsque celui-ci survient avant le 31 décembre de l'année de l'entrée en jouissance de ses droits à la retraite et au plus tard avant 65 ans.

Le montant du capital est précisé en annexe de la présente notice.

Pour la formule **I avec ou sans l'option « Plus »**, le capital en cas d'IPA est versé par anticipation du capital décès comme mentionné au paragraphe 3.1 Son versement met donc fin à la garantie « Décès ».

Pour les autres formules, la garantie « IPA » est distincte de la garantie « Décès ».



## CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

### 4.2 Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

Est considéré comme atteint d'Invalidité Permanente et Absolue, l'adhérent qui à la fois :

- est dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession,
- et est obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins l'un des actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci.

### 4.3 Formalités en cas de sinistres

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle Souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins un des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale,
- le bulletin d'adhésion,
- toutes autres pièces ou formulaires demandés par l'Assureur.

**Sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.8.

## 5. Garantie Rente Survie

### 5.1 Objet de la garantie

Pour les formules 2 et 3 **avec ou sans** l'option « Plus », l'Assureur garantit le versement d'une rente viagère au profit de l'enfant handicapé de l'adhérent défini au paragraphe 1.3.2 en cas de :

- décès de l'adhérent,
- ou d'Invalidité permanente et absolue (IPA) de l'adhérent, définie au paragraphe 4.2 des caractéristiques Spécifiques de la garantie IPA, survenue avant 65 ans.

L'enfant handicapé est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'Article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, ou en a fait la demande. Dans ce dernier cas, l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical du bénéficiaire.

Le montant de cette rente est précisé à l'annexe de la présente notice.

La prestation de rente survie, versée au titre de l'IPA, exclut le versement ultérieur d'une deuxième rente survie au titre du décès.

### 5.2 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat de vie de l'enfant handicapé,
- une photocopie de la carte d'invalidité du bénéficiaire prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles certifiée conforme par l'intéressé ou son représentant légal,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion,
- le bulletin de salaire démontrant que l'assuré était en activité lors de la survenance du risque.



# CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

En outre, en cas de décès de l'adhérent :

- un acte de décès de l'adhérent au contrat,
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

En outre, en cas d'Invalidité Permanente et Absolue de l'adhérent :

- l'imprimé IPA dûment complété,
- un certificat médical établi par le médecin traitant de l'adhérent au contrat attestant que celui-ci est définitivement incapable d'assurer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état l'oblige en outre à recourir, pendant toute son existence, à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement d'au moins un des actes ordinaires de la vie. Ce certificat devra préciser la date de départ de l'IPA. Ce certificat médical est à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur,
- une photocopie certifiée conforme de la décision d'attribution de la majoration pour tierce personne certifiée conforme par l'adhérent ou son représentant légal,
- si nécessaire, tout autre justificatif établissant l'état d'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale.

**En cas d'IPA de l'adhérent, sous peine de déchéance, la demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à laquelle l'adhérent au contrat cesse d'être couvert par cette garantie.**

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.8.

## 5.3 Modalités de versements des prestations

Le droit à rente est acquis dès le lendemain du décès de l'adhérent ou de la date reconnue par l'Assureur comme début de son IPA et ce, jusqu'au décès du bénéficiaire.

Les prestations sont versées sous forme de rente viagère, payable par quart et à terme échu les 31 mars, 30 juin, 30 septembre et 31 décembre de chaque année.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé *pro rata temporis*. Au décès du bénéficiaire, le dernier versement est calculé *pro rata temporis*.

La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Les rentes en services sont revalorisées dans les conditions définies au paragraphe 2.5.

## 6. Garantie Dépendance

### 6.1 Objet de la garantie

Pour les formules 2 et 3 **avec ou sans** l'option « Plus », l'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat en situation de dépendance totale telle que définie au paragraphe 7.2.

Deux types de rentes, qui ne peuvent pas s'additionner, peuvent être servies :

- une **rente d'hospitalisation**, si l'adhérent au contrat est hébergé soit en unité de long séjour ou de cure médicale, soit en établissement hospitalier pour personnes âgées,
- une **rente à domicile**, dans les autres cas.

### 6.2 Reconnaissance de la dépendance

Est considéré en état de dépendance totale, l'adhérent qui à la fois :

- est classé dans l'un des groupes iso- ressources 1 à 3 en application de la grille d'évaluation AGGIR mise au point et diffusée par le Syndicat National de Gérontologie Clinique décrite à l'Annexe 1 du décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 publié au Journal Officiel du 21 novembre 2001,
- et est dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),
- et est reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.



# CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

## 6.3 Délai de franchise

Le droit à prestation est acquis à l'issue d'un délai de franchise défini comme la période continue qui court à compter du jour de la date reconnue par l'Assureur comme début de la dépendance. Ce délai est de :

- 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle au sens du paragraphe 1.3.4,
- 180 jours dans les autres cas.

## 6.4 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical rempli par le médecin traitant ou le médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'adhérent au contrat, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection. Ce certificat médical est à adresser au médecin conseil de l'Assureur,
- en outre en cas d'hospitalisation en long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, l'attestation d'hébergement fournie par l'Assureur à faire remplir par le responsable de l'établissement,
- le cas échéant, la décision du président du Conseil Général du département de résidence de l'adhérent relative l'Allocation Personnalisée d'Autonomie visée par la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001,
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel la rente devra être versée. Si ce compte n'est pas au nom du bénéficiaire, il sera exigé un document attestant la qualité et les droits du titulaire du compte en question (extrait de jugement de tutelle, de curatelle, ou de la désignation d'un administrateur légal ou d'un gérant de tutelle),
- le bulletin d'adhésion.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat et/ou de faire pratiquer les examens médicaux jugés nécessaires, tant lors de la demande de prestation qu'en cours de prestation. Les modalités de ce contrôle et la procédure de conciliation en cas de litige sont décrites au paragraphe 2.8 de la présente notice.

## 6.5 Modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées sous forme de rente mensuelle, versée à terme échu. A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis.

Lorsque le bénéficiaire ne répond plus aux critères de reconnaissance de la Dépendance, sa rente est arrêtée. Si l'état de l'adhérent au contrat justifie de nouveau le versement de la prestation, il n'est pas appliqué un nouveau délai de carence.

Au décès du bénéficiaire ou lorsque cesse son état de dépendance, le dernier versement est calculé prorata temporis.

**La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie du bénéficiaire au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.**

Les rentes en services sont revalorisées dans les conditions définies au paragraphe 2.5.

## 6.6 Modification de la situation du bénéficiaire

L'adhérent bénéficiant de la prestation Dépendance, ou son représentant légal, doit déclarer de sa propre initiative, tout changement concernant :

- l'évolution de son état de santé,
- le changement du lieu de vie (domicile, unité de long séjour, unité de cure médicale, établissement hospitalier pour personnes âgées, etc.).





# CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

## 7. Option « Plus » : Invalidité Permanente

### 7.1 Objet de la garantie

Pour les formules 1, 2 ou 3 avec l'option « Plus », en cas d'invalidité survenue avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite et au plus tard à 65 ans, l'Assureur garantit le versement d'une rente au profit de l'adhérent au contrat.

Est considéré comme étant en invalidité, l'adhérent, qui à la fois :

- se trouve dans l'obligation de cesser définitivement toute activité professionnelle,
- présente une réduction de sa capacité de travail d'au moins 66%,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de toute activité professionnelle,
- s'il est fonctionnaire, a épuisé ses droits statutaires.

Le pourcentage de réduction de la capacité de travail est déterminé à l'aide du tableau suivant en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle selon le barème de droit commun.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

### 7.2 Durée des prestations

Le droit à prestation cesse à l'âge limite d'activité de la catégorie ou antérieurement, si l'adhérent atteint l'âge auquel il aurait pu bénéficier d'une retraite à taux plein et en tout état de cause, au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'adhérent.

### 7.3 Formalités en cas de sinistre

Les demandes de règlement doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- un certificat médical précisant la date de l'invalidité permanente,
- la notification de mise en retraite pour invalidité de l'Administration ou de mise en invalidité permanente 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité Sociale,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'invalidité permanente émanant de l'Administration, de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme de prévoyance,
- une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de l'invalidité permanente,
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la mutuelle),
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.



## CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent d'être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée courante à partir de la date de réception de la demande.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu au paragraphe 2.8 de la présente notice.

### 7.4 Principe indemnitaire

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature préalablement perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle et de tout autre organisme de prévoyance, ainsi qu'aux pensions ou retraites perçues au titre de l'emploi ouvrant droit à l'adhésion au présent contrat, permettre à l'assuré de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

Par rémunération théorique, on entend le traitement hors prime qu'aurait perçu l'assuré s'il avait continué à travailler.

### 7.5 Modalités de versement

Le droit à rente est acquis dès le lendemain de la date reconnue par le médecin conseil de l'Assureur comme point de départ de l'invalidité permanente du bénéficiaire.

La rente est versée mensuellement à terme échu.

A la mise en service de la rente, le premier versement est calculé prorata temporis. De même, à la cessation de service de la rente, le dernier versement est calculé prorata temporis.

La rente d'invalidité permanente est versée tant que dure l'état d'invalidité et dans les limites définies au paragraphe 7.2.

**La continuité du versement de la rente est subordonnée à la production d'un certificat de vie, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.**

Les rentes en services sont revalorisées dans les conditions définies au paragraphe 2.5.

### 7.6 Modification de la situation de l'adhérent

L'adhérent en cours d'indemnisation par le présent contrat, doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle Souscriptrice, la fin éventuelle de son état d'invalidité ainsi que l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'invalidité permanente.



# CONVENTION SPÉCIALE D'ADHÉSION

## I. Conditions spéciales de basculement

### I.1 Conditions de basculement au 1<sup>er</sup> janvier 2010

A défaut de demander explicitement leur adhésion à une autre formule de ce contrat, tous les adhérents du contrat au 31 décembre 2009, sont couverts au titre de la formule 2 sans l'option « Plus » du présent contrat.

## 2. Dispositions complémentaires

### 2.1 Exclusion de couverture en cas de suicide

Le délai de 12 mois relatif aux exclusions en cas de suicide volontaire peut être acquis selon la garantie considérée au titre du contrat 6046X souscrit auprès de l'Assureur.

### 2.2 Clause bénéficiaire

Par dérogation au paragraphe 3.2 des Caractéristiques Spécifiques de la Garantie « Décès », la désignation de bénéficiaires retenue est :

- toute désignation utilisée par l'adhérent dans le cadre de ce contrat,
- à défaut, la formulation particulière exprimée par l'adhérent dans le cadre du contrat 6046X,
- à défaut, la formule générale prévue au paragraphe 3.2 des Caractéristiques Spécifiques de la Garantie « Décès ».





Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS  
62, RUE JEANNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13

VALEURS 2010.

# ANNEXE : VALEURS 2010

La présente annexe s'applique conformément aux Dispositions Communes et aux Conditions Spécifiques à chaque garantie définies dans la notice d'information du contrat Prémuo n°M071.

## I. Formule souscrite

### I.1. Formule 1

- Garantie « Décès »

L'assiette de cotisation est celle en vigueur à la date du décès (Paragraphe 2.3).

Montant des prestations garanties : 70% de l'assiette de cotisation.

- Garantie « Invalidité Permanente Absolue »

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 70 % de l'assiette de cotisation en vigueur à la date reconnue de l'état d'IPA.

### I.2. Formule 2

- Garantie « Décès »

L'assiette de cotisation est celle en vigueur à la date du décès (Paragraphe 2.3).

Montant des prestations garanties : 130% de l'assiette de cotisation.

- Garantie « Invalidité Permanente Absolue »

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 70 % de l'assiette de cotisation en vigueur à la date reconnue de l'état d'IPA et en toute hypothèse ne pourra être inférieur à 34 021,50\* euros.

- Garantie « Rente Survie »

Le montant de la rente viagère est de 1.769,70\* euros par an.

- Garantie « Dépendance »

Le montant de la rente Dépendance est de :

- 511,40\* euros par mois en cas d'hospitalisation,
- 256,00\* euros par mois dans les autres cas.

### I.3. Formule 3

- Garantie « Décès »

L'assiette de cotisation est celle en vigueur à la date du décès (Paragraphe 2.3).

Montant des prestations garanties : 180% de l'assiette de cotisation.

- Garantie « Invalidité Permanente Absolue »

Le capital versé en cas d'Invalidité Permanente et Absolue est égal à 100 % de l'assiette de cotisation en vigueur à la date reconnue de l'état d'IPA et en toute hypothèse ne pourra être inférieur à 50 400,80\* euros.

- Garantie « Rente Survie »

Le montant de la rente viagère est de 1.769,70\* euros par an.

- Garantie « Dépendance »

Le montant de la rente Dépendance est de :

- 511,40\* euros par mois en cas d'hospitalisation,
- 256,00\* euros par mois dans les autres cas.

### I.4. Option « Plus »

- Garantie « Invalidité Permanente »

Jusqu'à l'âge limite d'activité ou l'âge auquel l'adhérent aurait pu prétendre à une retraite à taux plein, le montant de la rente d'invalidité permanente est de 75% de l'assiette de cotisation en vigueur à la date reconnue d'invalidité permanente, telle que définie au paragraphe 2.3, dans la limite de 100% de la rémunération nette, telle que définie au paragraphe 2.4 des Dispositions communes, sous déduction des prestations, pensions ou retraites versées par l'employeur, la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assureur, ces prestations s'entendant brute de cotisations sociales.

\* Les valeurs indiquées sont celles en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Ces montants sont revalorisés dans les conditions définies au paragraphe 2.5.

## 2. Taux de cotisations

### Formule 1 :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 0,15 % de l'assiette de cotisation pour les actifs.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 0,18% de l'assiette de cotisation.

### Formule 1 avec l'option « Plus » :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 0,63 % de l'assiette de cotisation pour les actifs.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 0,71% de l'assiette de cotisation.

### Formule 2 :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 0,82 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et pour les retraités.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 0,93 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et retraités.

### Formule 2 avec l'option « Plus » :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 1,30% de l'assiette de cotisation pour les actifs et 0,82 % de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 1,46 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et à 0,93 % pour les retraités.

### Formule 3 :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 1,32 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et pour les retraités.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 1,45 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et les retraités.

### Formule 3 avec l'option « Plus » :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 1,80 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et 1,32 % de l'assiette de cotisation pour les retraités.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 1,98 % de l'assiette de cotisation pour les actifs et à 1,45% pour les retraités.

Le tarif risque aggravé représente 3 fois le tarif appliqué dans les conditions normales définies ci-dessus.

Les assiettes de cotisation sont définies au paragraphe 2.3.

## 3. Réduction « Jeunes »

En référence au paragraphe 2.3.4, le taux de cotisation est réduit pour les adhérents au contrat âgés de moins de 35 ans ayant opté pour la formule 2 avec ou sans l'option « Plus » :

### Formule 2 :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 0,17 % de l'assiette de cotisation.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 0,17 % de l'assiette de cotisation.

### Formule 2 avec l'option « Plus » :

Pour 2010, le taux d'appel des cotisations est de 0,65 % de l'assiette de cotisation.

Durant la 1<sup>ère</sup> période de 7 ans, le taux de cotisation peut atteindre un maximum fixé à 0,70 % de l'assiette de cotisation.



Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS

62, RUE JEANNE D'ARC - 75640 PARIS CEDEX 13

ANNEXE III.  
**RÈGLEMENT MUTUALISTE.**





# Mutuelle Civile de la Défense

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – RNM 784 621 476

## RÈGLEMENT MUTUALISTE et annexes



**Article premier :** Objet

**CHAPITRE PREMIER : L'ADHÉSION** .....5

- Article 2 :** Modalités d'adhésion  
**Article 3 :** Durée de l'adhésion  
**Article 4 :** Suites données à la demande d'adhésion  
**Article 5 :** Prise d'effet de l'adhésion  
**Article 6 :** Responsabilité déclarative de l'adhérent

**CHAPITRE II : CATÉGORIES DE MEMBRES PARTICIPANTS** .....5

- Article 7 :** Répartition catégorielle  
**Article 8 :** Retraite  
**Article 9 :** Autres cas de passage de la catégorie « A » à la catégorie « I »  
**Article 10 :** Date de prise d'effet du changement de catégorie de l'adhérent  
**Article 11 :** Adhérents licenciés  
**Article 12 :** Adhérent en suspension d'activité  
**Article 13 :** Adhérent en position dite de sommeil

**CHAPITRE III : LES MEMBRES BÉNÉFICIAIRES** .....6

- Article 14 :** Définition  
**Article 15 :** Déclaration de membres bénéficiaires  
**Article 16 :** Situation des membres bénéficiaires en cas de décès du membre participant  
**Article 17 :** Orphelins de père et de mère  
**Article 18 :** Enfants handicapés  
**Article 19 :** Situation des membres bénéficiaires en cas de mobilisation ou captivité  
**Article 20 :** Membre bénéficiaire avec régime différent du régime général de la Sécurité sociale

**CHAPITRE IV : GARANTIES** .....7

- Article 21 :** Choix de la garantie  
**Article 22 :** Changement de garantie

**CHAPITRE V : COTISATIONS** .....7

- Article 23 :** Engagement de paiement de la cotisation  
**Article 24 :** Montant de la cotisation des membres participants des catégories A et I  
**Article 25 :** Montant de la cotisation des membres participants des catégories MA et MI  
**Article 26 :** Montant de la cotisation des conjoints bénéficiaires et assimilés  
**Article 27 :** Montant de la cotisation des enfants bénéficiaires  
**Article 28 :** Évolution des cotisations pour les montants forfaitaires  
**Article 29 :** Situation particulière des adhérents relevant de l'article L.115 du Code des pensions militaires et des victimes de la guerre  
**Article 30 :** Situation particulière des adhérents et bénéficiaires relevant du régime dit « Alsace-Moselle »  
**Article 31 :** Majoration de cotisation des adhérents des catégories A et I  
**Article 32 :** Minoration de cotisation des adhérents de la catégorie A  
**Article 33 :** Cotisation dite de sommeil  
**Article 34 :** Cotisation de l'enfant handicapé  
**Article 35 :** Modalités de paiement de la cotisation  
**Article 36 :** Adhérent mobilisé ou en captivité  
**Article 37 :** Membres honoraires  
**Article 38 :** Défaut de paiement des cotisations

**CHAPITRE VI : PRESTATIONS** .....11

**SECTION I : PRESTATIONS « SOINS DE SANTÉ »** .....11

- Article 39 :** Nature des prestations  
**Article 40 :** Principe de complémentarité  
**Article 41 :** Libre choix du praticien  
**Article 42 :** Pièces justificatives  
**Article 43 :** Hospitalisation  
**Article 44 :** Contrôle médical  
**Article 45 :** Cas de limitation de prestations  
**Article 46 :** Exonération du ticket modérateur

**SECTION II : PRESTATIONS ACCESSOIRES** .....12

- Article 47 :** Définition  
**SOUS-SECTION I : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**  
**Article 48 :** Définition et montant de l'indemnité  
**Article 49 :** Délais d'attribution des indemnités journalières  
**Article 50 :** Conditions d'attribution des indemnités journalières  
**Article 51 :** Procédures de paiement des indemnités journalières  
**SOUS-SECTION II : FONDS DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE**

- Article 52 :** Objet  
**Article 53 :** Prestations sociales exceptionnelles  
**Article 54 :** Secours exceptionnels  
**Article 55 :** Action sociale  
**Article 56 :** Prêts d'honneur

**SECTION III : DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS**

**« SOINS DE SANTÉ » ET AUX PRESTATIONS ACCESSOIRES** .....13

- Article 57 :** Forclusion – Réclamation  
**Article 58 :** Exclusion de risques  
**Article 59 :** Fraude  
**Article 60 :** Subrogation

**SECTION IV : PRÉVOYANCE EN INTERMÉDIATION** .....14

- Article 61 :** Définition  
**Article 62 :** Prévoyance en inclusion  
**Article 63 :** Caution solidaire  
**Article 64 :** Autres prestations en intermédiation  
**Article 65 :** Cotisations liées à la prévoyance en intermédiation

**CHAPITRE VII : INFORMATION DES ADHÉRENTS** .....14

- Article 66 :** Information avant l'adhésion  
**Article 67 :** Suivi de l'information

**ANNEXES**

**Annexes I : Tableaux de prestations**

- A : Offre Vita Santé  
 B : Offre Mezzo Santé  
 C : Offre Multi Santé  
 D : Offre Prédi Santé

**Annexes II : Bulletins d'adhésions**

- A : Bulletin d'adhésion offres « référencées »  
 B : Bulletin d'adhésion offres hors référencement  
 C : Bulletin d'inscription membres bénéficiaires

**Annexes III : Indemnités journalières**

- A : Demande d'indemnités journalières  
 B : Certificat de position

**NB :** Les annexes suivantes font l'objet d'annexes séparées et sont disponibles gratuitement sur demande : Règlement Fédéral pour la couverture du risque hospitalisation (RFH), Protocole d'accord MFP/CNSD, Protocole d'accord MFP/médecins stomatologistes, Convention d'assistance à domicile IMA/UGIM, Contrat de prévoyance en inclusion MFPrévoyance, Questionnaire médical.



### > Article premier : Objet

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire (ci-après dénommé « l'adhérent ») et la Mutuelle Civile de la Défense (ci-après dénommée « la Mutuelle ») en ce qui concerne, notamment, les prestations et les cotisations. Il ne peut être modifié que par décision de l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les décisions de modifications sont portées à la connaissance des adhérents, conformément aux dispositions de l'article 78 des Statuts de la Mutuelle.

Il est indissociable de ses annexes que sont les tableaux de prestations, le bulletin d'adhésion, la demande d'inscription de membres bénéficiaires, le modèle de demande d'attribution d'indemnités journalières, le certificat de position conditionnant l'attribution desdites indemnités journalières, le Règlement Fédéral d'hospitalisation, le protocole d'accord Confédération Nationale des Syndicats Dentaires, la Convention d'Assistance à domicile, le contrat d'assistance à domicile IMA, le contrat de prévoyance en inclusion MFPrévoyance et le questionnaire médical.

## CHAPITRE 1<sup>er</sup> – L'ADHÉSION

### > Article 2 : Modalités d'adhésion

Les personnes physiques qui réunissent les conditions définies à l'article 9 des Statuts deviennent membres participants par la signature et la remise du bulletin d'adhésion, sous réserve des dispositions de l'article 4 du présent Règlement Mutualiste.

### > Article 3 : Durée de l'adhésion

L'adhésion à la Mutuelle Civile de la Défense est viagère. Elle ne peut prendre fin que :

- du fait de la démission de l'adhérent lui-même, formulée dans les conditions exposées aux articles 14 des Statuts et 14 du Règlement Intérieur de la Mutuelle;
- du fait de l'exclusion ou de la radiation de l'adhérent, prononcée pour les motifs et dans les conditions définies aux articles 15, 16 et 17 des Statuts et 15 et 16 du Règlement Intérieur de la Mutuelle.

### > Article 4 : Suites données à la demande d'adhésion

4.1 – **Compétence du Bureau de Section** : Le Bureau de Section reçoit délégation du Conseil d'Administration pour l'examen des demandes d'adhésion.

4.2 – **Transmission du bulletin d'adhésion** : Le bulletin d'adhésion est remis ou adressé au Bureau de Section dont dépend le candidat à l'adhésion d'après le lieu d'exercice de ses fonctions.

4.3 – **Recours en cas de rejet** : La décision du Bureau de Section sur la demande d'adhésion doit être motivée si elle est négative. Elle n'est notifiée à l'intéressé qu'en cas de rejet et dans le délai

d'un mois à compter de la réception du bulletin d'adhésion. Ce rejet peut faire l'objet d'un recours auprès du Conseil d'Administration. Ce recours doit être remis au Bureau de Section dans le délai d'un mois à compter de la notification du rejet. Le Bureau de Section le transmet, avec son avis motivé, au Président du Conseil d'Administration.

4.4 – **Adhésion des membres honoraires** : L'adhésion des membres honoraires n'est soumise à aucune formalité. Elle est faite indifféremment en Bureau de section ou au siège social. Les membres honoraires sont inscrits sur un registre spécial.

### > Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion a pour point de départ le premier jour du mois indiqué par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de non-rétroactivité et de la décision contraire du Bureau de Section acceptant l'adhésion. La Mutuelle fait parvenir au nouveau membre sa carte d'adhérent.

### > Article 6 : Responsabilité déclarative de l'adhérent

Les modifications qui surviendraient dans la situation familiale ou administrative des membres participants doivent être, dans tous les cas, signalées au Bureau de la Section à laquelle ils sont rattachés. La Mutuelle ne pourra être tenue responsable des conséquences d'une déclaration tardive faite par l'intéressé. Au cas où l'omission correspondrait à une intention frauduleuse, il pourrait être fait application des dispositions de l'article 59 du présent Règlement Mutualiste.

## CHAPITRE II – MEMBRES PARTICIPANTS

### > Article 7 : Répartition catégorielle

Les membres participants définis à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle se répartissent en deux groupes :

**I. Le groupe bénéficiant du dispositif prévu par le Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels (ci-après dénommé « dispositif de référencement »). Ce groupe est divisé en deux catégories :**

**La catégorie « A » (Actifs)** comprend les personnes visées aux articles 9.1) des Statuts de la Mutuelle et 16 du présent Règlement Mutualiste, qui sont en activité de service à temps plein ou à temps partiel, à l'exception des personnels relevant d'Établissements Publics Administratifs (EPA) n'intégrant pas le dispositif de référencement.

**La catégorie « I » (adhérents non actifs et assimilés)** comprend les personnes visées à l'article 9.1) des Statuts de la Mutuelle et 16 du présent Règlement Mutualiste – à l'exception des personnels

relevant d'EPA n'intégrant pas le dispositif de référencement – qui sont dans l'une des situations suivantes :

- I1 – Les membres retraités, âgés de soixante-cinq ans ou moins, qui n'exercent aucune activité rémunérée et les membres retraités pour invalidité à l'exception de ceux qui sont classés dans le groupe I des invalides du régime général de Sécurité sociale ;
- I2 – Les membres retraités âgés de plus de soixante-cinq ans qui n'exercent aucune activité rémunérée ;
- I3 – Les membres licenciés : soit par limite d'âge et âgés de soixante-cinq ans ou moins, soit par suppression d'emploi ou compression d'effectifs ; les membres rayés des contrôles de l'Administration pour raison de santé ou pour tout autre motif qu'une condamnation de droit commun ;
- I4 – Les membres retraités âgés de soixante-cinq ans ou moins, qui exercent une activité professionnelle et les membres retraités pour invalidité classés dans le groupe I des invalides du régime général de la Sécurité sociale ;
- I5 – Les membres de la catégorie « I3 » inscrits à un fonds de chômage ou âgés de plus de soixante ans.

- 16 - Les participants placés sur leur demande en congé postnatal ou pour charge de famille sans traitement ou sans salaire et les adhérents bénéficiaires d'un congé parental ;
- 17 - Les membres admis au bénéfice des articles 44 et 47 du décret n° 85-986 du 16 décembre 1985 relatifs à certaines modalités de mise en disponibilité des fonctionnaires, ou de l'article 24 (paragraphe 1, 3°) du Code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que les membres bénéficiaires d'un congé pour convenances personnelles.

## **II. Le groupe ne bénéficiant pas du dispositif de référencement, dit catégorie M. Il comprend :**

- les membres bénéficiaires devenant membres participants conformément aux dispositions de l'article 9 des Statuts de la Mutuelle,
- les personnes suivantes non bénéficiaires âgées de moins de 50 ans: conjoint de l'adhérent (ou assimilé) et enfants de l'adhérent devenant membres participants conformément aux dispositions de l'article 9 des Statuts de la Mutuelle,
- les membres relevant initialement de contrats collectifs et devenant adhérents statutaires dans les conditions fixées auxdits contrats et à l'article 10 des Statuts de la Mutuelle,
- Les personnes visées à l'article 9.1) des Statuts de la Mutuelle ne bénéficiant pas du dispositif de référencement.

Au-delà de l'âge de 50 ans, l'accès à la catégorie « M » n'est ouvert qu'en continuité de la protection de la Mutuelle. Les personnels en activité de service relevant d'EPA n'intégrant pas le dispositif de référencement ne sont pas concernés par cette limitation.

Cette catégorie comporte deux sous-catégories :

- MA) Les membres de la catégorie « M » exerçant une activité professionnelle,
- MI) Les membres de la catégorie « M » n'exerçant aucune activité professionnelle ou ayant fait valoir leurs droits à la retraite.

### **> Article 8 : Retraite**

Les membres de la catégorie « A » passent d'office dans la catégorie « I1, I2 ou I4 » lors de leur admission à la retraite.

Les membres de la catégorie « MA » passent d'office dans la catégorie « MI » lors de leur admission à la retraite.

### **> Article 9 : Autres cas de passage de la catégorie « A » à la catégorie « I »**

Les participants visés aux catégories « I3, I5, I6 ou I7 » passent de la catégorie « A » dans leur nouvelle catégorie à condition d'en faire la demande écrite au Bureau de Section concerné dans le

mois qui suit leur départ de l'Administration. La demande doit être accompagnée des pièces justificatives de la nouvelle situation.

### **> Article 10 : Date de prise d'effet du changement de catégorie de l'adhérent**

Le classement de l'adhérent dans sa nouvelle catégorie prend effet à dater du premier jour du mois suivant le changement intervenu dans sa situation administrative.

### **> Article 11 : Adhérents licenciés**

Assimilation à la situation de retraite : Les adhérents licenciés qui désirent bénéficier d'un classement en catégorie « I1 » et non en catégorie « I3 » doivent produire mensuellement un certificat d'inscription établi par l'Agence Nationale pour l'Emploi.

Licenciés avec activité : Les membres licenciés par limite d'âge, suppression d'emploi ou compression d'effectifs, classés en catégorie « I3 » sont admis d'office à compter du premier jour qui suit leur admission à la retraite en catégorie « I1 », qu'ils exercent ou non une activité rémunérée.

### **> Article 12 : Adhérent en suspension d'activité**

Les membres participants visés à la catégorie « I3 » et à la catégorie « I6 » sont admis dans cette catégorie à condition de continuer à prétendre à un titre quelconque aux prestations en nature de l'Assurance Maladie ou d'un régime de prévoyance analogue. Ces membres reprennent leur place en catégorie « A » à compter du jour où l'Administration les reprend en charge.

### **> Article 13 : Adhérent en position dite de sommeil**

L'adhérent qui bénéficie d'un congé sans traitement ou salaire et est à jour de ses cotisations peut, sur sa demande, continuer à figurer parmi les adhérents de la catégorie « I » en réglant la cotisation prévue à l'article 33 du présent Règlement Mutualiste. Il ne peut prétendre aux prestations de la Mutuelle ni pour lui-même, ni pour ses ayants droit. À l'expiration de son congé, il reprend le paiement des cotisations attachées à sa nouvelle situation administrative. Cette même position dite de sommeil est ouverte aux adhérents entrant dans le bénéfice d'un contrat collectif au titre de leur conjoint ou assimilé.

Toutefois ces adhérents peuvent également, par dérogation à la condition d'âge posée à l'article 22 du présent Règlement Mutualiste, intégrer la protection Prémi Santé.

## CHAPITRE III – LES MEMBRES BÉNÉFICIAIRES

### **> Article 14 : Définition**

Les membres bénéficiaires de l'adhérent sont les personnes visées à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle pour lesquelles l'adhérent demande l'ouverture des droits à prestations en nature et acquitte en contrepartie les cotisations définies par le présent Règlement Mutualiste.

### **> Article 15 : Déclaration de membres bénéficiaires**

Les personnes qui souhaitent adhérer mentionnent sur le bulletin d'adhésion les informations relatives aux membres de la famille énumérés à l'article 8 des Statuts.

L'extension des avantages, comme leur retrait, engage l'adhérent pour une période de 12 mois.

#### **15.1 Déclaration de membres bénéficiaires au moment de l'adhésion**

Les personnes qui souhaitent adhérer déterminent sur le bulletin d'adhésion les personnes qu'elles souhaitent voir acquérir la qualité de membres bénéficiaires de la Mutuelle au sens de l'article 8 des Statuts. Le bulletin d'adhésion doit être accompagné des pièces justificatives

requis permettant à la Mutuelle de constater le lien existant entre le postulant à l'adhésion et les personnes qu'il déclare comme membres bénéficiaires.

#### **15.2 : Déclaration de membres bénéficiaires postérieure à l'adhésion**

1. Extension à des ayants droit en Sécurité sociale : Le membre participant peut, à tout moment, demander l'extension des avantages de la Mutuelle à des bénéficiaires lorsque ceux-ci sont reconnus comme ayants droit de l'adhérent par les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie.
2. Extension au conjoint ou concubin notoire : Le membre participant peut, à tout moment, demander l'extension des avantages de la Mutuelle à son conjoint ou concubin notoire si ce dernier est âgé de moins de cinquante ans. Au-delà de son cinquantième anniversaire, le conjoint ou le concubin notoire n'est admis comme membre bénéficiaire que si l'adhérent en formule la demande dans les 12 mois qui suivent son adhésion ou son union (date de mariage ou début du concubinage notoire). La personne bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité est assimilée à un concubin notoire.

3. Situation des enfants : Les enfants peuvent être bénéficiaires de la Mutuelle jusqu'à l'âge de 28 ans, y compris lorsqu'ils cessent d'être pris en charge par l'Assurance Maladie au titre du membre participant ou du conjoint ou assimilé bénéficiaire.

Au-delà de 28 ans, il est proposé à l'enfant de l'adhérent de devenir lui-même adhérent de la Mutuelle s'il bénéficie à un titre quelconque des prestations en nature de l'Assurance Maladie.

#### > Article 16 : Situation des membres bénéficiaires en cas de décès du membre participant

Au décès du membre participant, son veuf ou sa veuve, son concubin ou sa concubine, la personne bénéficiant d'un Pacte Civil de Solidarité ainsi que ses enfants mineurs à charge qui perçoivent à un titre quelconque des prestations en nature de l'Assurance Maladie peuvent continuer à bénéficier des avantages prévus par le présent Règlement Mutualiste. Les veufs, veuves, concubins et concubines et bénéficiaires d'un Pacte Civil de Solidarité se substituent au défunt dans la qualité de membre participant et sont classés dans le groupe auquel appartenait l'adhérent tel que défini à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste, dans la catégorie correspondant à leur situation professionnelle. Ils acquittent les cotisations attachées à leur catégorie et acquièrent la totalité des droits mutualistes. Toutefois, les personnes non agents de l'État visées au présent paragraphe n'exerçant pas une activité salariée ne peuvent prétendre au bénéfice de la garantie « Indemnités Journalières » définie à l'article 48 du présent Règlement Mutualiste. Les enfants peuvent conserver la qualité de bénéficiaire ou, s'ils le souhaitent, devenir eux-mêmes membres participants.

#### > Article 17 : Orphelins de père et de mère

Les orphelins de père et de mère qui bénéficiaient des avantages de la Mutuelle au moment du décès du membre participant continuent à

avoir droit aux prestations prévues par le présent Règlement Mutualiste sans verser de cotisations s'ils ne sont pas salariés, poursuivent leurs études et perçoivent à un titre quelconque des prestations en nature de l'Assurance Maladie. Ces ayants droit conservent la qualité de bénéficiaires mais n'acquièrent pas celle de membres participants.

#### > Article 18 : Enfants handicapés

Les enfants handicapés, en invalidité à 80 % et plus, peuvent rester bénéficiaires de la Mutuelle après l'âge de vingt ans à condition d'être affiliés à un régime d'Assurance Maladie de la Sécurité sociale. Ces ayants droit conservent la qualité de membres bénéficiaires mais n'acquièrent pas celle de membres participants.

#### > Article 19 : Situation des membres bénéficiaires en cas de mobilisation ou captivité

Les conjoints et les ayants droits des membres participants mobilisés ou retenus en captivité peuvent rester bénéficiaires de la Mutuelle. Toutefois si le membre participant, ou le membre bénéficiaire substitué, continue à percevoir ses émoluments ou une solde au moins égale, les cotisations dues sont égales à 80 % de celles du membre participant en catégorie « A ». Ces personnes conservent la qualité de membres bénéficiaires mais n'acquièrent pas celle de membres participants.

#### > Article 20 : Membre bénéficiaire avec régime différent du régime général de la Sécurité sociale

Lorsque le membre bénéficiaire ne relève pas du régime général de la Sécurité sociale, l'intervention de celui-ci est reconstituée et la prestation mutualiste ne peut être plus élevée que celle qui serait attribuée au membre bénéficiaire relevant du régime général.

## CHAPITRE IV - GARANTIES

#### > Article 21 : Choix de la garantie

1. Les membres participants des catégories « A » et « I » définies à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste peuvent choisir une des trois garanties suivantes au moment de leur adhésion : Vita Santé, Mezzo Santé, Multi Santé.

Les membres bénéficiaires sont soumis au choix de l'adhérent. Les membres participants de la catégorie « A » agents de l'État ou exerçant une activité salariée bénéficient par ailleurs de la garantie « Indemnités Journalières » définie à l'article 48 du présent Règlement Mutualiste.

Les cotisations et prestations varient en fonction du choix exercé par le membre participant.

2. Les membres participants des catégories « MA » et « MI » définies à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste peuvent choisir une des trois garanties suivantes au moment de leur adhésion : Prédi Santé, Vita Santé, Multi santé.

#### > Article 22 : Changement de garantie

L'adhérent a la possibilité de modifier son choix de garantie initial à condition de respecter le principe d'annualité. Seul l'adhérent bénéficiant de l'offre Multi Santé est maintenu deux ans dans ce choix.

L'adhérent bénéficiant de l'offre Prédi Santé peut conserver cette offre jusqu'à l'année de son trente-cinquième (35<sup>e</sup>) anniversaire. Il doit, par la suite, choisir une autre offre dans le respect des dispositions de l'article 21 ci-dessus.

Toute sortie de l'offre Prédi Santé est définitive.

La demande de modification de garantie est donnée par écrit par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Bureau de Section concerné au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. Cette modification prend effet le 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## > Article 23 : Engagement de paiement de la cotisation

Chaque membre participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle qui est affectée à la couverture des prestations, principales et accessoires, directement assurées par la Mutuelle. Cette cotisation inclut les cotisations spéciales destinées aux organismes auxquels la Mutuelle adhère.

Les membres participants des catégories « A » et « I » s'engagent en outre au paiement de la cotisation affectée aux garanties de prévoyance en inclusion, s'ils réunissent les conditions et selon les montants et modalités fixés dans le contrat en inclusion MFPrévoyance figurant en annexe au présent Règlement Mutualiste.

## > Article 24 : Montant de la cotisation des membres participants des catégories « A » et « I »

La cotisation attachée à la protection de la Mutuelle résulte, pour la protection des membres participants des catégories « A » et « I », de l'addition de deux éléments : un pourcentage de l'assiette calculée en fonction des revenus liés à l'exercice d'une activité professionnelle (part proportionnelle), et un montant forfaitaire dépendant de l'âge du membre participant ainsi que du choix de la protection retenue. Le montant de la cotisation est indépendant de l'état de santé de l'adhérent, aucune formalité médicale n'étant requise par la Mutuelle, sous réserve des dispositions des articles 48 et 62 du présent Règlement Mutualiste.

### 1. Part proportionnelle

#### a) Assiette des cotisations

Les assiettes de cotisations sont déterminées annuellement et valent pour toute l'année civile. Pour le calcul du montant de la première cotisation, la situation de l'adhérent (activité, âge, indice, groupe/échelon, ou tout autre facteur intervenant pour la détermination de l'assiette) s'apprécie à la date d'effet de l'adhésion, excepté le calcul de l'assiette de cotisations qui s'apprécie en valeur au 30 septembre de l'année qui précède l'adhésion. Pour le calcul des cotisations de renouvellement, l'âge est apprécié au 1<sup>er</sup> janvier de la nouvelle année de couverture, les autres facteurs sont appréciés au 30 septembre précédant la date du renouvellement.

#### - Catégorie « A » (Actifs) :

Pour les actifs, y compris à temps partiel ou en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique, l'assiette de cotisations dédiée aux garanties « soins de santé » est calculée sur la base d'une activité professionnelle à temps plein et est égale :

- au Traitement Indiciaire Brut (TIB) ou assimilé si l'adhérent est fonctionnaire ou agent de droit public ;
- à 116 % du salaire de base hors prime si l'adhérent est ouvrier d'État ;
- le revenu brut soumis à cotisations sociales dans les autres cas.

En revanche, l'assiette de cotisations dédiée aux Garanties Indemnités Journalières est égale à la quotité du temps de travail rémunéré pour les adhérents à temps partiel, en cessation progressive d'activité ou en mi-temps thérapeutique.

#### - Catégorie « I » (non-actifs et assimilés) :

Pour cette catégorie, l'assiette de la cotisation est égale à :

- 75 % du TIB correspondant à l'indice servant au calcul de la pension si l'adhérent est retraité au titre de la Fonction Publique. En tout état de cause, dans le cas où les droits à pension sont calculés sur la base d'un minimum garanti par la Fonction Publique, le TIB de référence est le traitement afférent à l'indice réel de rémunération ayant servi à la comparaison avec le traitement afférent à l'indice minimum pour la détermination du montant de la pension ;
- 75 % de 116 % du salaire de base hors prime de la dernière année d'activité si l'adhérent est ouvrier d'État ou assimilé ;
- 75 % du dernier revenu d'activité déclaré à l'Administration fiscale dans les autres cas.
- Plafond de l'assiette : le montant ne peut être supérieur au plafond fixé pour les retenues de la Sécurité sociale en vigueur au

1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

- Plancher de l'assiette : le montant ne peut être inférieur à 40 % du plafond fixé pour les retenues de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

### b) Taux des cotisations

Le taux applicable aux assiettes ci-dessus définies est de :

- 1,27% pour les adhérents de la catégorie « A » dont 0,80 % pour les garanties « soins de santé » et 0,47 % pour les garanties « Indemnités Journalières » ;
- 0,80 % pour les adhérents de la catégorie « I ».

### 2. Part forfaitaire

À la partie proportionnelle de la cotisation ci-dessus définie s'adjoint un montant forfaitaire dépendant :

- de la garantie choisie par l'adhérent,
- de son âge, le montant s'appliquant au 1<sup>er</sup> janvier qui suit l'année au cours de laquelle l'âge indiqué a été atteint,
- de la catégorie dont il relève.

#### Catégorie « A »

Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Âge	VITA SANTÉ	MEZZO SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	7,00 €	8,00 €	15,00 €
20 à 24 ans	12,00 €	13,00 €	23,00 €
25 à 29 ans	19,00 €	20,00 €	30,00 €
30 à 34 ans	28,00 €	29,00 €	38,00 €
35 à 39 ans	31,00 €	32,00 €	43,00 €
40 à 44 ans	33,00 €	34,00 €	48,00 €
45 à 49 ans	36,00 €	37,00 €	54,00 €
50 à 54 ans	40,00 €	41,00 €	61,00 €
55 à 59 ans	45,00 €	46,00 €	68,00 €
60 à 64 ans	50,00 €	52,00 €	75,00 €
65 à 69 ans	50,00 €	52,00 €	75,00 €
70 ans et plus	50,00 €	52,00 €	75,00 €

Les montants ci-dessus définis sont diminués uniformément de la participation de l'État visée par le Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 pour les adhérents admis au bénéfice de ce décret. Tant que cette participation n'est pas connue, chaque forfait mensuel exprimé ci-dessus est diminué de 5 €, un forfait ne pouvant toutefois être négatif.

#### Catégorie « I »

Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Âge	VITA SANTÉ	MEZZO SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	7,00 €	8,00 €	14,00 €
20 à 24 ans	12,00 €	13,00 €	20,00 €
25 à 29 ans	15,00 €	17,00 €	25,00 €
30 à 34 ans	20,00 €	22,00 €	30,00 €
35 à 39 ans	23,00 €	26,00 €	35,00 €
40 à 44 ans	25,00 €	30,00 €	39,00 €
45 à 49 ans	27,00 €	34,00 €	42,00 €
50 à 54 ans	31,00 €	38,00 €	47,00 €
55 à 59 ans	35,00 €	42,00 €	58,00 €
60 à 64 ans	40,00 €	47,00 €	65,00 €
65 à 69 ans	44,00 €	51,00 €	71,00 €
70 ans et plus	50,00 €	57,00 €	79,00 €



> Article 25 : **Montant de la cotisation des membres participants des catégories « MA » et « MI »**

Leur cotisation est entièrement forfaitaire et dépend de l'âge du membre participant ainsi que du choix de la protection retenue.

**Catégorie « MA »**

Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Âge	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	10,00 €	13,00 €	26,00 €
20 à 24 ans	17,00 €	25,00 €	33,00 €
25 à 29 ans	19,00 €	33,00 €	40,00 €
30 à 34 ans	21,00 €	40,00 €	47,00 €
35 à 39 ans	23,00 €	43,00 €	55,00 €
40 à 44 ans	25,00 €	46,00 €	63,00 €
45 à 49 ans	28,00 €	50,00 €	71,00 €
50 à 54 ans	30,00 €	55,00 €	81,00 €
55 à 59 ans	32,00 €	60,00 €	91,00 €
60 à 64 ans	34,00 €	65,00 €	101,00 €
65 à 69 ans	37,00 €	70,00 €	104,00 €
70 ans et plus	37,00 €	70,00 €	104,00 €

La minoration liée au décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 n'est pas applicable aux adhérents de la catégorie « MA ».

**Catégorie « MI »**

Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010

Âge	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	10,00 €	13,00 €	26,00 €
20 à 24 ans	17,00 €	25,00 €	33,00 €
25 à 29 ans	19,00 €	33,00 €	40,00 €
30 à 34 ans	21,00 €	40,00 €	47,00 €
35 à 39 ans	23,00 €	43,00 €	55,00 €
40 à 44 ans	25,00 €	46,00 €	63,00 €
45 à 49 ans	28,00 €	50,00 €	71,00 €
50 à 54 ans	30,00 €	55,00 €	81,00 €
55 à 59 ans	32,00 €	60,00 €	91,00 €
60 à 64 ans	34,00 €	65,00 €	101,00 €
65 à 69 ans	37,00 €	70,00 €	104,00 €
70 ans et plus	37,00 €	70,00 €	104,00 €

> Article 26 – **Montant de la cotisation des conjoints bénéficiaires et assimilés**

Le membre participant souhaitant faire bénéficier son conjoint bénéficiaire (ou assimilé au sens de l'article 15.2 du Règlement Mutualiste) des prestations de la Mutuelle doit s'acquitter d'une cotisation forfaitaire spécifique.

Cette cotisation est dépendante :

- du choix de la protection (prestations en nature) apportée au conjoint, laquelle ne peut être différente de celle retenue par l'adhérent pour lui-même,
- de la situation du conjoint au regard de l'Assurance Maladie selon qu'il est, pour celle-ci, ayant droit (à charge) de l'adhérent ou personnellement assuré social (non à charge),
- de l'âge du conjoint: le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'opère au 1<sup>er</sup> janvier suivant l'anniversaire.

**Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010**

Conjoints des adhérents bénéficiant du dispositif de référencement (groupe I défini à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste)

Âge	VITA SANTÉ		MEZZO SANTÉ		MULTI SANTÉ	
	A charge	Non à charge	A charge	Non à charge	A charge	Non à charge
Moins de 20 ans	7,00 €	15,00 €	8,00 €	16,00 €	11,00 €	24,00 €
20 à 24 ans	12,00 €	20,00 €	13,00 €	21,00 €	17,00 €	29,00 €
25 à 29 ans	15,00 €	24,00 €	16,00 €	25,00 €	22,00 €	34,00 €
30 à 34 ans	18,00 €	28,00 €	20,00 €	30,00 €	28,00 €	40,00 €
35 à 39 ans	21,00 €	31,00 €	23,00 €	33,00 €	35,00 €	46,00 €
40 à 44 ans	24,00 €	34,00 €	26,00 €	36,00 €	40,00 €	52,00 €
45 à 49 ans	27,00 €	37,00 €	29,00 €	40,00 €	46,00 €	59,00 €
50 à 54 ans	30,00 €	41,00 €	32,00 €	44,00 €	52,00 €	66,00 €
55 à 59 ans	34,00 €	46,00 €	36,00 €	49,00 €	57,00 €	73,00 €
60 à 64 ans	39,00 €	51,00 €	41,00 €	54,00 €	62,00 €	80,00 €
65 à 69 ans	43,00 €	57,00 €	45,00 €	60,00 €	67,00 €	87,00 €
70 ans et +	47,00 €	63,00 €	49,00 €	66,00 €	72,00 €	94,00 €

Conjoints des adhérents ne bénéficiant pas du dispositif de référencement (groupe II défini à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste)

Âge	PREMI SANTÉ		VITA SANTÉ		MULTI SANTÉ	
	A charge	Non à charge	A charge	Non à charge	A charge	Non à charge
Moins de 20 ans	8,00 €	10,00 €	11,00 €	13,00 €	24,00 €	26,00 €
20 à 24 ans	15,00 €	17,00 €	23,00 €	25,00 €	31,00 €	33,00 €
25 à 29 ans	17,00 €	19,00 €	31,00 €	33,00 €	38,00 €	40,00 €
30 à 34 ans	19,00 €	21,00 €	38,00 €	40,00 €	45,00 €	47,00 €
35 à 39 ans	21,00 €	23,00 €	41,00 €	43,00 €	53,00 €	55,00 €
40 à 44 ans	23,00 €	25,00 €	44,00 €	46,00 €	61,00 €	63,00 €
45 à 49 ans	26,00 €	28,00 €	48,00 €	50,00 €	69,00 €	71,00 €
50 à 54 ans	28,00 €	30,00 €	53,00 €	55,00 €	79,00 €	81,00 €
55 à 59 ans	30,00 €	32,00 €	58,00 €	60,00 €	89,00 €	91,00 €
60 à 64 ans	32,00 €	34,00 €	63,00 €	65,00 €	99,00 €	101,00 €
65 à 69 ans	35,00 €	37,00 €	68,00 €	70,00 €	102,00 €	104,00 €
70 ans et +	35,00 €	37,00 €	68,00 €	70,00 €	102,00 €	104,00 €

> Article 27 – **Montant de la cotisation des enfants bénéficiaires**

Le membre participant souhaitant faire bénéficier son ou ses enfants des prestations de la Mutuelle doit s'acquitter d'une cotisation spécifique pour chacun d'entre eux.

Cette cotisation est dépendante :

- du choix de la protection (prestations en nature) apportée à ou aux enfants, laquelle ne peut être différente de celle retenue par l'adhérent pour lui-même,
- de l'âge de l'enfant ou des enfants : le passage d'une tranche d'âge à l'autre s'opère au 1<sup>er</sup> janvier suivant l'anniversaire.

Au-delà des deux premiers enfants, la protection des autres enfants est garantie sans cotisation supplémentaire.

**Tableau des montants mensuels forfaitaires au 1<sup>er</sup> janvier 2010**  
Enfants des adhérents bénéficiant du dispositif de référencement  
(groupe I défini à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste)

Âge	VITA SANTÉ	MEZZO SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	14,00 €	16,00 €	22,00 €
20 à 24 ans	19,00 €	22,00 €	27,00 €
25 à 29 ans	23,00 €	24,00 €	31,00 €

Enfants des adhérents ne bénéficiant pas  
du dispositif de référencement  
(groupe II défini à l'article 7 du présent Règlement Mutualiste)

Âge	PREMI SANTÉ	VITA SANTÉ	MULTI SANTÉ
Moins de 20 ans	10,00 €	14,00 €	24,00 €
20 à 24 ans	15,00 €	20,00 €	28,00 €
25 à 29 ans	20,00 €	23,00 €	32,00 €

#### > Article 28 – Évolution des cotisations pour les montants forfaitaires

Les montants forfaitaires des cotisations – membres participants et membres bénéficiaires – sont revalorisés annuellement en fonction de l'indice national de la Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM). L'indice pris en compte est celui publié au 1er novembre qui précède l'année pour laquelle la cotisation est due.

Les montants forfaitaires attachés aux protections PREMI Santé et VITA Santé évoluent annuellement en considérant 60 % de ce même taux. Les montants forfaitaires attachés à la protection MEZZO Santé évoluent annuellement en considérant 80 % de ce même taux.

Les montants forfaitaires attachés à la protection MULTI Santé sont affectés annuellement de ce taux.

#### > Article 29 – Situation particulière des adhérents relevant de l'article L.115 Du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

Les membres participants bénéficiant de l'article L.115 du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de la Guerre règlent, au titre de la partie forfaitaire de la cotisation, 50 % du montant en vigueur.

#### > Article 30 – Situation particulière des adhérents et membres bénéficiaires relevant du régime dit « Alsace-Moselle »

Les membres participants et bénéficiaires relevant du régime d'Assurance Maladie dit « Alsace-Moselle » règlent, au titre de la partie forfaitaire, 80 % du montant en vigueur.

#### > Article 31 – Majoration de cotisation des adhérents des catégories « A » et « I »

En application de l'article 15 du Décret n° 2007-1373 précité et de l'arrêté du 19 décembre 2007, une majoration s'applique sur la totalité de la cotisation due par l'adhérent lorsque l'adhésion à la Mutuelle intervient après l'âge de 30 ans, plus de deux ans après la date d'entrée dans la Fonction Publique d'État. Cette majoration est de 2 % par année écoulée entre cette date de référence et la date d'adhésion. Cette majoration s'appliquera à compter de la deuxième année d'entrée en vigueur de la convention de référencement.

Lors de chaque renouvellement de la convention de référencement, le coefficient de majoration est diminué de 0,5 % par année cotisée avant soixante ans depuis la date la plus récente entre le renouvellement de la dernière convention et la dernière adhésion. Lorsque le résultat de ce calcul conduit à une majoration négative, la majoration est fixée à 0. La majoration est nulle ou atténuée si, au moment de son adhésion, le membre produit une attestation démontrant qu'il était antérieurement protégé par un organisme référencé au titre du Décret susvisé.

#### > Article 32 - Minoration de cotisation des adhérents de la catégorie « A »

Lorsque l'adhésion intervient dans les douze mois qui suivent le recrutement dans la Fonction Publique, l'adhérent est, pendant les deux mois qui suivent la date d'effet de son adhésion, exonéré du paiement de l'intégralité de sa cotisation.

Cette exonération s'applique également à tout agent de l'État âgé de moins de trente ans à la date de son adhésion.

#### > Article 33 - Cotisation dite de sommeil

La cotisation annuelle due par l'adhérent placé en position dite de sommeil telle que définie à l'article 13 du présent Règlement Mutualiste est égale à 0,70 % du traitement budgétaire correspondant à l'indice 100 brut de rémunération de la Fonction Publique en vigueur au 1er novembre de l'année précédant celle pour laquelle la cotisation est due.

#### > Article 34 – Cotisation de l'enfant handicapé

L'enfant handicapé, membre bénéficiaire de la Mutuelle en invalidité à 80 % et plus, est exonéré de tout paiement de cotisation quel que soit son âge.

#### > Article 35 – Modalités de paiement de la cotisation

Les cotisations sont dues à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article 5 du présent Règlement Mutualiste.

Toute omission ou fausse déclaration faisant suite aux renseignements fournis par l'adhérent pour permettre le calcul de sa cotisation entraîne son exclusion de la Mutuelle en application de l'article 16 des Statuts.

**35.1 – Adhérents de la catégorie « A » :** Par suite de leur affiliation à la Mutuelle, ces adhérents autorisent la Mutuelle à faire effectuer la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables sur leur rémunération. Cette retenue ne peut être effectuée que sur accord de la Mutuelle. Les modalités de prélèvements des cotisations sur la rémunération des adhérents de la catégorie « A » sont déterminées par des instructions interministérielles auxquelles doivent se conformer la Mutuelle aussi bien que les services chargés du paiement des traitements et salaires.

Le Pôle de Gestion dont dépend l'adhérent prélève les cotisations (ou compléments de cotisations) de l'adhérent en congé de maladie sur les indemnités journalières qui lui sont servies. Au cas où le droit aux dites indemnités ne serait pas ouvert, l'adhérent devrait faire parvenir à ce même Pôle de Gestion sa cotisation entière (ou son complément de cotisation).

Lorsque le prélèvement de la cotisation entière n'a pu être effectué par le service payeur ou lorsque l'adhérent ne perçoit de l'Administration aucun des émoluments précités, celui-ci doit faire parvenir au Pôle de Gestion concerné, soit sa cotisation dont le montant est égal à celui du mois précédant la maladie, soit le complément de ladite cotisation si une partie seulement a été prélevée par ce service payeur.

**35.2 – Adhérents des catégories « I », « MA » et « MI » :** La cotisation sera prélevée sur le compte bancaire de ces adhérents, redevables des cotisations visées aux articles 24 à 28 ci-dessus. Lorsque celles-ci ne peuvent être prélevées, ces adhérents doivent effectuer le versement de leurs cotisations le 1<sup>er</sup> de chaque trimestre civil auprès du Pôle de Gestion auquel ils sont rattachés. Toutefois, ces versements peuvent être effectués à l'avance et semestriellement ou annuellement.

Chaque adhérent devenant redevable de la cotisation de la catégorie « I », qui constaterait que l'indice ou le groupe et échelon utilisés par la Mutuelle pour calculer l'assiette de sa cotisation ne correspondent pas à ceux retenus pour le calcul de sa pension ou retraite, aurait à communiquer auprès de son Bureau de Section la copie de son brevet de pension ou tous autres documents justificatifs.

#### > Article 36 : Adhèrent mobilisé ou en captivité

Le membre participant mobilisé ou en captivité est dispensé du paiement de ses cotisations. Il n'a pas le droit aux avantages accordés par la Mutuelle pendant la durée de sa mobilisation ou de sa captivité. Ses ayants droit continuent à bénéficier des avantages de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 19 du présent Règlement Mutualiste. Le membre participant bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle pourvu qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Si l'intéressé n'a pas repris le paiement de sa cotisation à l'expiration du délai d'un an à compter de son retour, la radiation sera prononcée d'office par le Conseil d'Administration.

#### > Article 37 : Membres honoraires

Les membres honoraires visés au dernier alinéa de l'article 8 des Statuts paient une cotisation annuelle qui ne peut être inférieure au quart de la cotisation individuelle minimale des adhérents de la catégorie « I ».

#### > Article 38 : Défaut de paiement des cotisations

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre en justice le recouvrement des cotisations dues, le Bureau de Section qui constate le défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, engage la procédure prévue à l'article 15 du Règlement Intérieur de la Mutuelle en adressant à l'adhérent une mise en demeure l'informant qu'à défaut de paiement sous trente jours, les droits se trouveront suspendus. Cette même mise en demeure notifiée qu'en cas de non-régularisation dans les dix jours suivant la suspension des droits, il sera procédé à la radiation de l'intéressé. Tous frais de procédure, envois de lettres recommandées, etc. sont à la charge de l'adhérent.

Avant de prononcer une radiation pour défaut de paiement de cotisation, le Bureau de Section procède à l'enquête prévue à l'article 15 (alinéa 15.2) du Règlement Intérieur de la Mutuelle.

## CHAPITRE VI – PRESTATIONS

### SECTION I : PRESTATIONS « SOINS DE SANTÉ »

#### > Article 39 : Nature des prestations

La Mutuelle assure la couverture des prestations décrites dans les tableaux de prestations figurant en annexe I au présent Règlement Mutualiste, dans les limites qui y sont définies.

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle prend en charge 100 % du ticket modérateur sur les actes suivants dans toutes les offres proposées aux adhérents :

- Scellement des sillons sur les premières et deuxième molaires avant 14 ans ;
- Détartrage une fois par an ;
- Bilan du langage oral et écrit avant 14 ans ;
- Dépistage de l'hépatite B ;
- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans tous les 5 ans ;
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans tous les 6 ans ;
- Toutes les vaccinations inscrites sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 (article R 871-2).

Le droit aux prestations visées aux précédents alinéas s'ouvre à la date d'effet de l'adhésion, telle que définie à l'article 5 du présent Règlement Mutualiste.

#### > Article 40 : Principe de complémentarité

La Mutuelle Civile de la Défense fonctionne principalement comme Mutuelle complémentaire de l'Assurance Maladie. Toutefois, elle peut garantir des prestations hors intervention de l'Assurance Maladie, pour soins prescrits, ce qui est alors expressément spécifié dans la définition de cette garantie (optique, dentaire). Les prestations sont dues, qu'elles correspondent à des soins de santé délivrés pour fait de maladie ou pour fait d'accident.

#### > Article 41 : Libre choix du praticien

Le malade choisit librement ses praticiens et établissements hospitaliers. Ces établissements doivent être agréés par l'Assurance Maladie.

#### > Article 42 : Pièces justificatives

Les prestations de maladie sont payées sur production du décompte de prestations remis au mutualiste par les Caisses d'Assurance

Maladie. Au cas où un mutualiste est dans l'obligation de conserver le décompte de prestations de l'Assurance Maladie, le Pôle de Gestion dont il dépend doit le lui rendre, après en avoir pris copie et y avoir apposé la marque évitant les doubles paiements. Dans le cas où les indications portées sur ces décomptes ne seraient pas suffisamment claires, le Bureau de Section pourrait demander aux services de l'Assurance Maladie les explications nécessaires.

Les prestations attribuées pour des actes refusés par la Sécurité sociale sont payées sur production de la notification de refus de l'Assurance Maladie, de la prescription médicale et de la facture acquittée.

En cas de soins dispensés dans un établissement ayant passé convention avec la Caisse d'Assurance Maladie qui, payant directement à l'établissement le montant de ses prestations, ne délivre pas de décompte à l'assuré, les prestations sont payées sur remise du récépissé délivré à l'adhérent par l'établissement.

#### > Article 43 : Hospitalisation

L'acquiescement des prestations en médecine, maternité, psychiatrie et chirurgie résulte de l'application du Règlement Fédéral d'Hospitalisation établi par la Fédération de la Mutualité Fonction Publique et joint en annexe au présent Règlement Mutualiste.

Lorsque la dispense d'avance de la participation mutualiste ne peut être obtenue au titre d'une relation conventionnelle, l'adhérent paie lui-même l'établissement de soins et le praticien. Il demande le paiement des prestations auxquelles il a droit à son centre de Sécurité sociale. Il remet ensuite à la Mutuelle les décomptes des remboursements de l'Assurance Maladie. La Mutuelle lui paie la prestation normale prévue par le présent Règlement Mutualiste.

Ne sont prises en charge par la Mutuelle que les interventions remboursées par les organismes gestionnaires de l'Assurance Maladie. Par conséquent, pour obtenir les prestations de la Mutuelle, l'adhérent est tenu de se soumettre à toutes les formalités et à tous les contrôles prescrits par ces organismes.

#### > Article 44 : Contrôle médical

Les adhérents malades doivent se soumettre au contrôle administratif ou médical, sous peine de déchéance du droit aux prestations. Chaque Bureau de Section peut faire contrôler à tout moment les malades auxquels la Mutuelle sert des prestations, par un médecin contrôleur ou par les assistants de services sociaux. Il peut faire procéder à toutes enquêtes utiles. Le cas échéant, les abus, lacunes ou irrégularités constatés doivent lui être signalés.

#### > Article 45 : Cas de limitation de prestations

En application de la législation, la Mutuelle doit limiter sa prestation s'il est constaté que son intervention conduit à un cumul de remboursements supérieur à la dépense engagée par l'adhérent.

#### > Article 46 : Exonération du ticket modérateur\*

Les prestations en nature dispensées du ticket modérateur n'ouvrent pas droit aux prestations, hormis lorsque la prestation est définie comme allant au-delà du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et pour la partie de la dépense supérieure à ce tarif. Il en est de même lorsque le ticket modérateur\* est remboursé à l'intéressé soit par l'Administration, soit par tout autre organisme en vertu d'un statut particulier.

## SECTION II – PRESTATIONS ACCESSOIRES

#### > Article 47 : Définition

Les prestations accessoires, assurées directement par la Mutuelle, sont celles qui n'ont pas pour objet de participer au remboursement de soins de santé mais sont directement liées à des conséquences de la dégradation de l'état de santé. Elles sont dues au membre participant, et, dans certains cas, à ses membres bénéficiaires, au même titre que les prestations citées au titre de la section I « soins de santé » et ne peuvent être ouvertes qu'à des adhérents ou à des membres bénéficiaires.

### SOUS-SECTION 1 : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

#### > Article 48 : Définition et montant de l'indemnité

En cas d'arrêt de travail, causé par maladie ou accident, entraînant une perte partielle ou totale de traitement ou de salaire, une indemnité journalière est versée aux membres participants de la catégorie « A » agents de l'État ou salariés, à compter du premier jour de la perte de traitement ou salaire, sous réserve des dispositions prévues aux articles 49 et 50 ci-dessous.

Lorsque l'adhésion intervient plus de 5 ans après l'entrée dans la Fonction Publique ou le début d'une activité salariée, l'ouverture du droit à la garantie « Indemnités Journalières » est soumise au respect des conditions figurant dans le questionnaire médical auquel doit répondre l'adhérent.

Cette indemnité journalière est égale au trentième des 75 % de l'assiette de cotisations définie à l'article 24 du présent Règlement Mutualiste, déduction faite, le cas échéant, de la rémunération réduite servie par l'Administration ou des allocations de l'Assurance Maladie et des allocations des régimes de prévoyance auxquels la Mutuelle a affilié certains de ses adhérents. Au cas où l'adhérent est hospitalisé, les allocations des régimes d'Assurance Maladie ou de prévoyance sont réputées maintenues au taux complet.

L'indemnité journalière est de 1/30<sup>e</sup> des 25 % de ladite assiette de cotisations quand l'adhérent est en congé avec demi-traitement ou salaire ou lorsque l'adhérent est admis au bénéfice de l'invalidité temporaire au taux de 50 %.

En application de la législation, le calcul ci-dessus ne peut conduire à une indemnisation supérieure à la perte de rémunération subie par l'adhérent.

Le calcul de l'indemnité allouée aux personnels à salaire horaire ou journalier s'effectue en considérant la rémunération moyenne des trois derniers mois d'activité complète.

La rémunération servant de base au calcul de l'indemnité journalière est celle que le membre participant percevait s'il était en service.

Il en résulte, en particulier, que lorsqu'une augmentation de traitement ou de salaire intervient, il appartient aux Bureaux de Section, s'ils en sont saisis par les adhérents concernés, de réviser la situation des mutualistes bénéficiaires d'indemnités journalières. L'adhérent à cet effet doit demander à son service administratif les éléments permettant de réviser la base de l'indemnité telle qu'elle est définie ci-dessus. À dater de la prise d'effet de cette augmentation, le taux de la prestation mutualiste est calculé sur cette nouvelle base.

Le Conseil d'Administration peut suspendre, réduire ou supprimer l'indemnité journalière au cas où le membre participant se refuserait à se soumettre aux contrôles visés à l'article 50 ci-après.

Les adhérents de la catégorie « MA » ne bénéficient pas de la garantie « Indemnités Journalières » définie au présent article.

#### > Article 49 : Délais d'attribution des indemnités journalières

Le droit à indemnités journalières est ouvert aux membres participants de la catégorie « A » dès le premier jour de prise d'effet de l'adhésion déterminée à l'article 5 du présent Règlement Mutualiste.

L'indemnité journalière est due à compter du premier jour de perte de salaire et pour chaque jour ouvrable ou non d'une période comportant perte de traitement ou salaire.

L'indemnité journalière peut être attribuée pendant 1095 (mille quatre-vingt quinze) jours à compter du premier jour de perte de traitement ou salaire indemnisée.

Toute nouvelle interruption de service de l'adhérent intervenant moins de trois mois après la reprise de ses fonctions est réputée causée par la même maladie, et n'ouvre pas de nouveau délai pour le paiement de l'indemnité journalière, à moins que le mutualiste puisse apporter la preuve qu'il s'agit d'une nouvelle maladie. Dans ce cas, et dans le cas où la nouvelle interruption intervient plus de trois mois après la première, un nouveau délai de 1095 (mille quatre-vingt quinze) jours est ouvert, sauf si la Mutuelle fait la preuve qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle maladie. Dans tous les cas, une enquête médicale peut être prescrite.

#### > Article 50 : Conditions d'attribution des indemnités journalières

L'indemnité journalière est attribuée sur la demande de l'adhérent dans le mois qui suit la perte partielle ou totale de traitement ou de salaire.

Elle est subordonnée à l'obligation pour l'allocataire :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ou les autorités sanitaires compétentes,
- de se soumettre aux visites médicales et aux contrôles organisés par la Mutuelle,
- de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte subie par l'adhérent.

L'indemnité journalière n'est acquise qu'en cas d'incapacité de travail médicalement constatée. Par conséquent, les congés sans salaire pour allaitement n'ouvrent pas droit au service de cette indemnité.

En cas de mise à la retraite ou de décès d'un membre participant, les indemnités en cours d'attribution sont dues si l'Administration verse le traitement ou salaire du mois au cours duquel intervient l'admission à la retraite ou le décès.

\* Ticket modérateur : Différence laissée à la charge de l'assuré social entre le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et le remboursement de celle-ci.

### > Article 51 : Procédures de paiement des indemnités journalières

Pour obtenir le paiement de l'indemnité journalière, le membre participant de la catégorie « A » doit adresser à la Mutuelle une demande et un certificat de son Chef de service (des modèles figurant en annexes) constatant qu'il est en congé administratif de maladie régulière et qu'il est privé de la totalité ou d'une partie de ses émoluments. Le certificat de position doit, en outre, indiquer les dates de modification ou de suppression de la rémunération et, le cas échéant, le montant de la rémunération réduite servie par l'Administration. Si l'intéressé perçoit des allocations journalières de l'Assurance Maladie, il doit joindre à ce certificat le décompte ou son duplicata qui lui sont remis par la Caisse d'Assurance Maladie.

Toute demande de paiement de l'indemnité journalière présentée plus de vingt-quatre mois après la date de privation de salaire ou de traitement (ou la date du décompte produit par l'Assurance Maladie pour les salariés de droit privé) est frappée de forclusion. Toutefois, l'indemnité peut être attribuée sur décision spéciale du Conseil d'Administration dans le cas où il serait constaté que la responsabilité du retard apporté dans la présentation de la demande n'incombe pas au membre participant ou bien s'il s'agit d'un cas de force majeure.

## SOUS-SECTION II – FONDS DE SOLIDARITÉ ET D'ENTRAIDE

### > Article 52 : Objet

L'Assemblée Générale de la Mutuelle fixe chaque année un fonds de solidarité et d'entraide au plus égal à 1 % de l'ensemble des cotisations nettes de réassurance perçues l'année précédente. Ce fonds est destiné à allouer des secours et prestations exceptionnels et à dispenser l'action sociale.

### > Article 53 : Prestations sociales exceptionnelles

Le Conseil d'Administration peut allouer à des adhérents des prestations sociales exceptionnelles pour des besoins urgents au cas où les prestations fixées par le présent Règlement Mutualiste couvriraient de façon nettement insuffisante, au regard des revenus des adhérents concernés, des dépenses occasionnées par des cas de force majeure. Lorsque le Bureau de Section, après avoir attribué par délégation du Conseil d'Administration une prestation sociale exceptionnelle dans les limites fixées par cette délégation, estime que, compte tenu de la situation particulière du membre participant, la couverture totale assurée par l'Assurance Maladie et la Mutuelle est nettement insuffisante, il doit adresser le dossier complet au Conseil d'Administration avec tous les éléments d'appréciation et son avis motivé.

### > Article 54 : Secours exceptionnels

Par délégation du Conseil d'Administration, le Bureau du Conseil d'Administration peut allouer des secours exceptionnels à des adhérents placés dans des situations sociales imprévues et graves, pour faire face à des dépenses urgentes, s'il est considéré que l'intervention relève d'une nécessité d'expression de la solidarité de la collectivité mutualiste.

### > Article 55 : Action sociale

Le Conseil d'Administration peut décider d'apporter le soutien de la Mutuelle à des œuvres sociales d'intérêt général lorsque la mission de ces œuvres contribue à l'amélioration des conditions de vie sanitaire et sociale des adhérents. Il peut subventionner, acquérir des lits, places, réservations dans des réalisations mutualistes et de l'économie sociale (Centres d'aides par le Travail, Maisons pour personnes âgées dépendantes, etc.) si au moins un adhérent ou un membre bénéficiaire est susceptible d'avoir recours à la réalisation concernée. Le Conseil d'Administration peut décider d'imputer sur le fonds de solidarité et d'entraide une partie de la cotisation des

adhérents de la catégorie « I » redevables de la cotisation minimale, s'il constate que le paiement de la cotisation minimale peut exclure de fait un adhérent de sa possibilité économique d'accéder à la protection mutualiste.

### > Article 56 : Prêts d'honneur

La Mutuelle consent aux membres participants des prêts pour faire face aux nécessités de la vie courante ou à des frais motivés par des événements graves, compromettant pour une période déterminée l'équilibre financier du ménage. Le prêt est d'un montant choisi par l'adhérent et comporte les modalités de remboursement suivantes :

- Prêt A : 282 € = 12 mensualités égales à 23,50 €
- Prêt B : 600 € = 16 mensualités égales à 37,50 €
- Prêt C : 920 € = 20 mensualités égales à 46,00 €

Le remboursement s'opère avec un différé de 4 mois. Les prêts ne sont pas frappés d'intérêts. Une participation aux frais de gestion, d'un montant fixe de 0,61 € par échéance payable à la mise en place du prêt, est mise à la charge de l'adhérent.

Le montant global constituant le maximum des prêts pouvant être consentis ne peut être supérieur à un montant fixé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Les opérations du service des prêts font l'objet de comptes séparés, vérifiés par la Commission de Contrôle Statutaire visée à l'article 75 des Statuts de la Mutuelle et dont les résultats annuels sont intégrés dans la comptabilité générale de la Mutuelle.

## SECTION III – DISPOSITIONS COMMUNES AUX PRESTATIONS « SOINS DE SANTÉ » ET AUX PRESTATIONS ACCESSOIRES

### > Article 57 : Forclusion – Réclamation

Les demandes de paiement des prestations et de versement des indemnités journalières, accompagnées des justificatifs, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de vingt-quatre mois. Ce délai court à compter de la date du décompte produit par l'Assurance Maladie, ou, pour les actes ou fournitures non pris en charge par l'Assurance Maladie, de la date de la facture.

Les réclamations relatives au paiement ou au refus de paiement des prestations ou indemnités journalières ne seront admises qu'au cours des six mois qui suivent la date du paiement ou de son refus.

### > Article 58 : Exclusion de risques

Les maladies et blessures susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice, soit de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, soit de l'article L.115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de Guerre ne donnent pas droit au paiement des diverses prestations en nature prévues par le présent règlement. Ne donnent droit à aucune prestation les maladies, blessures et décès résultant d'une rixe ou d'une émeute s'il est prouvé que le membre participant ou un membre de sa famille a été l'agresseur ou lorsque l'indemnisation est prévue par une réglementation particulière, notamment en matière de dommages de guerre ou d'accidents avec tiers responsable.

La Mutuelle ne rembourse pas les interventions, quelle qu'en soit la nature, pratiquées à la suite :

- d'un accident du travail ;
- d'une infirmité donnant droit au bénéfice des dispositions de l'article L.115 du Code des Pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;
- d'un des faits suivants : mutilation volontaire, duel, tentative de suicide, participation volontaire à une rixe, participation



directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère, cataclysme ayant le caractère de force majeure.

#### > Article 59 : Fraude

En cas de fraude dûment constatée à l'occasion d'une demande de prestation ou d'indemnités journalières, le Conseil d'Administration peut, après avoir recueilli l'avis du Bureau de Section et les explications des intéressés, prononcer l'exclusion prévue à l'article 16 des Statuts, sans préjudice de tout recours judiciaire de la Mutuelle.

#### > Article 60 : Subrogation

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.

### SECTION IV : PRÉVOYANCE EN INTERMÉDIATION

#### > Article 61 : Définition

L'exercice de l'intermédiation en assurance permet aux adhérents, conformément aux dispositions de l'article L116-1 du Code de la Mutualité, d'accéder à des prestations des branches « Vie-Décès » et « Caution » dont la Mutuelle n'est pas l'assureur, même si elle intervient auprès des adhérents au titre de conventions de gestion passées avec les assureurs.

#### > Article 62 : Prévoyance en inclusion

Le couplage des garanties prévoyance et des garanties santé permettent l'éligibilité à la participation de l'employeur public (cf. décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007). Les adhérents des catégories « A » et « I » ont obligation de s'affilier au moment de leur adhésion à la Mutuelle Civile de la Défense aux garanties couvrant les risques décès et invalidité permanente et absolue et, le cas échéant, invalidité permanente, rente survie et dépendance selon les conditions définies par le contrat de prévoyance mutualiste « Prémuo M. 071 » souscrit auprès de MFPrévoyance. Ces garanties sont indissociables. Les adhérents doivent remplir les conditions exposées dans la notice ayant valeur contractuelle qui leur est remise en même temps que le présent Règlement Mutualiste.

L'accès à ce contrat est toutefois facultatif pour les membres participants de la catégorie « I » ayant adhéré à la Mutuelle avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

L'admission à ce contrat, pour les adhérents des catégories « A » et « I » s'opère sans formalité médicale :

- pendant 12 mois à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 ;
- passé ce délai, lorsque l'adhérent est entré depuis moins de cinq ans dans la fonction publique (ou est depuis moins de cinq ans salarié d'un « employeur public »).

Les adhérents des catégories « MA » et « MI » ont la faculté de souscrire au contrat susmentionné dans les conditions spécifiques les concernant régies par ledit contrat.

#### > Article 63 : Caution solidaire

La Mutuelle adhère à l'Union Mutualiste MFPrécaution. À ce titre, elle ouvre à ses adhérents qui le souhaitent la possibilité d'obtenir le cautionnement gratuit de prêts d'accession à la propriété sous réserve des conditions prévues par le Règlement de ladite Union Mutualiste.

#### > Article 64 : Autres prestations en intermédiation

La Mutuelle fait bénéficier ses membres qui le souhaitent et qui réunissent les conditions prévues par la notice ayant valeur contractuelle attachée à chacun des contrats, des prévoyances suivantes :

**Contrats souscrits auprès des structures assurancielles de la Mutualité Fonction Publique et de MFPrévoyance :**

- Contrat décès du conjoint : 6046 X groupe 2
- Contrat frais d'obsèques retraités : 6046 X groupe 6
- Contrat décès dépendance du conjoint : Muduo
- Contrat Plurio Capital : MI 02
- Contrat Plurio Conjoint : MI 03
- Contrat Plurio Éducation : MI 04
- Contrat Plurio Obsèques : MI 05
- Contrat Plurio Dépendance : MI 06
- Contrat Plurio Incapacité Invalidité : MI 09
- Contrat de garantie des prêts immobiliers : 7371 M
- Contrat chômage : 5382 A
- Contrat rente survie : 5184 K
- Contrat Prémuo pour les adhérents des catégories MA et MI

**Contrats souscrits auprès des structures assurancielles de la Mutualité Française :** Contrat indemnités journalières du conjoint salarié

Et tout contrat ouvert par décision des instances

#### > Article 65 : Cotisations liées à la prévoyance en intermédiation

L'adhérent autorise le précompte sur son traitement ou salaire des cotisations attachées à la prévoyance en intermédiation selon les règles définies à l'article 35 (alinéa 35.1) ci-dessus.

## HAPITRE VII – INFORMATION DES ADHÉRENTS

#### > Article 66 : Information avant l'adhésion

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des Statuts et du Règlement Intérieur, ainsi que du présent Règlement Mutualiste et de l'ensemble de ses annexes énumérées dans son article 1<sup>er</sup>. Il est informé des services et établissements sociaux auxquels il peut avoir accès en vertu de conventions passées par la Mutuelle.

#### > Article 67 : Suivi de l'information

L'adhérent est tenu informé des modifications de ses droits et obligations. Toute modification des Statuts et Règlements décidée par l'Assemblée Générale est portée à sa connaissance par la Mutuelle dans les conditions fixées à l'article 78 des Statuts de la Mutuelle. Cette même obligation d'information est assumée par l'assureur, par l'intermédiaire ou non de la Mutuelle, pour les droits et obligations découlant des prestations en inclusion mutualiste.

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

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

Dans le cadre des contrats responsables, la MCDéf prend en charge 100 % du ticket modérateur sur les actes suivants, dans les 4 offres :

- Scellement des sillons sur les 1res et 2es molaires avant 14 ans ;
- Détartrage une fois par an
- Bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, tous les cinq ans
- Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les six ans
- Toutes les vaccinations inscrites sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 (article R871-2).

La MCDéf prend également en charge l'ensemble des vaccins prescrits, même non remboursés par la Sécurité sociale et ceci pour toutes les offres. En revanche, en application du cadre des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire pour consultations 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 (art. 20 de la Loi 2004-810 du 13 août 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 (art. 7 de la Loi 2004 – 810 du 13 août 2004 sur le parcours de soins coordonnés)
- les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (art. 8 de la Loi 2004 – 810 du 13 août 2004)
- le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (art. 6 de la Loi 2004 – 810 du 13 août 2004)
- les franchises médicales prévues au décret 2007-1397 du 26 décembre 2007.

..... ANNEXE I A .....

• **Protection VITA Santé applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010**

**Hospitalisation court séjour et soins de suite et réadaptation**

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle		Observations Soit un total de
		RFH	Hors RFH	
Honoraires chirurgicaux	80 % TC 100 % TC	Jusqu'à 70 % du TC Jusqu'à 50 % du TC		Jusqu'à 150 % du TC
Frais de séjour et de structure	80 % BRSS 100 % BRSS	20 % BRSS		100 % BRSS
Forfait journalier	Néant	Forfait 16 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Forfait journalier psychiatrique	Néant	Forfait 12 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Chambre particulière	Néant	Forfait négocié RFH	Forfait départemental	Prestation purement mutuelle Hors RFH
Frais d'accompagnement	Néant	Forfait négocié RFH	25 € par jour	Enfant de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans
Frais de transport	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS -	35 % BRSS -	100 % BRSS 100 % BRSS

## Soins courants

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Généralistes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Spécialistes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Ostéopathie	Néant	Forfait 20 € par consultation	Dans la limite de 3 consultations par an réalisées par un ostéopathe ayant reçu le titre définitif de droit d'exercice par les autorités de tutelle ou faisant partie du réseau UGIM
Séances de chiropratique	Néant	Forfait 20 € par séance	Dans la limite de 3 séances par an réalisées par un chiropracteur faisant partie du réseau UGIM
Consultations et actes de médecins acupuncteurs	70% TC ou TA	30 % TC + forfait 10 € ou 30% TA	Sur présentation de la facture
Consultations spécifiques « troubles du sommeil »	70% TC ou TA	30 % TC + forfait 40 € en cas de dépassement ou 30 % TA	Forfait limité à 2 consultations par an, réalisées à titre expérimental par les médecins appartenant au réseau de santé Morphée, uniquement sur l'île-de-France
Analyses médicales	60 % BRSS 80 % BRSS 100 % BRSS	40 % BRSS 20 % BRSS -	100 % BRSS
Radiologie	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Sages femmes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Auxiliaires médicaux	60 % TC 100 % TC	40 % TC -	100 % TC
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65 %, 70 % BRSS 80 % OU 100% BRSS	35 %, 30 % BRSS 20 % BRSS ou néant	100 % BRSS

## Maternité

Actes	Part Sécurité Sociale	Participation mutuelle	Observation
Prévention dentaire du 3 <sup>e</sup> au 6 <sup>e</sup> mois de grossesse	70 % TC	30 % TC + Forfait 5 €/an	Prestation purement mutuelle prévue dans le cadre de l'annexe 3A du protocole MFP/CNSD
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 23 €	Prestation purement Mutuelle
Amniocentèse refusée par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 65 €	Prestation purement Mutuelle
Caryotype fœtal non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 120 €	Prestation purement Mutuelle
Prestation de séjour hospitalier	Néant	Forfait de 45 €	Prestation purement mutuelle dans la limite du tarif négocié dans le cadre du RFH

## Pharmacie (hors prise en charge de la franchise médicale – D 2007-1397 du 26/12/2007)

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Pharmacie prise en charge à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prise en charge à hauteur de 35 % par la Sécurité sociale	35 % BRSS	35 % BRSS	70 % BRSS
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques	Néant	Frais réels	Prestation purement Mutuelle, sur présentation de la prescription et de la facture
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 36 € par an	Prestation purement Mutuelle, sur présentation de la prescription et de la facture
Substituts nicotiniques	Forfait annuel de 50 €	Forfait 50 € par an	Total maximum annuel de 100 € sur présentation de la facture



## Cures thermales prises en charge Sécurité sociale

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Frais d'établissement, d'hébergement, de transport	65 % BRSS	30 % BRSS	95 % BRSS
Honoraires	70 % TC	25 % TC	95 % TC, porté à 100 % TC pour établissement signataire de la convention Thermalliance Application du tiers payant mutuelle
Forfait thermal	65 % BRSS	30 % BRSS	

## Appareillage

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Appareillage	65 % BRSS 100 % BRSS	70% BRSS 35% BRSS	135 % BRSS
Véhicules pour handicapés physiques	65 % BRSS 100 % BRSS	135 % BRSS 100 % BRSS	200 % BRSS
Orthèses dont bas et chaussettes de contention	65 % BRSS 100 % BRSS	135% BRSS 100 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses capillaires	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait plafonné à 188,75 €	Maximum de 270 € par prothèse
Prothèses mammaires	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait plafonné à 268,35 €	Maximum de 270 € par prothèse

## Acoustique

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Prothèses auditives prescrites, par appareil, bénéficiaire de moins de 20 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	105 % BRSS 70 % BRSS	170 % BRSS, calcul effectué à partir du tarif d'homologation
Prothèses auditives prescrites, par appareil, bénéficiaire de plus de 20 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait 420,19 € Forfait 350,29 €	550 € par prothèse
Fournitures et accessoires	65 % BRSS	105 % BRSS	170 % BRSS

## Optique <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Montures moins de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel 30,18 €	50 €
Montures plus de 18 ans <sup>(2)</sup>	65 % BRSS	Forfait annuel 48,15 €	50 €
Verres unifocaux plus <sup>(2)</sup> et moins <sup>(1)</sup> de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel de 19,78 € à 47,32 €	35 € à 50 € par verre
Verres multifocaux plus <sup>(2)</sup> et moins <sup>(1)</sup> de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel de 44,53 € à 83,26 €	70 € à 90 € par verre
Forfait amincissement au-delà de 6 dioptries	Néant	Forfait annuel 12 €	Prestation purement Mutuelle par verre et par an
Forfait antireflet au delà de 6 dioptries	Néant	Forfait annuel 12 €	Prestation purement Mutuelle par verre et par an
Lentilles* cornéennes prescrites prises en charge par la Sécurité sociale	65 % BRSS	Forfait annuel 44,34 €	70 € par lentille et par an
Lentilles* cornéennes sphériques prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait annuel 42 €	Prestation purement Mutuelle par lentille et par an
Lentilles* cornéennes toriques et progressives prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait annuel 65 €	Prestation purement Mutuelle par lentille et par an
Chirurgie réfractive (kératomie)	Néant	Forfait annuel 250 €	Prestation purement Mutuelle par lentille et par an
Prestation consommateur avisé	-	Forfait de 10 €	Sur production de 2 devis relatifs à l'équipement concerné (verres + monture)

\* Les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale.

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

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

(3) En cas de prise en charge à 100 % les prestations sécurité sociale + mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 65 % + la part mutuelle

## Verres <sup>(3)</sup>

Actes	Plus de 18 ans		Moins de 18 ans		Plus et moins de 18 ans
	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle (par verre)	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle (par verre)	Total
<b>Verres unifocaux ou simple foyer blancs ou teintés pris en charge SS</b>					
Sphère de -6,00 à +6,00	65 % BRSS	33,51 €	65 % BRSS	27,17 €	35 €
Sphère de -6,25 à -10,00	65 % BRSS	47,32 €	65 % BRSS	32,66 €	50 €
Sphère de +6,25 à +10,00	65 % BRSS	47,32 €	65 % BRSS	32,66 €	50 €
Sphère H.Z. de -10,00 à +10,00	65 % BRSS	45,05 €	65 % BRSS	20,77 €	50 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	32,62 €	65 % BRSS	25,29 €	35 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	45,54 €	65 % BRSS	26,42 €	50 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. -6 à +6,00	65 % BRSS	45,94 €	65 % BRSS	31,87 €	50 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	43,86 €	65 % BRSS	19,78 €	50 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs blancs ou teintés pris en charge SS</b>					
Sphère de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	65,24 €	65 % BRSS	44,53 €	70 €
Sphère H.Z. de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	82,96 €	65 % BRSS	61,86 €	90 €
Sphère de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	83,26 €	65 % BRSS	61,66 €	90 €
Sphère H.Z. de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	74,05 €	65 % BRSS	46,70 €	90 €

(3) En cas de prise en charge à 100% les prestations sécurité sociale + mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 65 % + la part mutuelle

## Suppléments optiques <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>

Références des suppléments	Part Sécurité sociale 65 % brss			Participation mutuelle			Observations : soit un total de		
	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	14,57 €			15,43 €			30,00 €		
Lunettes à coques	27,75 €			22,25 €			50,00 €		
Prisme incorporé		10,40 €	2,58 €		9,60 €	17,42 €		20,00 €	20,00 €
Système antiptosis		50,24 €	50,24 €		49,76 €	49,76 €		100,00 €	100,00 €
Filtre chromatique ou UV		5,95 €	Néant		14,05 €	20,00 €		20,00 €	20,00 €
Verre iséïconique		Selon Devis	Selon Devis		28,00 €	28,00 €		28,00 € + part SS	28,00 € + part SS
Sphère supérieure à >20 dioptries		8,92 €	2,27 €		21,08 €	27,73 €		30,00 €	30,00 €
Filtre occlusion l'unité	2,38 €			7,62 €			10,00 €		

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

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

(3) en cas de prise en charge à 100 %, les prestations Sécurité sociale et mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 65 % Sécurité sociale plus la part mutuelle.

\*les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

## Dentaire

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
<b>Prévention dentaire</b>			
Examen annuel de prévention	70 % TC	30 % du TC + Forfait de 5 €	Dans le cadre de l'annexe 3 du protocole MFP/CNSD <sup>(2)</sup>
Examen de dépistage de la maladie parodontale	70 % TC	30 % du TC + Forfait de 10 €	Dans le cadre de l'annexe 3 B du protocole MFP/CNSD <sup>(2)</sup>
Traitement de la maladie parodontale	Néant	Forfait annuel de 200 €	Dans le cadre du protocole MFP/CNSD (annexe 3B) <sup>(2)</sup>
<b>Soin dentaire</b>			
Soins dentaires	70% TC 100 % TC	30% TC -	100 % TC
Inlay core avec ou sans clavette	70% TC 100 % TC	30% TC -	100 % TC
Rebasage, réparation, adjonction, renfort sur fracture de dents et crochets	Néant ou 70 % TC	Forfait mutuelle ou 30 % TC + forfait	Forfait plafonné à 243,92 € (part sécurité sociale + mutuelle)
<b>Prothèses fixes <sup>(1)</sup> dans le cadre du protocole MFP/CNSD <sup>(2)</sup></b>			
Prothèses dentaires provisoires sur dents visibles <sup>(3)</sup>	Néant	48,90 € par prothèse	Prestation purement mutuelle
Couronnes métalliques sur toutes les dents	70 % TC	Forfait de 169,25 €	244,50 € par prothèse
Couronne à incrustation vestibulaire sur dents visibles <sup>(3)</sup>	70 % TC	Forfait de 250,75 €	326 € par prothèse
Dents à tenon ou richemond sur dents visibles <sup>(3)</sup>	70 % TC	Forfait de 273,32 €	326 € par prothèse
Couronnes céramo-métalliques sur dents visibles	70 % TC	Forfait de 332,25 €	407,50 € par prothèse
<b>Prothèses fixes <sup>(1)</sup> hors protocole MFP/CNSD ou hors-réseau CNSD <sup>(2)</sup></b>			
Prothèse dentaire provisoire sur dent visible <sup>(3)</sup>	Néant	30,49 €	Prestation purement mutuelle sur dents visibles
Prothèse fixe toutes dents	70 % TC	Forfait 169,25 €	244,50 € par prothèse
<b>Prothèses amovibles</b>			
Plaque base métallique	70 % TC	Forfait de 109,70 €	200 €
Prothèse amovible (De 1 à 3 dents à complet)	70 % TC	Forfait de 280 € à 960 €	de 325,15 € à 1215,85 €
<b>Implantologie</b>			
Implantologie	Néant	Forfait annuel <sup>(4)</sup> 280 €	Prestation purement mutuelle
Prothèse dentaire sur implant	Néant ou 70 % TC selon cotation	Forfait 200 € ou 30 % TC + forfait	Prestation purement mutuelle 200 € maximum par prothèse
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 % TC	290 € par semestre	483,50 € par semestre
Traitement autres actes	70 % TC	180 % TC	250 % TC
Visites, examen, suivi, contention	100 % TC	150 % TC	

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

(2) CNSD : Confédération Nationale des Chirurgiens Dentistes

(3) Dents visibles : incisives, canines, prémolaires

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

## Prothèses amovibles <sup>(1)</sup>

Nombre de dents par appareil	Coefficient Sécurité sociale	Base de remboursement	Remboursement 70 %	Participation mutuelle	Total prestations
1 à 3 dents	30	64,50 €	45,15 €	280 €	325,15 €
4 dents	35	75,25 €	52,67 €	300 €	352,67 €
5 dents	40	86,00 €	60,20 €	350 €	410,20 €
6 dents	45	96,75 €	67,73 €	350 €	417,73 €
7 dents	50	107,50 €	75,25 €	360 €	435,25 €
8 dents	55	118,25 €	82,78 €	360 €	442,78 €
9 dents	60	129,00 €	90,30 €	440 €	530,30 €
10 dents	65	139,75 €	97,83 €	440 €	537,83 €
11 dents	70	150,50 €	105,35 €	440 €	545,35 €
12 dents	75	161,25 €	112,88 €	440 €	552,88 €
13 dents	80	172,00 €	120,40 €	440 €	560,40 €
14 dents	85	182,75 €	127,93 €	530 €	657,93 €
Complet	170	365,50 €	255,85 €	960 €	1 215,85 €

(1) en cas de prise en charge à 100 %, les prestations Sécurité sociale et mutuelle sont plafonnées au montant de la colonne total prestations

## ANNEXE I B

### • Protection MEZZO Santé applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010

#### Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations Soit un total de
Honoraires chirurgicaux	80 % TC 100 % TC	20 % TC -	100 % TC
Frais de séjour et de structure	80 % BRSS 100 % BRSS	20 % BRSS -	100 % BRSS
Forfait journalier	Néant	Frais réels	Sans limitation de durée
Forfait journalier psychiatrique	Néant	Frais réels	Sans limitation de durée
Chambre particulière	Néant	30 €	Par jour sans limitation de durée
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans	Néant	15 €	Par jour sans limitation de durée
Frais de transport	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS -	100 % BRSS

#### Soins courants

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Généralistes et spécialistes (consultation, visite, actes techniques médicaux, actes de chirurgie)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Actes d'imagerie	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Analyses médicales	60 % TC 80 % TC 100 % TC	40 % TC 20 % TC -	100 % TC
Sages femmes (consultation ou visite)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Auxiliaires médicaux	60 % TC 100 % TC	40 % TC -	100 % TC

## Pharmacie

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Pharmacie prise en charge par la securite sociale A hauteur de 65 %	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prise en charge par la securite sociale A hauteur de 35 %	35 % BRSS	65 % BRSS	100 % BRSS

## Appareillage

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Grand appareillage et orthopédie acceptée	65 % BRSS 100 % BRSS	85 % BRSS 50 % BRSS	150 % BRSS
Location d'appareil	65 % BRSS 100 % BRSS	85 % BRSS 50 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses capillaires	65 % BRSS 100 % BRSS	85 % BRSS 50 % BRSS	150 % BRSS
Prothèses mammaires	65 % BRSS 100 % BRSS	85 % BRSS 50 % BRSS	150 % BRSS

## Optique (sur présentation de la prescription et de la facture détaillée de l'opticien. L'annualité correspond à l'année civile)

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Montures moins de 18 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait 40,18 € Forfait 29,51 €	60 €
Montures plus de 18 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait 58,15 € Forfait 57,15 €	60 €

## Optique : détail des verre

Actes	Plus de 18 ans			Moins de 18 ans		Plus et moins de 18 ans
	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle* (par verre)	Total	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle* (par verre)	Total
<b>Verres unifocaux ou simple foyer blancs ou teintés pris en charge SS</b>						
Sphère de -6,00 à +6,00	65 % BRSS	40 €	41,49 €	65 % BRSS	25 €	32,83 €
Sphère de -6,25 à -10,00	65 % BRSS	50 €	52,68 €	65 % BRSS	30 €	47,34 €
Sphère de +6,25 à +10,00	65 % BRSS	50 €	52,68 €	65 % BRSS	30 €	47,34 €
Sphère H.Z. de -10,00 à +10,00	65 % BRSS	70 €	74,95 €	65 % BRSS	40 €	69,23 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	40 €	42,38 €	65 % BRSS	35 €	44,71 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	60 €	64,46 €	65 % BRSS	40 €	63,58 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. -6 à +6,00	65 % BRSS	60 €	64,06 €	65 % BRSS	40 €	58,14 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	85 €	91,14 €	65 % BRSS	50 €	80,23 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs blancs ou teintés pris en charge SS</b>						
Sphère de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	65 €	69,76 €	65 % BRSS	40 €	65,47 €
Sphère H.Z. de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	100 €	107,03 €	65 % BRSS	55 €	83,15 €
Sphère de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	65 €	71,74 €	65 % BRSS	40 €	68,34 €
Sphère H.Z. de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	100 €	115,95 €	65 % BRSS	55 €	98,30 €

\*Quel que soit le montant remboursé par la Sécurité sociale (65 % ou 100 % BRSS) dans la limite de la dépense engagée.

## Acoustique

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Prothèses auditives prescrites, par appareil, bénéficiaire plus et moins de 20 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	100 €	Forfait : 100 € par an + 65 % ou 100 % BRSS
Fournitures et accessoires	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS

## Dentaire

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Soins dentaires et parodontologie	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Inlay et onlay	70 % TC 100 % TC	130 % TC 100 % TC	200 % TC
Prothèses dentaires prises en charge ss	70 % TC 100 % TC	130 % TC 100 % TC	200 % TC
Orthodontie prise en charge ss	70 % TC 100 % TC	130 % TC 100 % TC	200 % TC

## Prestations nouvelles

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Vaccins non pris en charge par le régime obligatoire	Néant	Frais Réels	Y compris voyages à l'étranger

## ANNEXE I C

### • Protection MULTI Santé applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010

#### Hospitalisation court séjour et soins de suite et de réadaptation

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle		Observations Soit un total de
		RFH	Hors RFH	
Honoraires chirurgicaux	80 % TC 100 % TC	Jusqu'à 70 % du TC Jusqu'à 50 % du TC		Jusqu'à 150 % du TC
Frais de séjour et de structure	80 % BRSS 100 % BRSS	20 % BRSS		100 % BRSS
Forfait journalier	Néant	Forfait 16 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Forfait journalier psychiatrique	Néant	Forfait 12 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Chambre particulière	Néant	RFH	Forfait départemental	Prestation purement mutuelle pour les établissements hors RFH
Frais d'accompagnant	Néant	RFH	25 € par jour	Enfant de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans
Frais de transport	65 % BRSS	35 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS

#### Soins courants

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Généralistes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Spécialistes (consultations ou visites) <sup>(1)</sup>	70 % TC 100 % TC	30 % TC + forfait <sup>(1)</sup> Forfait <sup>(1)</sup>	Pour les consultations, la prise en charge du dépassement d'honoraires est plafonnée à 10 €

## Soins courants (suite)

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Analyses médicales	60 % BRSS 80 % BRSS 100 % BRSS	40 % BRSS 20 % BRSS -	100 % BRSS
Radiologie	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Sages femmes (Consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Auxiliaires médicaux	60 % TC 100 % TC	40 % TC -	100 % TC

(1) Ce forfait ne concerne pas les consultations de médecins spécialistes en psychiatrie, neuropsychiatrie, cardiologie, les consultations pour avis ponctuel et les consultations effectuées par un médecin non conventionné.

## Maternité

Actes	Part Sécurité Sociale	Participation mutuelle	Observation
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 23 €	Prestation purement Mutuelle
Amniocentèse refusée par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 65 €	Prestation purement Mutuelle
Caryotype fœtal non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait 120 €	Prestation purement Mutuelle
Prestation de séjour hospitalier	Néant	Forfait de 45 €	Prestation purement mutuelle dans la limite du tarif négocié dans le cadre du RFH
Chambre particulière	Néant	Forfait départemental	Prestation purement mutuelle pour les établissements hors RFH

## Pharmacie (hors prise en charge de la franchise médicale – D 2007-1397 du 26/12/2007)

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Pharmacie prise en charge à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prise en charge à hauteur de 35 % par la Sécurité sociale	35 % BRSS	65 % BRSS	100 % BRSS
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques	Néant	Frais réels	Prestation purement Mutuelle, sur présentation de la prescription et de la facture
Substituts nicotiniques	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 50 €	Total maximum annuel de 100 € sur présentation de la facture

## Cures thermales prises en charge Sécurité sociale

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Honoraires	70 % TC	25 % TC	100 % TC,
Frais d'établissement <sup>(1)</sup> , d'hébergement et de transport	65 % BRSS	30 % BRSS	100 % BRSS

(1) Application du tiers payant mutualiste dans les établissements signataires de la convention thermalliance

## Appareillage

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Appareillage	65 % BRSS 100 % BRSS	70 % BRSS 35 % BRSS	135 % BRSS
Véhicules pour handicapés physiques	65 % BRSS 100 % BRSS	135 % BRSS 100 % BRSS	200 % BRSS
Orthèses dont bas et chaussettes de contention	65 % BRSS 100 % BRSS	135 % BRSS 100 % BRSS	200 % BRSS
Prothèses capillaires	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait selon tarif SS	Maximum de 270 €
Prothèses mammaires	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait selon tarif SS	Maximum de 270 €

## Acoustique

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Prothèses auditives prescrites, par appareil, bénéficiaire de moins de 20 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	105 % BRSS 70 % BRSS	170 % par prothèse
Prothèses auditives prescrites, par appareil, bénéficiaire de plus de 20 ans	65 % BRSS 100 % BRSS	Forfait 570,19 € Forfait 500,29 €	700 €
Fournitures et accessoires	65 % BRSS 100 % BRSS	105 % BRSS 70 % BRSS	170 % BRSS

## Optique <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> <sup>(3)</sup>

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Montures moins de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel 30,18 €	50 €
Montures plus de 18 ans <sup>(2)</sup>	65 % BRSS	Forfait annuel 48,15 €	50 €
Verres unifocaux plus <sup>(2)</sup> et moins <sup>(1)</sup> de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel de 29,78 € à 57,32 €	45 € à 60 € par verre
Verres multifocaux plus <sup>(2)</sup> et moins <sup>(1)</sup> de 18 ans	65 % BRSS	Forfait annuel de 54,53 € à 103,26 €	80 € à 110 € par verre
Forfait amincissement à partir de plus de 6 dioptries	Néant	Forfait annuel 15 €	Prestation purement Mutuelle par verre et par an
Forfait antireflet au delà de 6 dioptries	Néant	Forfait annuel 15 €	Prestation purement Mutuelle par verre et par an
Lentilles* cornéennes prescrites prises en charge par la Sécurité sociale	65 % BRSS	Forfait annuel 54,34 €	80 € par lentille et par an
Lentilles* cornéennes sphériques prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait annuel 50 €	Prestation purement Mutuelle par lentille et par an
Lentilles* cornéennes toriques et progressives prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	Forfait annuel 75 €	Prestation purement mutuelle par lentille et par an
Chirurgie réfractive (kératomie)	Néant	Forfait annuel 250 €	Prestation purement mutuelle par lentille et par an

\* Les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

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

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

(3) En cas de prise en charge à 100 % les prestations sécurité sociale + mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 65 % + la part mutuelle

## Optique : détail des verres

Actes	Plus de 18 ans			Moins de 18 ans		Plus et moins de 18 ans
	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle (par verre)	Total	Part Sécurité sociale	Part Mutuelle (par verre)	Total
<b>Verres unifocaux ou simple foyer blancs ou teintés pris en charge SS</b>						
Sphère de -6,00 à +6,00	65 % BRSS	43,51 €	45 €	65 % BRSS	37,17 €	45 €
Sphère de -6,25 à -10,00	65 % BRSS	57,32 €	60 €	65 % BRSS	42,66 €	60 €
Sphère de +6,25 à +10,00	65 % BRSS	57,32 €	60 €	65 % BRSS	42,66 €	60 €
Sphère H.Z. de -10,00 à +10,00	65 % BRSS	55,05 €	60 €	65 % BRSS	30,77 €	60 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	42,62 €	45 €	65 % BRSS	35,29 €	45 €
Cyl.<ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	55,54 €	60 €	65 % BRSS	36,42 €	60 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. -6 à +6,00	65 % BRSS	55,94 €	60 €	65 % BRSS	41,87 €	60 €
Cyl.>ou= +4,00 Sph. H.Z. -6,00 à +6,00	65 % BRSS	53,86 €	60 €	65 % BRSS	29,78 €	60 €
<b>Verres multifocaux ou progressifs blancs ou teintés pris en charge SS</b>						
Sphère de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	75,24 €	80 €	65 % BRSS	54,53 €	80 €
Sphère H.Z. de -4,00 à +4,00	65 % BRSS	102,96 €	110 €	65 % BRSS	81,86 €	110 €
Sphère de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	103,26 €	110 €	65 % BRSS	81,66 €	110 €
Sphère H.Z. de -8,00 à +8,00	65 % BRSS	94,05 €	110 €	65 % BRSS	66,70 €	110 €

\*Quel que soit le montant remboursé par la Sécurité sociale (65 % ou 100 % BRSS) dans la limite de la dépense engagée.



## Suppléments optiques <sup>(1) (2) (3)</sup>

Références des suppléments	Part Sécurité sociale 65 % BRSS			Participation mutuelle			Observations : soit un total de		
	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	14,57 €			15,43 €			30,00 €		
Lunettes à coques	27,75 €			22,25 €			50,00 €		
Prisme incorporé		10,40 €	2,58 €		9,60 €	17,42 €		20,00 €	20,00 €
Système antiptosis		50,24 €	50,24 €		49,76 €	49,76 €		100,00 €	100,00 €
Filtre chromatique ou UV		5,95 €	Néant		14,05 €	20,00 €		20,00 €	20,00 €
Verre iséïconique		Selon devis	Selon devis		28,00 €	28,00 €		28,00 € + part SS	28,00 € + part SS
Sphère supérieure à >20 dioptries		8,92 €	2,27 €		21,08 €	27,73 €		30,00 €	30,00 €
Filtre occlusion l'unité	2,38 €			7,62 €			10,00 €		

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

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

3. en cas de prise en charge à 100 %, les prestations Sécurité sociale et mutuelle sont plafonnées respectivement à hauteur de 65 % Sécurité sociale plus la part mutuelle.

\* les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

## Dentaire

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
<b>Soin dentaire</b>			
Soins dentaires	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Inlay core avec ou sans clavette	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Rebasage, réparation, adjonction, renfort sur fracture de dents et crochets	Néant ou 70 % TC	Forfait mutuelle ou 30 % TC + forfait	Forfait plafonné à 243,92 € (part sécurité sociale + mutuelle)
<b>Prothèses fixes <sup>(1)</sup> dans le cadre du protocole MFP/CNSD <sup>(2)</sup></b>			
Prothèse dentaire provisoire sur dent visible <sup>(3)</sup>	Néant	49,80 € par prothèse	Prestation purement Mutuelle
Couronnes métalliques sur toutes les dents	70 % TC	Forfait de 169,25 €	244,50 € par prothèse
Couronne à incrustation vestibulaire sur dents visibles <sup>(3)</sup>	70 % TC	Forfait de 250,75 €	326 € par prothèse
Dents à tenon ou richemond sur dent visible <sup>(3)</sup>	70 % TC	Forfait de 273,32 €	326 € par prothèse
Couronnes céramo-métalliques sur dents visibles	70 % TC	Forfait de 332,25 €	407,50 € par prothèse
<b>Prothèses fixes <sup>(1)</sup> hors protocole MFP/CNSD ou hors-réseau CNSD <sup>(2)</sup></b>			
Prothèse dentaire provisoire sur dent visible <sup>(3)</sup>	Néant	30,49 €	Prestation purement Mutuelle
Prothèse fixe toutes dents	70 % TC	Forfait 169,25 €	244,50 € par prothèse
<b>Prothèses amovibles</b>			
Plaque base métallique	70 % TC	Forfait de 109,70 €	200 €
Prothèse amovible (de 1 à 3 dents à complet)	70 % TC	Forfait de 350 € à 1200 €	de 395,15 € à 1455,85 €
<b>Implantologie</b>			
Implantologie	Néant	Forfait annuel <sup>(4)</sup> 350 €	Prestation purement mutuelle
Prothèse dentaire sur implant	Néant ou 70 % TC Selon cotation	Forfait 250 € ou 30 % Tc + forfait	Prestation purement mutuelle 250 € maximum par prothèse
<b>Orthodontie</b>			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale			
- Traitement	100 % TC	290 € par semestre	483,50 € par semestre
- Autres actes : Visites, examen, suivi, contention	70 % TC 100 % TC	180 % TC 150 % TC	250 % TC 250 % TC
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	200 € par semestre	Prestation purement mutuelle

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

(2) CNSD : Confédération Nationale des Chirugiens Dentistes – (3) Dents visibles : incisives, canines, prémolaires – (4) L'annualité correspond à l'année civile

## Prothèses amovibles <sup>(1)</sup>

Nombre de dents par appareil	Coefficient Sécurité sociale	Base de remboursement	Remboursement 70 %	Participation mutuelle	Total prestations
1 à 3 dents	30	64,50 €	45,15 €	350 €	395,15 €
4 dents	35	75,25 €	52,67 €	365 €	417,67 €
5 dents	40	86,00 €	60,20 €	425 €	485,20 €
6 dents	45	96,75 €	67,73 €	425 €	492,73 €
7 dents	50	107,50 €	75,25 €	430 €	505,25 €
8 dents	55	118,25 €	82,78 €	430 €	512,78 €
9 dents	60	129,00 €	90,30 €	550 €	640,30 €
10 dents	65	139,75 €	97,83 €	550 €	647,83 €
11 dents	70	150,50 €	105,35 €	550 €	655,35 €
12 dents	75	161,25 €	112,88 €	550 €	662,88 €
13 dents	80	172,00 €	120,40 €	550 €	670,40 €
14 dents	85	182,75 €	127,93 €	650 €	777,93 €
Complet	170	365,50 €	255,85 €	1200 €	1455,85 €

• Protection PREMI Santé applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2010

**Hospitalisation court séjour et soins de suite et réadaptation**

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle		Observations Soit un total de
		RFH	Hors RFH	
Honoraires chirurgicaux	80 % TC 100 % TC	Jusqu'à 70 % du TC Jusqu'à 50 % du TC		Jusqu'à 150 % du TC
Frais de séjour et de structure	80 % BRSS 100 % BRSS	20 % BRSS		100 % BRSS
Forfait journalier	Néant	Forfait 16 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Forfait journalier psychiatrique	Néant	Forfait 12 € par jour		Prestation purement mutuelle Hors RFH
Chambre particulière	Néant	RFH	Forfait départemental	Prestation purement mutuelle Hors RFH
Frais d'accompagnement	Néant	RFH	25 € par jour	Enfant de moins de 10 ans ou handicapés de moins de 20 ans
Frais de transport	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS		100 % BRSS

**Soins courants**

Actes	Part Sécurité sociale	Participation Mutuelle	Observations Soit un total de
Généralistes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC	100 % TC
Spécialistes (consultations ou visites)		-	
Radiologie	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Analyses médicales	60 % BRSS 80 % BRSS 100 % BRSS	40 % BRSS 20 % BRSS -	100 % BRSS
Sages femmes (consultations ou visites)	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Auxiliaires médicaux	60 % TC 100 % TC	40 % TC -	100 % TC

**Pharmacie** (hors prise en charge de la franchise médicale – D 2007-1397 du 26/12/2007)

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Pharmacie prise en charge à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Pharmacie prise en charge à hauteur de 35 % par la Sécurité sociale	35 % BRSS	Néant	35 % BRSS
Substituts nicotiniques	Forfait annuel de 50 €	Forfait 50 € par an	Total maximum annuel de 100 € sur présentation de la facture

**Appareillage**

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Orthopédie / prothèses (hors prothèses dentaires et auditives)	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS -	100 % BRSS

## Acoustique

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Bénéficiaire de moins de 20 ans, prothèses auditives prescrites, par appareil	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS -	100 % BRSS
Bénéficiaire de plus de 20 ans, prothèses auditives prescrites, par appareil	65 % BRSS 100 % BRSS	35 % BRSS -	100 % BRSS

## Optique <sup>(1)</sup>

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Montures moins de 18 ans	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Montures plus de 18 ans	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS
Verres unifocaux plus et moins de 18 ans	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS par verre
Verres multifocaux plus et moins de 18 ans	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS par verre
Lentilles* cornéennes prescrites prises en charge par la Sécurité sociale par œil et par an	65 % BRSS	35 % BRSS	100 % BRSS par verre

\* Les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

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

## Dentaire

Actes	Part Sécurité sociale	Participation mutuelle	Observations
Soins dentaires	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Inlay core avec ou sans clavette	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Prothèses dentaires	70 % TC 100 % TC	30 % TC -	100 % TC
Orthodontie prise en charge ss			
- Traitement	100 % TC	Néant	100 % TC
- Autres actes	70 % TC	30 % TC	100 % TC
(visite, examen, suivi convention)	100 % TC	-	

**BULLETIN D'ADHÉSION - PERSONNEL RELEVANT DE LA CONVENTION DE  
RÉFÉRENCIEMENT DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE.**

# Mutuelle Civile de la Défense

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – RNM 784 621 476

45 rue de la Procession – 75739 PARIS Cedex 15

www.mcdef.fr

N°Azur 0 810 001 018

PRIX D'APPEL LOCAL

## Bulletin d'adhésion

Personnes relevant de la convention de référencement du Ministère de la Défense

Avez-vous déjà été affilié à la MCDéf :  Non  oui  
Si oui, en tant que :  Adhérent  Bénéficiaire N° d'adhérent : .....

### MA SITUATION PERSONNELLE

M / Mme / Mlle Nom<sup>(1)</sup> : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
N° d'immatriculation à la Sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]  
Adresse : ..... Code postal : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
Tél. dom. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tél. mobile : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Tél. pro. : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Adresse électronique : ..... @ .....

#### Situation familiale

Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Célibataire  Séparé(e)  Divorcé(e)  Veuf (ve)  
Date du mariage ou signature du PACS : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Etes vous adhérent(e) d'un autre organisme complémentaire référencé :  OUI  NON Si oui, lequel ? : .....

### MA SITUATION ADMINISTRATIVE

Statut :  Fonctionnaire  Contractuel  Ouvrier d'Etat  Autre, précisez : .....

#### Vous êtes en activité :

Veillez indiquer votre date d'entrée dans l'Administration : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Travaillez vous à temps partiel ? :  OUI  NON A quelle quotité ? .....

Nom de l'établissement où vous exercez votre activité : .....  
Adresse : .....

Pour les fonctionnaires, veuillez indiquer votre Indice Nouveau Majoré (INM) figurant sur votre dernier bulletin de paye :  
Pour les ouvriers d'Etat veuillez indiquer : votre groupe [ ][ ][ ] votre échelon [ ][ ][ ]

#### Vous êtes en retraite :

Veillez indiquer l'indice ayant servi au calcul de votre pension  
ou le montant brut de la rémunération figurant sur votre dernier bulletin de paye : .....

#### Autres cas, précisez :

.....

### MA FAMILLE (à remplir uniquement si vous avez des membres bénéficiaires à rattacher)

Mon ou ma conjoint(e)  Mon ou ma partenaire pacsé(e)  Mon ou ma concubin(e)  
M / Mme / Mlle Nom<sup>(1)</sup> : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Est rattaché à mon N° de Sécurité sociale ? :  OUI  NON  
**Si NON** indiquez son numéro de Sécurité sociale : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]  
 Mes enfants à charge\* (indiquez leur N° de Sécurité sociale si différent du vôtre ainsi que la date de naissance)

(attention : seuls les enfants rattachés en Sécurité sociale à l'un des deux parents qui est adhérent ou bénéficiaire de la MCDéf, peuvent bénéficier de la MCDéf)  
..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
..... [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ][ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Si l'un de vos enfants est atteint de handicap, le préciser (joindre la photocopie de la carte).....

Autres personnes à charge de l'adhérent au titre de la Sécurité sociale

Nom	Prénom	Date Naissance	Qualité (père, mère, belle-mère...)
.....	.....	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	.....
.....	.....	[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	.....

(1) Rayer les mentions inutiles

\* Merci de compléter sur papier libre si vous avez plus de 3 enfants à rattacher

### LA MCDéf ASSURE

- Ma propre personne uniquement     Moi et mon conjoint     Moi et mon (mes) enfant(s)  
 Moi, mon conjoint et mon (mes) enfant(s)     Autres (renseignés précédemment)

### CHOIX DE L'OFFRE

- Vita Santé     Mezzo Santé     Multi Santé

### MODALITE DE PAIEMENT

Vous êtes en activité : votre cotisation sera précomptée mensuellement sur votre rémunération.

Si le précompte n'est pas possible ou si vous êtes à la retraite, la cotisation sera prélevée sur votre compte bancaire par la MCDéf.

Je souhaite adhérer à compter du

### MES GARANTIES OBLIGATOIRES

- La Garantie Santé souscrite : Vita, Mezzo, Multi Santé
- La garantie Indemnités Journalières (pour les adhérents de la catégorie A, Agents de l'Etat ou Salariés)
- La garantie en inclusion MFPrévoyance (contrat N°M071 annexé au règlement mutualiste) : cette garantie est obligatoire avec l'adhésion, sous réserve de répondre aux conditions d'un questionnaire médical à remplir pour toute personne ayant plus de 5 ans d'ancienneté dans la Fonction Publique, ou salarié(e) depuis plus de 5 ans d'un employeur public

L'adhérent(e) joint au présent bulletin d'adhésion son formulaire de désignation de bénéficiaire du contrat Prévoyance complété.

- L'adhérent(e) a la faculté de renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours à compter du premier versement ou de la date du premier précompte de cotisation. En cas de modifications apportées à ses droits et obligations, un nouveau délai court à compter de la remise à l'adhérent de cette modification.
- L'adhérent(e) a la faculté de modifier sa garantie dans les conditions prévues dans l'article 22 du règlement mutualiste.

Je soussigné(e), reconnais avoir reçu, pris connaissance et avoir accepté les termes des statuts et règlement intérieur, du règlement mutualiste et de l'ensemble de ses annexes et déclare adhérer à la MCDéf. En conséquence, je m'engage à observer toutes les prescriptions régulièrement établies par les organes dirigeants de la Mutuelle, à payer avec exactitude les cotisations et en accepte la modalité de paiement, à faire connaître à la mutuelle les modifications intervenant dans mon adresse et mes situations professionnelle et familiale et j'autorise la communication de ces informations par mon employeur à la mutuelle. Je m'engage à me comporter en toutes circonstances en digne et loyal mutualiste.

À : ..... Le : .....  
(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

### Pièces à joindre :

- une photocopie Recto/Verso d'une pièce d'identité (hors Permis de Conduire)
- le formulaire de désignation de bénéficiaire du contrat Prévoyance complété
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel vous souhaitez que la MCDéf verse vos prestations.
- une copie de l'attestation carte Vitale, et le cas échéant celle de votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e) et celle de vos enfants.
- une copie du dernier bulletin de paye que vous soyez en activité ou en retraite ou votre notification d'affectation (si vous venez d'entrer dans l'Administration).
- tout autre justificatif correspondant à votre situation administrative.
- un certificat de radiation de votre précédente complémentaire santé (facultatif).
- La demande d'autorisation de prélèvement dûment remplie pour les non-agents du Ministère.

Informatique et libertés : les réponses au présent questionnaire ne présentent pas un caractère obligatoire au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Toutefois, l'absence de réponse peut entraîner le refus de prise en compte de l'adhésion par le bureau de section ou le refus de prise en charge d'un bénéficiaire. Les informations que vous venez de donner ne peuvent être communiquées qu'au groupe Mutualité de la Fonction publique, MFPS, MFPrévoyance, AMF, IMA et à une société de routage (envoi de la revue). Vous disposez envers ces informations d'un droit permanent d'accès et de rectification. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser soit à votre bureau de section, soit au siège social de la MCDéf. Les traitements informatiques de la MCDéf ont été enregistrés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés sous le numéro 3699 du 7 octobre 1980.

**BULLETIN D'ADHÉSION - PERSONNES HORS DU CHAMP D'APPLICATION DE LA  
CONVENTION DE RÉFÉRENCIEMENT DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE.**





#### LA MCDéf ASSURE

- Ma propre personne uniquement     Moi et mon conjoint     Moi et mon (mes) enfant(s)  
 Moi, mon conjoint et mon (mes) enfant(s)     Autres (renseignés précédemment)

#### CHOIX DE L'OFFRE

- Vita Santé     Prédi Santé     Multi Santé

#### MODALITE DE PAIEMENT

- Le prélèvement mensuel ou trimestriel sur votre compte bancaire  
 Chèque trimestriel ou annuel

Je souhaite adhérer à compter du

#### MES GARANTIES OBLIGATOIRES

- La Garantie Santé souscrite : Prédi, Vita, Multi Santé.
- L'adhérent(e) a la faculté de renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours à compter du premier versement ou de la date du premier précompte de cotisation. En cas de modifications apportées à ses droits et obligations, un nouveau délai court à compter de la remise à l'adhérent de cette modification.
- L'adhérent(e) a la faculté de modifier sa garantie dans les conditions prévues dans l'article 22 du règlement mutualiste.

Je soussigné(e), reconnais avoir reçu, pris connaissance et avoir accepté les termes des statuts et règlement intérieur, du règlement mutualiste et de l'ensemble de ses annexes et déclare adhérer à la MCDéf. En conséquence, je m'engage à observer toutes les prescriptions régulièrement établies par les organes dirigeants de la Mutuelle, à payer avec exactitude les cotisations dans le respect de la modalité de paiement choisie, à faire connaître à la mutuelle les modifications intervenant dans mon adresse et mes situations professionnelle et familiale et j'autorise la communication de ces informations par mon employeur à la mutuelle. Je m'engage à me comporter en toutes circonstances en digne et loyal mutualiste.

À : ..... Le : .....

(Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Pièces à joindre :

- une photocopie Recto/Verso d'une pièce d'identité (hors permis de conduire).
- un relevé d'identité bancaire du compte sur lequel vous souhaitez que la MCDéf verse vos prestations.
- une copie de l'attestation carte Vitale, et le cas échéant celle de votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e) et celle de vos enfants.
- tout autre justificatif correspondant à votre situation administrative.
- La demande d'autorisation de prélèvement dûment remplie.

Informatique et libertés : les réponses au présent questionnaire ne présentent pas un caractère obligatoire au sens de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978. Toutefois, l'absence de réponse peut entraîner le refus de prise en compte de l'adhésion par le bureau de section ou le refus de prise en charge d'un bénéficiaire. Les informations que vous venez de donner ne peuvent être communiquées qu'au groupe Mutualité de la Fonction publique, MFPS, MFPrévoyance, AMF, IMA et à une société de routage (envoi de la revue). Vous disposez envers ces informations d'un droit permanent d'accès et de rectification. Pour exercer ce droit, vous devez vous adresser soit à votre bureau de section, soit au siège social de la MCDéf. Les traitements informatiques de la MCDéf ont été enregistrés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés sous le numéro 3699 du 7 octobre 1980.

**DEMANDE D'INSCRIPTION DES CONJOINTS(ES), CONCUBINS(ES), PACSÉS(ES), ENFANTS  
ET AUTRES PERSONNES À CHARGE EN TANT QUE MEMBRES BÉNÉFICIAIRES.**

# Mutuelle Civile de la Défense

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – RNM 784 621 476  
45 rue de la Procession – 75739 PARIS Cedex 15  
www.mcdef.fr

N°Azur 0 810 001 018

PRIX D'APPEL LOCAL

## Demande d'inscription des conjoints(es), concubins(es), pacsés(es), enfants et autres personnes à charge en tant que membres bénéficiaires

A ne remplir et renvoyer que si la demande est postérieure à l'adhésion

### L'ADHÉRENT

Nom (marital) : ..... Prénom : .....  
N° d'adhérent : .....

### LE CONJOINT(E), CONCUBIN(E), PACSÉ(E)

M / Mme / Mlle Nom<sup>(1)</sup> : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
N° d'immatriculation à la Sécurité sociale : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] / [ ] [ ]  
Joindre une photocopie de l'attestation de carte Vitale de votre conjoint(e), concubin(e), pacsé(e).  
Date du mariage ou signature du PACS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### SITUATION PROFESSIONNELLE (2) :

- Sans profession  
 Fonctionnaire ou agent d'État – Précisez le ministère : .....  
 Autres professions – Précisez : .....  
 Retraité(e)

### LES ENFANTS

(Attention : seuls les enfants rattachés en Sécurité sociale à l'un des deux parents qui est adhérent ou bénéficiaire de la MCDéf, peuvent bénéficier de la MCDéf)

Sexe		Nom (dans le cadre où il est différent du vôtre)	Prénom	Date de naissance	Sécurité sociale		
M	F				A (a)	C (b)	I (c)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (a) Enfant(s) à charge de l'adhérent en matière de Sécurité sociale.  
(b) Enfant(s) à charge du conjoint en matière de Sécurité sociale.  
(c) Enfant(s) immatriculé à la Sécurité sociale.

- (1) Rayez les mentions inutiles.  
(2) Cochez la mention adéquate.

Si un de vos enfants est atteint de handicap, le préciser : ..... (joindre une photocopie de la carte)

Joindre une photocopie de l'attestation de carte Vitale pour chaque enfant affilié au régime de la Sécurité sociale.

### LES AUTRES PERSONNES À CHARGE

Nom	Prénom	Qualité (père, mère, beau-père, belle-mère, autres ...)

Ne sont données que les informations concernant les personnes qui sont à la charge de l'adhérent au titre de la Sécurité sociale.  
Joindre une photocopie de l'attestation de carte Vitale.

Je demande que la (les) personne(s) nommément désignée(s) ci-dessus bénéficie(nt) de la garantie « soins de santé » dans le cadre fixé par les statuts de la Mutuelle Civile de la Défense à compter du :

Modalité de paiement .....

Le mode de paiement du ou des membres bénéficiaires sera identique à celui de l'adhérent.

A : .....

Le : .....

Signature

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

**DEMANDE D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES.**

## Mutuelle Civile de la Défense

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – RNM 784 621 476  
45 rue de la Procession – 75739 PARIS Cedex 15  
www.mcdef.fr

N°Azur 0 810 001 018

PRIX D'APPEL LOCAL

# Demande d'indemnités journalières

Modèle 2 – article 51 du Règlement de la Mutuelle Civile de la Défense

Je soussigné(e) (nom et prénom) .....

N° adhérent .....

Employé(e) en qualité de ..... à .....

sollicite l'attribution des indemnités journalières pour la période :

du ..... au .....

du ..... au .....

du ..... au .....

Début de la maladie (ou accident du travail) .....

Je déclare être à <sup>(1)</sup>  1/2 de salaire depuis le .....

2/3 de salaire depuis le .....

et être <sup>(1)</sup>  en maladie de longue durée, en longue maladie,

en invalidité à .....%,

avoir repris le travail à la date du.....

ne pas avoir repris le travail à la date du.....

Je m'engage à rembourser la mutuelle des sommes trop perçues résultant d'un placement rétroactif à plein salaire

et autorise la mutuelle à retenir sur mes indemnités journalières les éventuelles cotisations PSM/GCD non précomptées sur mon salaire.

A .....

le .....

(signature de l'adhérent(e))

(1) Ne conserver que les mentions utiles.

**CERTIFICAT DE POSITION.**



# Mutuelle Civile de la Défense

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – RNM 784 621 476  
45 rue de la Procession – 75739 PARIS Cedex 15  
www.mcdef.fr

N°Azur 0 810 001 018

PRIX D'APPEL LOCAL

## Certificat de position <sup>(1)</sup>

Modèle 2 a – article 51 du Règlement de la Mutuelle Civile de la Défense

Mois de .....

Le directeur (ou chef de service ou commandant) de .....

certifie que M. (nom, prénom) .....

membre participant de la Mutuelle Civile de la Défense employé(e) en qualité de .....

(titulaire, contractuel, auxiliaire, ouvrier de l'État, saisonnier, salarié de droit privé) .....

N° d'immatriculation à la Sécurité sociale, en régime : général – particulier

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ / □ □

1. est en congé, depuis le .....

- a épuisé ses droits statutaires à plein traitement depuis le .....

- en maladie <sup>(2)</sup> – en accident de travail – en accident avec tiers responsable,

- est bénéficiaire de l'article L 115 ;

- est en maladie de longue durée depuis le .....

- est en arrêt de longue maladie depuis le .....

2. a perçu : **a) de l'Administration :**

- le demi-traitement ou salaire du ..... au .....

- les deux tiers du traitement ou salaire du ..... au .....

- la prestation d'invalidité temporaire à ..... % du ..... au .....

- l'indemnité de congé annuel, au titre du mois de ..... la somme de .....

**b) de l'Assurance Maladie :**

- les prestations maladie à demi ou deux tiers de salaire du ..... au .....

3. est sans salaire du ..... au .....

4. a été hospitalisé(e) ou en maison de repos du ..... au .....

5. a (ou n'a pas) repris le travail à la date du .....

- a repris le travail à mi-temps du ..... au .....

- a été définitivement rayé des contrôles le .....

6. Montant de la rémunération mensuelle en position de présence et servant de base au calcul de la cotisation :

.....

Montant de la cotisation du mois considéré effectivement retenue : .....

A .....

le .....

(1) Ne conserver que les mentions utiles

(2) Les congés de maternité n'ouvrent pas droit aux indemnités journalières