

BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES



Edition Chronologique n°30 du 13 juillet 2012

PARTIE PERMANENTE
Administration Centrale

Texte n°2

CONVENTION

relative à la protection sociale complémentaire des personnels militaires du ministère de la défense et des anciens combattants. (Visa du contrôle budgétaire et comptable ministériel n° 110039 du 11 février 2011).

Du 1er janvier 2011

SECRETARIAT GÉNÉRAL POUR L'ADMINISTRATION.

CONVENTION relative à la protection sociale complémentaire des personnels militaires du ministère de la défense et des anciens combattants. (Visa du contrôle budgétaire et comptable ministériel n° 110039 du 11 février 2011).

Du 1^{er} janvier 2011

NOR D E F P 1 1 5 2 5 2 9 X

Pièce(s) Jointe(s) :

Deux annexes.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 640.5

Référence de publication : BOC N°30 du 13 juillet 2012, texte 2.

Entre :

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

et

La mutuelle utile, naturelle, essentielle et optimale (UNEO), organisme soumis aux dispositions du livre II. du code de la mutualité, immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 50338008, dont le siège est situé au 48-56 rue Barbès, 92542 Montrouge cedex, représentée par le général de corps d'armée (2^e section) **Lepetit** Claude agissant en qualité de président, d'autre part,

Vu le code de la défense, notamment son article L. 4123-3. ;

Vu le décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 2010 relatif aux modalités d'application de l'article 12 du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 2010 relatif aux modalités d'application de l'article 9 du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 2010 relatif aux modalités d'application de l'article 16 (2.) du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 2010 relatif aux modalités d'application de l'article 23 du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu l'arrêté du 7 septembre 2010 relatif aux modalités d'application de l'article 6 du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires ;

Vu le cahier des charges de l'avis d'appel public à la concurrence ⁽¹⁾ pour la sélection de l'organisme de protection sociale complémentaire bénéficiaire de la participation financière du ministère de la défense et des anciens combattants et des établissements publics administratifs associés, au profit de leurs personnels militaires ;

Vu la décision ministérielle n° 2189 du 14 décembre 2010 ⁽¹⁾ notifiant la désignation en qualité d'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 mutuelle UNEO, après une procédure de mise en concurrence, de la participation financière du ministère de la défense et des anciens combattants, en application du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010 relatif à la participation de l'État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire des militaires.

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

Chacun de ces employeurs publics signera avec la mutuelle UNEO 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 ministère de la défense et des anciens combattants est l'interlocuteur privilégié de la mutuelle UNEO 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 utile, naturelle, essentielle, optimonde et Nouvelle Calédonie pouvant être couplées selon le choix de l'adhérent militaire, avec l'offre de prévoyance qui respecte les conditions figurant aux visas de la présente convention :

- à titre d'assurés :

- l'ensemble des militaires gérés par le ministère de la défense et des anciens combattants (armée de terre ; marine ; armée de l'air ; gendarmerie et services interarmées) ou les établissements publics administratifs placés sous sa tutelle cités à l'annexe I. de la présente convention, quels que soit le lieu d'exercice des fonctions [France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer (DOM) et collectivités d'outre-mer, en Nouvelle-Calédonie ou à l'étranger] ;

- les anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite et les officiers généraux (2^e section) titulaires d'une solde de réserve ;

- 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 s'ils sont étudiants ;

- les enfants handicapés de l'assuré âgés de plus de 21 ans ;

- les veufs, veuves et partenaires survivants d'un pacte civil de solidarité (PACS) (« conjoints survivants » au sens du code des pensions) ;

- les orphelins jusqu'à leur 25^e anniversaire (2).

Pour bénéficier des droits ouverts par ce dispositif, les bénéficiaires adhèrent de manière facultative et individuelle à l'offre référencée mentionnée ci-dessus. Cette adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et règlements mutualistes UNEO.

Article 4.

Nature des garanties à offrir.

Le couplage entre les offres santé et prévoyance est facultatif pour les militaires. Il est précisé que l'adhésion à la garantie prévoyance est conditionnée par la souscription à la garantie santé.

La mutuelle UNEO est tenue d'offrir :

- à l'ensemble des militaires en activité :
 - 4 options pour les garanties santé dont une spéciale Nouvelle-Calédonie ;
 - 3 options pour les garanties inaptitude à servir ;
 - 2 options pour chacune des combinaisons de prévoyance ;
- aux anciens militaires titulaires d'une pension militaire de retraite et aux officiers généraux (2^e section) titulaires d'une solde de réserve : 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 militaires en activité ;
- à leurs ayants cause ainsi qu'aux ayants droit des militaires en activité ou en retraite ou des officiers généraux (2^e section) titulaires d'une solde de réserve : 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 militaires en activité ou en retraite.

Article 5.

Obligations de la mutuelle utile, naturelle, essentielle et optimale envers les assurés.

I. Absence de sélection des adhérents.

La mutuelle UNEO ne peut refuser l'adhésion d'un bénéficiaire mentionné à l'article 3. et est tenue d'offrir à la population intéressée, pendant la période susmentionnée à l'article 2., l'une des options prévues dans les garanties proposées.

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

La mutuelle UNEO est tenue 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.

III. Cas d'exclusion.

La mutuelle UNEO est tenue, 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. La mutuelle UNEO 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 point 2. de l'article 16. du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010.

La mutuelle UNEO s'engage à permettre la résiliation des contrats en cours dans les trois mois à compter de la date de la demande de démission et à rembourser le montant de la cotisation due 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.

IV. Document relatif au nombre d'année manquantes et au coefficient de majoration.

La mutuelle UNEO est tenue d'adresser au militaire en activité ou en retraite, ou à l'officier général (2^e section) titulaire d'une solde de réserve qui ne souhaite 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.

V. Information sur la modification des tarifs.

La mutuelle UNEO est tenue d'informer l'ensemble des adhérents de toute modification tarifaire, dans les conditions fixées au code de la mutualité.

VI. Appel à cotisation.

Lors de l'appel de cotisation, la mutuelle UNEO décompose 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 la mutuelle utile, naturelle, essentielle et optimale envers le ministère de la défense et des anciens combattants.

I. Évolution des tarifs annuels.

La mutuelle UNEO adresse annuellement au ministère de la défense et des anciens combattants, avant le 30 novembre de chaque année, les tarifs qui seront proposés aux adhérents au titre de l'année N+1.

La mutuelle UNEO précisera notamment :

- le taux global applicable à compter du 1^{er} janvier de l'année N+1 de cotisations prélevées mensuellement pour la couverture de tous les risques garantis ainsi que la durée pendant laquelle la mutuelle UNEO s'engage à garantir le taux proposé ;
- les taux des cotisations garantie par garantie, et en indiquant les coûts spécifiques santé et prévoyance (frais de gestion et taxes) 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.

La mutuelle UNEO fournit également au ministère de la défense et des anciens combattants 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 vingt quatre ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation ou la prime due par le souscripteur ou l'adhérent âgé de plus de vingt quatre 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.

II. Évolution exceptionnelle des tarifs.

Lorsque la mutuelle UNEO souhaite modifier les tarifs en dehors des limites tarifaires annexées à la présente convention, la mutuelle UNEO adresse sa demande au ministère de la défense et des anciens combattants 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. La mutuelle UNEO indique également les évolutions tarifaires, âge par âge, sur lesquelles la mutuelle UNEO s'engage jusqu'à la fin de la convention.

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

La mutuelle UNEO est tenue d'informer l'ensemble de ses adhérents ou de ses souscripteurs de la modification des conditions tarifaires.

III. Comptabilité analytique.

La mutuelle UNEO transmet annuellement au ministère de la défense et des anciens combattants toutes pièces justificatives permettant de prouver l'établissement d'une comptabilité analytique et permettant de retracer l'utilisation de l'aide.

IV. Liste des agents à fournir.

La liste des agents ayant adhéré à des règlements est adressée annuellement par la mutuelle UNEO au ministère de la défense et des anciens combattants, et au plus tard le 30 avril suivant la clôture de chaque exercice de la convention.

V. Calcul des transferts.

La mutuelle UNEO 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 commissaire aux comptes (CAC)]. Ces montants sont calculés dans les conditions fixées par l'arrêté du 7 septembre 2010.

VI. 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 la mutuelle UNEO n'assure pas directement le risque, la mutuelle UNEO adresse annuellement une description précise du mécanisme instauré et en indique le coût.

La mutuelle UNEO est l'interlocuteur unique du ministère de la défense et des anciens combattants.

Article 7.

Engagements du ministère de la défense et des anciens combattants.

I. Versement de la participation à la mutuelle utile, naturelle, essentielle, optimale.

Le ministère de la défense et des anciens combattants détermine chaque année avant le 30 avril le montant plafond de sa participation. La mutuelle UNEO calcule pour le 30 avril suivant la clôture de chaque exercice, les montants des 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.

II. Date 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 au maximum à 80 p. 100, de la participation accordée l'année précédente. Le solde est versé après communication des montants des transferts de solidarité.

Pour la première année de mise en œuvre de la convention pour laquelle le montant global maximal de la participation est fixé à treize millions d'euros (13 000 000 euros), un acompte de dix millions quatre cents milles euros (10 400 000 euros) est versé à la fin du premier trimestre 2011.

III. Conditions du précompte.

Le ministère de la défense et des anciens combattants s'engage :

- à prélever mensuellement par voie de précompte la part des cotisations à la charge du militaire en activité ;
- à verser à la mutuelle UNEO, les sommes précomptées ;
- à communiquer les informations permettant :
 - le calcul des cotisations et des prestations (indices de solde, grade etc.) ;
 - la mise en place des précomptes (numéro d'identifiant défense, numéro de livret de solde ; matricule).

Le précompte est maintenu à titre gracieux pour la mutuelle UNEO 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.

IV. Publication de la convention.

Le ministère de la défense et des anciens combattants informera l'ensemble des personnels militaires de la signature de la présente convention dans un délai de trois mois. Le ministère de la défense et des anciens combattants fera procéder à sa publication au *Bulletin officiel des armées*.

V. Tenue d'une base de données.

La mutuelle UNEO collectera (sous forme électronique) les éléments qui permettront au ministère de la défense et des anciens combattants 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 militaires en activité, 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).

Le ministère de la défense et des anciens combattants et la mutuelle UNEO 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 entre en vigueur au 1^{er} janvier 2011.

Article 9.

Contrôle et suivi de l'appel d'offre par le ministère de la défense et des anciens combattants.

Le ministère de la défense et des anciens combattants 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 du ministère de la défense et des anciens combattants et de la mutuelle UNEO 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.

La mutuelle UNEO abandonne tout droit éventuel sur les documents communiqués au ministère de la défense et des anciens combattants, 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.

I. Clause de résiliation fautive.

Si le ministère de la défense et des anciens combattants constate que la mutuelle UNEO ne respecte plus les dispositions du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010, 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, la mutuelle UNEO doit en informer les adhérents en précisant à ces derniers que, pour l'application du point 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 la dite 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 point 2 de l'article 16. du décret susvisé, jusqu'à l'expiration d'un délai de trois mois suivant la date de désignation d'un nouvel organisme de référence.

II. Conséquences du terme de la convention.

1° Obligation de la mutuelle utile, naturelle, essentielle et optimale envers le ministère de la défense et des anciens combattants.

Au terme de la convention, le ministère de la défense et des anciens combattants et la mutuelle UNEO mettent aussitôt un terme à leurs relations. La mutuelle UNEO est tenue de transmettre l'ensemble des informations et des données financières établies à la fin de chaque exercice.

À l'issue de la 6^e année de la convention, la mutuelle UNEO doit fournir au ministère de la défense et des anciens combattants :

- la liste des militaires en activité et en retraite qui ont souscrit ou adhéré 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, la mutuelle UNEO présente les modalités de mise en œuvre du transfert de données vers le nouvel organisme de référence uniquement pour les adhérents qui ont choisi d'être garantis par ce dernier. La mutuelle UNEO 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.

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, le ministère de la défense et des anciens combattants 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.

3° Conséquences du terme de la convention à l'égard des adhérents.

a) Résiliation des contrats.

La mutuelle UNEO est tenue 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.

b) 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 annexées 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 et des anciens combattants, participant financièrement à la protection sociale complémentaire des personnels militaires ;
- annexe II. : 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 le ministère de la défense et des anciens combattants et la mutuelle UNEO.

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 des anciens combattants et par délégation :

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

Jacques ROUDIERE.

*Le général de corps d'armée,
président de la mutuelle utile, naturelle, essentielle et optimale,*

Claude LEPETIT.

(1) n.i. BO.

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

ANNEXE I.
**ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ADMINISTRATIFS PARTICIPANT AU FINANCEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES MILITAIRES.**

La caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

L'établissement de communication et de production audiovisuelle de la défense (ECPAD).

L'institution nationale des Invalides (INI).

L'institut supérieur de l'aéronautique et de l'espace (ISAE).

Le musée de l'armée.

Le musée national de la marine.

Le service hydrographique et océanographique de la marine (SHOM).

ANNEXE II.
RÈGLEMENT MUTUALISTE ÉDITION 2011.



Règlement mutualiste Édition 2011

Règlement mutualiste applicable à compter du 1^{er} janvier 2011

DOCUMENT CONTRACTUEL À CONSERVER



Ce document vous est adressé conformément aux dispositions des articles L. 114-1 et L. 221-4 du Code de la mutualité. Vous devez le conserver tant que vous êtes membre participant de la mutuelle.

Les modifications vous permettant de tenir ce document à jour sont consultables :

- sur le site Internet, rubrique « Statuts et règlement »,
- dans les bulletins trimestriels.

Ce présent règlement mutualiste s'inscrit dans la réponse à l'appel à concurrence émis par le ministre de la Défense pour le référencement de l'organisme portant la protection sociale des militaires et de leur famille. Il comporte les garanties santé et inaptitude à servir prévues par le cahier des charges, en sus des garanties existantes d'Unéo.

Les agents concernés ont, par ailleurs, la possibilité de choisir des garanties de prévoyance en option faisant l'objet de notices spécifiques.

Table des matières

Règlement mutualiste d'Unéo

Pages

Chapitre I: Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et de suspension

Article M. 1 – Adhésion à la mutuelle Unéo	4
Article M. 2 – Choix de la garantie santé	4
Article M. 3 – Souscription aux garanties	4
Article M. 4 – Carte de mutualiste	4
Article M. 5 – Adhésions particulières	4
Article M. 6 – Admission d'un ayant droit	4
Article M. 7 – Démission	4
Article M. 8 – Radiation	4
Article M. 9 – Exclusion	5
Article M. 10 – Suspension d'un membre participant (Honorariat)	5

Chapitre II: Catégories d'ayants droit

Article M. 11 – Les ayants droit	6
----------------------------------	---

Chapitre III: Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents: cotisations

Article M. 12 – Établissement de la cotisation	6
Article M. 13 – Paiement de la cotisation	7

Chapitre IV: Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents: prestations

Article M. 14 – Principes	8
Article M. 15 – Ouverture des droits à prestations	8
Article M. 16 – Paiement des prestations	8
Article M. 17 – Liquidation des dossiers	8
Article M. 18 – Levée des forclusions	8
Article M. 19 – Indemnisation par un autre moyen	9
Article M. 20 – Dispositions particulières aux décès	9
Article M. 21 – Affiliation à un autre régime d'indemnisation	9
Article M. 22 – Subrogation	9
Article M. 23 – CMU-C	9

Chapitre V: Assistance

Article M. 24 – Inaptitude à servir. Indemnité perte de solde	9
Article M. 25 – Assistance à domicile et assistance domestique	10

Article M. 26 – Contrôle administratif	10
--	----

Article M. 27 – Libre choix du malade	10
---------------------------------------	----

Barème des cotisations mensuelles pour l'année 2010

Prestations métropole

Prestations action sociale

Prestations Nouvelle-Calédonie et Optimonde 2**

Actes de prévention

Chapitre I

Conditions d'adhésion, de démission, de radiation, et de suspension

Article M. 1 – Adhésion à la mutuelle Unéo

La Mutuelle admet des membres participants tels que définis à l'article S.7 des statuts.

Le futur membre participant remplit et signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

L'inscription à la Mutuelle prend effet le premier jour du mois qui suit la signature du bulletin d'adhésion, sauf disposition contraire formelle.

Le conjoint veuf, séparé ou divorcé, l'ex-partenaire lié par un pacte de solidarité, l'ex-concubin, l'enfant, ancien ayant droit d'un membre participant, devenu à son tour membre participant, conservent l'ancienneté de l'adhésion à la Mutuelle du membre participant dont ils étaient bénéficiaires, à condition qu'il n'y ait pas eu d'interruption.

Article M. 2 – Choix de la garantie santé

1. Adhésion - Choix de la garantie

1.1 - Lors de l'adhésion, le membre participant souscrit à la garantie santé de son choix parmi celles proposées aux tableaux des prestations.

Il peut également souscrire à d'autres contrats facultatifs au moment de l'adhésion ou en cours d'adhésion.

2. Changement de garantie

2.1 - Le changement de garantie est admis limitativement une fois par an, au 1^{er} janvier de l'année N+1, avec un délai minimal de prévenance de 2 mois.

2.2 - Exceptions :

Est admise, en cours d'année, sur justificatif, la demande écrite de changement de garantie intervenant en raison des situations indiquées ci-après :

2.2.1 - Modification de la situation familiale :

- mariage : copie du livret de famille ou de l'extrait de l'acte de mariage ;
- divorce : copie de la transcription du jugement ou de la mention de divorce en marge de l'acte de mariage ;
- séparation : copie du jugement ou copie de l'ordonnance de non conciliation ;
- PACS : copie de l'attestation du PACS délivrée par la juridiction compétente ;

- fin du PACS : copie de la décision de « fin de vie commune » délivrée par la juridiction compétente ;
- concubinage : certificat de concubinage ou déclaration sur l'honneur ;
- fin du concubinage : déclaration sur l'honneur indiquant la séparation et sa date d'effet ;
- grossesse : copie de la déclaration de grossesse ;
- naissance : copie de l'acte de naissance ou photocopie du livret de famille ;
- adoption : copie du jugement ;
- reconnaissance d'un enfant : copie du jugement ;
- veuvage : copie du certificat de décès.

2.2.2 - Modification de la situation professionnelle :

- fin d'activité : document attestant la fin d'activité de type chômage, retraite, licenciement etc.

2.2.3 - Autres cas. Le changement de garantie en cours d'année concerne également :

- la demande de suspension d'affiliation ;
- l'affectation outre-mer ou à l'étranger ;
- l'ouverture de droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Date d'effet de la demande : le changement de garantie est effectif le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande. Cependant, en cas de grossesse, de naissance, de reconnaissance ou d'adoption d'un enfant, la prise en compte du changement pourra intervenir de manière rétroactive au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui précède la réception du justificatif idoine.

Enfin en cas d'affectation outre-mer ou à l'étranger, le changement prend effet le 1^{er} jour du mois de l'affectation et cesse le 1^{er} jour du mois suivant la fin de l'affectation outre-mer ou à l'étranger.

Article M. 3 – Souscription aux garanties

La souscription à une garantie est acquise pour une année civile. Elle se renouvelle par tacite reconduction d'année en année.

En principe, la garantie est obligatoirement souscrite pour l'ensemble de la famille (membre participant et ses ayants droit).

Les garanties « Utile, Naturelle, Essentielle et Optimale » sont réservées aux membres participants qui bénéficient des prestations en nature de la Sécurité sociale.

La garantie « Nouvelle Calédonie » est réservée aux membres participants qui bénéficient des prestations du régime local RUAMM (régime unifié d'assurance maladie maternité géré par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de

prévoyance des travailleurs de Nouvelle Calédonie: CAFAT).

La garantie « Optimonde » est réservée aux membres qui résident ou sont affectés dans un territoire d'outre-mer ou à l'étranger.

Article M. 4 – Carte de mutualiste

La Mutuelle fait parvenir tous les ans aux membres participants une carte de mutualiste. Cette dernière est établie au vu des éléments actualisés qui lui sont transmis par les adhérents. Elle est accompagnée d'un document précisant le montant des cotisations, leur nature et l'objet.

Figurent notamment sur ce document :

- les nom, prénom, date de naissance de l'adhérent et de ses ayants droit ;
- le numéro d'adhésion et / ou le numéro de contrat ;
- la période de validité des droits ouverts sur la carte ;
- la garantie choisie, les taux et barèmes des prestations correspondantes.

Article M. 5 – Adhésions particulières

Peuvent adhérer dans un délai de 6 mois suivant la date de retrait du contrat :

- les conjoints séparés, divorcés ou radiés,
- ainsi que les partenaires ou concubins ayants droit radiés, d'un membre participant militaire.

Peuvent continuer à bénéficier des prestations d'Unéo mais doivent faire acte d'adhésion :

- les conjoints veufs, les partenaires et les concubins survivants d'un membre participant militaire,
- les conjoints d'un membre participant militaire disparu.

Article M. 6 – Admission d'un ayant droit

L'admission d'un ayant droit prend effet à compter du premier jour du mois au cours duquel se produit le changement de situation (mariage, naissance, situation professionnelle, etc.) si la demande est formulée dans les deux mois qui suivent cet événement.

Dans le cas contraire, cette admission prendra effet le premier jour du mois suivant la demande.

Article M. 7 – Démission

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée, au moins deux mois avant la fin de chaque année civile. La démission prend effet le premier janvier suivant.

Sur demande expresse de l'adhérent et après accord de la mutuelle Unéo, sa démission peut prendre effet au premier jour d'un mois postérieur.

La démission du membre participant entraîne la radiation de ses ayants droit.

Article M. 8 – Radiation

Conformément aux dispositions de l'article 5.8, la mutuelle Unéo peut procéder à la radiation et mettre un terme à tout engagement contractuel à l'égard d'un membre participant et de ses ayants droit pour défaut de paiement des cotisations depuis trois mois.

Tout ayant droit peut être radié du contrat, sur demande du membre participant, au moyen d'une lettre simple, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la réception de la demande.

Article M. 9 – Exclusion

Conformément aux dispositions de l'article 5. 8, la Mutuelle peut prononcer l'exclusion d'un membre participant ayant intentionnellement fait de fausses déclarations ou ayant sciemment omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance.

Article M. 10 – Suspension d'un membre participant (Honorariat)

1. Le membre participant placé dans une position autre que celle de l'activité au sens du statut général des militaires, salarié d'une entreprise publique ou privée dans laquelle existe un régime de garanties sociales auquel il adhère, peut demander la suspension de son affiliation à la Mutuelle.

Dans cette dernière situation, il doit pouvoir justifier, à tout moment, qu'il continue de bénéficier d'un régime de garanties sociales pour pouvoir être maintenu en suspension d'affiliation.

Il peut demander sa réintégration dès qu'il le souhaite en joignant une attestation prouvant qu'il a cotisé sans interruption à ce régime à la date de la demande. Faute de fournir un tel document, il pourra recevoir application des éventuels délais de stage prévus pour les nouvelles adhésions.

S'il décède en cours de suspension d'affiliation, son conjoint, son partenaire ou son concubin peut demander à être admis comme membre participant conformément aux dispositions de l'article 5.7.

2. Les adhérents à une mutuelle d'entreprise acquittent leur cotisation de maintien une fois par an durant la suspension d'affiliation ; ils bénéficient à ce titre de la

documentation diffusée par Unéo, des prestations d'assistance et éventuellement, s'ils en expriment le choix, de la garantie décès-invalidité permanente absolue, servies par des partenaires.

3. La suspension d'affiliation prend effet, au plus tôt, le 1^{er} du mois qui suit la réception du dossier de l'intéressé.

4. En principe, la suspension d'affiliation d'un membre participant concerne également ses ayants droit.

Chapitre II

Catégories d'ayants droit

Article M. 11 – Les ayants droit

En contrepartie du versement d'une cotisation individuelle, les ayants droit d'un membre participant bénéficient des prestations et services de la Mutuelle.

Les catégories de personnes pouvant être ayants droit sont :

1.1 - Le conjoint, le partenaire ou le concubin du membre participant ;

1.2 - Jusqu'au 31 décembre qui suit leur 30^{ème} anniversaire :

- les enfants du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, à l'exception des enfants employés par le ministère de la Défense, militaires ou non. Si les droits du partenaire ou concubin du membre participant sont interrompus pour cause de séparation, les enfants non adoptés ou non reconnus par le membre participant perdent, de fait, la qualité d'ayant-droit ;
- les enfants d'un membre participant devenus orphelins de père et de mère et non émancipés ;

- les descendants d'un membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin, préalablement bénéficiaires des prestations en nature de la Sécurité sociale sur le compte de l'un d'entre eux ;

1.3 - Les enfants ou descendants de plus de 30 ans, les ascendants, collatéraux ou alliés à condition d'être bénéficiaires des prestations en nature de la Sécurité sociale (ou de pouvoir y prétendre) sur le compte du membre participant ou de son conjoint, partenaire ou concubin lui-même ayant droit.

Chapitre III

Obligations des adhérents envers la Mutuelle : cotisations

Article M. 12 – Établissement de la cotisation

La cotisation mensuelle applicable à chaque bénéficiaire résulte de la garantie souscrite par le membre participant et de la tranche d'âge dans laquelle se situe le bénéficiaire (voir barème).

En application des dispositions de l'article 16-2 du décret n° 2010-754 du 5 juillet 2010, les cotisations des membres participants dont l'adhésion est postérieure d'un an à l'entrée dans la fonction publique militaire sont majorées selon les dispositions suivantes :

- Pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de vingt-quatre ans à une option référencée depuis la date d'admission à l'état de militaire ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une option référencée, il est calculé une majoration égale à 2 %. Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'activité militaire.

- Le coefficient de majoration prévoit une prime de fidélisation : lors de chaque renouvellement de la convention, 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 du militaire à une option référencée. Lorsque le résultat du calcul conduit à une majoration négative, celle-ci est fixée à 0.

Ces dispositions prendront effet à compter de la deuxième année d'application de la convention et sont applicables aux ayants droit, veufs, veuves et assimilés et orphelins des membres participants.

Cette cotisation individuelle prend en compte, hors les garanties mises en œuvre en Nouvelle-Calédonie et à l'étranger, la taxe d'État contributive au financement de la CMU.

La cotisation est majorée d'une cotisation permettant de bénéficier de l'indemnité offerte aux militaires en position de non-activité pour raison de santé, le cas échéant d'une contribution liée au placement en position de suspension d'affiliation prévue par l'article 10 et des primes du contrat collectif obligatoire « décès - invalidité » souscrit auprès d'un organisme de prévoyance.

Pour déterminer la tranche d'âge de chaque bénéficiaire, une année est ajoutée à son année de naissance (règle du millésime + 1).

Complément CMU-C

Les membres participants qui deviennent bénéficiaires de la CMU-C peuvent souscrire au complément proposé à ce titre par la Mutuelle, moyennant le paiement d'une cotisation.

Minorations et exonérations

Familles de plus de 2 enfants : seuls les enfants de rang 1 et 2 (les plus âgés), bénéficiaires du contrat santé, sont redevables d'une cotisation; les enfants de rang supérieur sont exonérés de cotisation santé.

Enfants orphelins : les enfants orphelins de père et de mère bénéficient de la gratuité de la cotisation santé. Les orphelins de père ou de mère bénéficient de la même minoration de cotisation que celle attribuée au parent survivant.

Handicap : les enfants handicapés mineurs ayant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 80 % sont exonérés de cotisation.

L'adulte handicapé enfant de membre participant, ayant adhéré dans les conditions de l'article S.7, est exonéré du paiement de la cotisation santé.

Veuve : la cotisation de l'adhérent veuf/veuve est minorée de 40 % (montant plafonné à la minoration de la garantie Essentielle) à compter du 1^{er} jour du mois suivant le décès et pendant 24 mois sans condition.

À l'issue de cette période, cette minoration n'est maintenue que si l'adhérent veuf/veuve est non imposable; elle est alors accordée pour une nouvelle période de 36 mois.

La minoration est prolongée sans contrôle, si une situation de non imposition a été constatée à l'issue de la dernière période de 36 mois et que l'adhérent veuf/veuve a plus de 70 ans.

Les dispositions précisées ci-dessus s'appliquent au partenaire survivant d'un membre participant qui devient adhérent à la Mutuelle.

Les militaires rayés des contrôles et sans droit à pension qui ne retrouvent pas d'activité professionnelle et ne sont pas affiliés à un nouveau régime de sécurité sociale continuent à bénéficier de la participation du ministère de la Défense jusqu'à expiration de leurs droits à la sécurité sociale militaire (12 mois) s'ils restent dans l'une des options référencées.

Article M. 13 – Paiement de la cotisation

Par suite de son adhésion à la Mutuelle, le membre participant est redevable d'une cotisation.

Cotisation précomptée

Le membre participant, en activité de service au sens du

statut général des militaires, donne l'autorisation à l'organisme payeur de sa solde de précompter sur celle-ci, mensuellement, le montant de la cotisation exigée.

Autres hypothèses

Dans les autres hypothèses, après accord du membre participant, la cotisation est soit prélevée directement sur le compte courant du membre participant selon la périodicité convenue (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle) soit réglée par Titre Interbancaire de Paiement (TIP) à périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Aucun règlement ne peut être effectué en numéraire.

La cotisation est réalisée à terme échu, pour les adhérents en activité précomptés sur solde et à échoir, pour les autres, selon la périodicité indiquée soit sur le titre servant d'appel à cotisations, soit sur le document annexé à la carte mutualiste.

Particularité

Le membre participant est dispensé du règlement des cotisations du foyer en cas de captivité ou de disparition, en relation avec des opérations militaires.

Pendant la durée de cette situation, il n'a pas droit, pour lui-même, aux avantages statutaires de la Mutuelle, mais ils sont conservés pour ses ayants droit. Il recouvre ceux-ci de plein droit, à son retour, dès qu'il reprend le paiement de sa cotisation.

À défaut, à l'expiration du délai d'un an à compter de son retour, sa radiation est proposée par le conseil d'administration.

Chapitre IV

Obligations de la Mutuelle envers ses adhérents : prestations

Article M. 14 – Principes

La Mutuelle ne peut instituer en faveur de certains membres participants un avantage particulier qui ne serait pas justifié notamment par :

- les risques encourus ;
- les cotisations versées ;
- la situation de famille.

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

Ils ont droit, pour eux-mêmes et pour les ayants droit qui leur sont agrégés aux prestations, allocations ou indemnités à l'occasion de maladies et, sous conditions, en cas de naissance ou de décès.

Article M. 15 – Ouverture des droits à prestations

1. Membre participant dont la cotisation est précomptée : sauf dans certains cas, résultant notamment de mutations successives, le membre participant dont la cotisation est retenue mensuellement sur la solde n'est pas tenu d'en justifier le paiement.

L'éventuelle suspension du service des prestations est levée dès que les précisions nécessaires sont obtenues.

2. Membre participant payant directement ses cotisations : pour celui-ci et ses ayants droit, l'arrêt du paiement des cotisations entraîne la suppression du remboursement des prestations pour les soins dispensés ou les événements intervenant à compter de l'interruption de paiement.

3. Si le membre participant obtient des prestations sans remplir les conditions exigées, la Mutuelle est fondée à poursuivre le remboursement des sommes indûment perçues ou à en imputer le montant sur les prestations qui seraient dues ultérieurement.

Article M. 16 – Paiement des prestations

Les prestations auxquelles peuvent prétendre le membre participant et les ayants droit qui lui sont agrégés, sont présentées dans les tableaux des prestations.

Légalement, la Mutuelle intervient en complément d'un régime de Sécurité sociale, excepté pour les actes sur lesquels sa participation s'effectue dès le premier euro. Les tableaux de prestations précisent cette différenciation.

Le paiement des prestations par la Mutuelle est strictement limité aux dépenses réellement engagées par les bénéficiaires et restant à leur charge après remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

En cas de trop perçu par l'adhérent, la Mutuelle est fondée à poursuivre auprès de celui-ci le remboursement des sommes indûment perçues ou à en imputer le montant sur les prestations qui lui seraient dues ultérieurement.

Article M. 17 – Liquidation des dossiers

1 – Paiement des prestations

Tous les paiements sont effectués principalement par virement sur un compte indiqué par le membre participant ou sur celui de ses ayants droit de plus de seize ans qui peuvent légalement percevoir les prestations de la Mutuelle à titre personnel.

2 – Tiers payant

Dans le cas de la procédure du tiers payant, les paiements sont effectués directement auprès du professionnel de santé ou du prestataire de service. Le bénéfice des accords ou conventions de tiers payant est acquis de plein droit aux bénéficiaires de la Mutuelle sur présentation de leur carte d'immatriculation à la Mutuelle en cours de validité.

La liste des professionnels de santé et établissements de soins avec lesquels la Mutuelle a passé des accords ou conventions de tiers payant est tenue à jour par les services de la Mutuelle.

3 – Relevé de prestations

Les relevés de prestations sont adressés aux adhérents trimestriellement et à titre gratuit. Cependant, si un adhérent bénéficie, sur un seul mois, de remboursements supérieurs à un montant déterminé chaque année, un relevé intermédiaire lui est alors adressé.

Article M. 18 – Levée des forclusions

Les demandes de paiement de prestations ou allocations accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum d'un an à compter de la date de remboursement par la caisse d'assurance maladie ou de la date de règlement de la facture pour une hospitalisation ou de la survenance de l'événement (naissance, décès).

Les dossiers ayant dépassé ce délai peuvent, dans un délai maximum de trois ans à compter des dates précitées et après un examen particulier, faire l'objet d'un règlement.

Seuls sont pris en compte les dossiers ayant une antériorité maximum de trois années pleines, à compter de la date de dépôt de la demande.

Article M. 19 – Indemnisation par un autre moyen

Les maladies et blessures imputables au service, celles indemnisées ou pouvant donner lieu à indemnisation en vertu de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou en vertu de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, ne donnent droit aux prestations des garanties que pour la partie des prestations non couverte par ces situations.

Article M. 20 – Dispositions particulières aux décès

a) Une prestation en cas de décès peut être attribuée au membre participant ou à son conjoint dans les conditions figurant sur la notice de l'organisme partenaire qui précise au besoin les modalités de distribution. Cependant, il est rappelé qu'il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation (article L. 132-3 du Code des assurances).

b) L'allocation attribuée au décès d'un membre participant ou de son conjoint, âgé de plus de 65 ans, sera versée, sur présentation d'un justificatif des frais engagés pour les obsèques, au seul conjoint, partenaire ou concubin survivant, même s'il n'est pas ayant droit du membre participant décédé.

Elle n'est pas attribuée au décès du conjoint qui n'est pas ayant droit du membre participant.

c) En cas de décès du membre participant survenant à la suite :

- soit d'un crime ou d'un délit intentionnel par le bénéficiaire de l'assurance décès, il y a perte des sommes assurées,
- soit d'un suicide durant la première année d'adhésion, la garantie en cas de décès est de nul effet.

Cependant, certaines prestations prévues au présent règlement mutualiste peuvent être accordées aux ayants droit.

Article M. 21 – Affiliation à un autre régime d'indemnisation

Le membre participant ou ses ayants droit ayant déjà perçu des prestations d'un autre régime d'indemnisation (autres mutuelles, régime d'assurances...), doit joindre à sa demande de remboursement l'original des

volets de décompte faisant ressortir les remboursements complémentaires effectués par cet organisme et un relevé détaillé des dépenses engagées.

Article M. 22 – Subrogation

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

Article M. 23 – CMU-C

Un panier de soins spécifique est réservé à tous les bénéficiaires de la CMU-C.

Chapitre V Assistance

Article M. 24 – Inaptitude à servir. Indemnité de perte de solde.

Les militaires en activité de service au sens du statut général des militaires, membres participants, à l'exclusion des militaires de réserve, des élèves, des militaires placés en honorariat et de ceux qui bénéficient de la CMU-C, acquittent une cotisation particulière pour bénéficier de l'indemnité de perte de solde versée aux militaires en position de non activité pour raison de santé, au sens du même texte.

Cette indemnité, est versée aux militaires précités lorsqu'ils subissent une réduction de leur solde brute du fait de leur placement en position de non-activité en raison d'un congé statutaire, soit de longue maladie, soit de longue durée pour maladie.

Elle peut être attribuée, dans ces deux situations, lorsque l'affection qui en est la cause n'est pas imputable au service, pendant les deux années durant lesquelles la solde est réduite de moitié ⁽¹⁾. Lorsque l'affection est imputable au service, l'indemnité peut être versée, en cas de mise en congé de longue durée pour maladie, pendant les trois années durant lesquelles la solde est réduite de moitié ⁽¹⁾.

Cette indemnité vient en complément de la solde réduite de moitié, de façon à porter l'ensemble à hauteur du choix exprimé par le membre participant parmi les trois options suivantes :

Option 1 : 75 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net ;

Option 2 : 80 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net, avec un minimum de 500 € par mois ;

Option 3 : 90 % de la solde indiciaire brute annuelle, dans la limite de 100 % du net.

S'il omet de choisir, l'option 1 lui est appliquée d'office.

L'indice de solde retenu pour le calcul des cotisations de l'année est celui détenu au 30 septembre de l'année précédente. En l'absence de communication de cet indice, lors du début d'application au 1^{er} janvier 2011, ce calcul s'effectuera sur l'indice minimum du grade ou, à défaut, l'indice 292.

Le calcul des prestations s'effectue sur la base de l'indice de solde utilisé pour le calcul des cotisations de l'année.

Le choix de l'option est annuel et son éventuel changement suit la procédure instituée pour la garantie santé. Le versement de cette indemnité intervient à compter du premier mois où la solde brute subit cette réduction. Il est poursuivi tant que cette réduction est maintenue et tant que dure la position de non-activité, dans la limite de 36 mois consécutifs.

Le membre participant doit solliciter la Mutuelle pour le paiement de cette indemnité.

La demande doit être accompagnée des pièces justifiant la réduction de la solde brute.

Si le membre participant est rétabli dans ses droits à solde sans réduction, il est tenu de rembourser les sommes indûment versées par la Mutuelle au titre de cette indemnité.

(1) Pendant une année pour les militaires sous contrat de moins de trois ans d'ancienneté

Article M. 25 – Assistance à domicile et assistance domestique

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation faisant suite à un événement imprévisible, à un accident corporel, une maladie ou lors d'un décès peuvent prétendre à une garantie d'assistance. Les conditions de son attribution et de sa distribution sont précisées par la notice du partenaire correspondante.

Article M. 26 – Contrôle administratif

La Mutuelle peut exiger de ses membres la production ou la communication de toutes les pièces qui lui sont nécessaires pour liquider leurs droits, fixer le montant des aides sociales ou secours exceptionnels qu'ils sollicitent, ou apprécier la réalité de leurs déclarations.

Elle s'interdit de leur réclamer toute pièce et tout renseignement qui ne lui sont pas strictement indispensables ; elle est tenue de respecter le caractère confidentiel des informations d'ordre privé, notamment médical et social, dont elle serait amenée à avoir connaissance.

Les membres participants qui, sans motif reconnu valable par le conseil d'administration, refusent de donner satisfaction aux demandes de la Mutuelle :

- perdent le droit aux prestations, services ou aides sociales correspondant aux pièces ou renseignements qu'ils ne veulent pas produire ou donner ;
- font l'objet de poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment perçues, sans préjudice des sanctions prévues aux statuts.

En cas de fraude dûment constatée, il pourra être fait application des articles L. 221-14 ou L. 221-15 du Code de la mutualité.

Article M. 27 – Libre choix du malade

Le malade a le libre choix des praticiens, établissements de soins, laboratoires et fournisseurs.

Il peut utiliser la procédure de remboursement par tiers payant lorsque celle-ci est prévue par convention.

Barème des cotisations mensuelles pour l'année 2011

I - Cotisations santé

Âge	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale	Nouvelle-Calédonie	Optimonde 2**
0 à 4 ans	13,10 €	13,20 €	13,30 €	34,90 €	13,90 €	15,90 €
5 à 9 ans	13,10 €	13,20 €	13,30 €	34,90 €	13,90 €	15,90 €
10 à 14 ans	15,30 €	15,40 €	15,50 €	34,90 €	16,90 €	22,10 €
15 à 19 ans	19,60 €	19,80 €	20,00 €	34,90 €	45,60 €	61,00 €
20 à 24 ans	22,50 €	27,10 €	34,00 €	53,10 €	52,80 €	70,30 €
25 à 29 ans	25,70 €	29,30 €	40,60 €	56,90 €	53,60 €	71,50 €
30 à 34 ans	32,70 €	35,30 €	46,90 €	62,80 €	57,00 €	76,00 €
35 à 39 ans	35,00 €	38,60 €	50,80 €	66,60 €	62,00 €	82,70 €
40 à 44 ans	38,30 €	43,10 €	54,80 €	71,70 €	67,30 €	89,70 €
45 à 49 ans	43,80 €	48,70 €	60,40 €	76,70 €	75,80 €	101,10 €
50 à 54 ans	50,40 €	52,00 €	66,00 €	93,20 €	80,10 €	106,70 €
55 à 59 ans	55,20 €	56,80 €	71,70 €	99,30 €	85,60 €	114,00 €
60 à 64 ans	58,40 €	61,20 €	77,30 €	109,30 €	95,20 €	126,90 €
65 ans et plus	62,90 €	65,70 €	81,60 €	112,60 €	101,90 €	135,90 €

II - Cotisation inaptitude à servir

(Indemnité de perte de solde)

Option 1 : complément à 75 % de la SIB ; cotisation égale à 0,06 % de la SIB. ⁽¹⁾Option 2 : complément à 80 % de la SIB ; cotisation égale à 0,07 % de la SIB. ⁽¹⁾Option 3 : complément à 90 % de la SIB ; cotisation égale à 0,09 % de la SIB. ⁽¹⁾

(1) SIB : Solde indiciaire brute

III - Contribution de maintien (honorariat)

(comprenant les documents de communication, l'assistance et à laquelle s'ajoute la cotisation décès)
3,00 €IV - Cotisation décès ⁽³⁾2,03 € ⁽¹⁾ Prestation 2 000 € ⁽¹⁾2,08 € ⁽²⁾ Prestation 4 150 € ⁽²⁾

Gratuite Allocation obsèques enfant 1 525 €

* Doublement en cas d'accident (confer notice du partenaire)

(1) Pour ceux âgés de 65 ans et plus

(2) Pour ceux âgés de moins de 65 ans

(3) Article L.132-3 du Code des assurances

« Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation... ».

Pour les personnes précitées, des aides particulières peuvent être versées dans le cadre d'un budget social voté annuellement.

Prestations métropole *

y compris département d'outre-mer, territoire d'outre-mer
et collectivité d'outre-mer, sauf Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna.

Soins de ville		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires ***	Généralistes	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
	Spécialistes	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
	Actes Techniques Médicaux (ATM)	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
	Auxiliaires médicaux	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Radiologie ***	Actes d'échographie (ADE)	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
	Actes d'imagerie (ADI)	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Laboratoire ***	Actes de laboratoire	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %
Dépassements Honoraires (Dans parcours de soins)	Généralistes	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
	Spécialistes	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
	Actes Techniques Médicaux (ATM)	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
	Auxiliaires médicaux	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
	Actes de chirurgie	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
	Radiologie - Laboratoire	-	-	35 % ¹	50 % ¹	65 % ¹
Forfait 24 € **	Participation forfaitaire de 24 € pour tous les actes médicaux dont le coefficient ≥ 50 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Pharmacie	Vignette blanche ***	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
	Vignette bleue **, ***	30 %	70 %	70 %	70 %	70 %
	Vignette orange ***	15 %	-	-	-	65 %
	Autres médicaments sur prescription médicale NR inscrits pages blanches du Vidal	-	-	-	-	80 % ²
Prévention		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Forfaits prévention	Sevrage tabagique (sur prescription médicale)	-	20 €/an	20 €/an	20 €/an	80 €/an
	Contraceptif non pris en charge par la SS (sur prescription médicale)	-	30 €/an	30 €/an	-	70 €/an
	Vaccin non pris en charge par SS (sur prescription médicale)	-	40 € ³	40 € ³	40 € ³	40 € ³
Médecines douces		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Ostéopathe/Chiropracteur		-	-	20 € ⁴	30 € ⁴	40 € ⁴
Acupuncteur	3 séances	-	-	15 € ⁴	15 € ⁴	30 € ⁴
Psychologue clinicien	par an pour	-	15 € ⁴	20 € ⁴	20 € ⁴	40 € ⁴
Psychomotricien	chaque groupe	-	-	20 € ⁴	20 € ⁴	40 € ⁴
Diététicien/Nutritionniste	de spécialité	-	-	30 € ⁴	20 € ⁴	30 € ⁴
Podologue/Pédicure		-	-	15 € ⁴	15 € ⁴	15 € ⁴

(*) Y compris département d'Outre-Mer, territoire d'Outre-Mer et collectivité d'Outre-mer, sauf Nouvelle-Calédonie et Wallis et Futuna.

(**) sous réserve du vote du PLFSS par le Parlement

(***) : Les taux affichés en complément de la SS représentent le TM quand il existe.

(1) de la base de remboursement de la Sécurité sociale

(2) en pourcentage du prix payé

(3) 40 € par vaccin - limité à 3 vaccins par an

(4) par séance

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en vert)

Dentaire		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Soins *	Soins dentaires, actes de prophylaxie bucco-dentaire	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Prothèses remboursées par la SS	Prothèses dentaires fixes (dont prothèses sur implant)					
	Couronne métallique	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
	Couronne céramo-métallique	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
	Couronne provisoire	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
(Taux sur base TC TM inclus)	Prothèses dentaires mobiles					
	Appareil de base SPR 30	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
	Dent supplémentaire SPR 5	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
	Plaque base	70 %	100 %	250 %	350 %	400 %
Prothèses non remboursées par la SS	Prothèses dentaires fixes (dont prothèses sur implant)					
	Couronne métallique	-	-	-	-	250 %
	Couronne céramo-métallique	-	-	-	-	250 %
	Couronne provisoire	-	-	-	-	250 %
(Taux sur base TC)	Prothèses dentaires mobiles					
	Appareil de base	-	-	-	-	250 %
	Dent supplémentaire	-	-	-	-	250 %
	Plaque base	-	-	-	-	250 %
Inlay Onlay		70 %	30 %	230 %	230 %	230 %
(Taux sur base TC, TM inclus)						
Inlay-Core remboursé par la SS	Inlay-core (avec clavette)	70 %	30 %	230 %	230 %	230 %
	Inlay-core (sans clavette)	70 %	30 %	230 %	230 %	230 %
(Taux sur base TC, TM inclus)						
Inlay-Core non remboursé par la SS	Inlay-core (avec clavette)	-	-	-	-	100 €
	Inlay-core (sans clavette)	-	-	-	-	100 €
Orthodontie remboursée par la SS	Traitement 3 ans maximum (traitement commencé avant 16 ans)	100 %	-	200 %	200 %	200 %
	1 ^{er} et 2 ^e année de contention	100 %	-	200 %	200 %	200 %
(Taux sur base TC TM inclus)						
Orthodontie non remboursée par la SS	Traitement 2 ans maximum (traitement "adulte" commencé après 16 ans)	-	150 €/an	-	-	400 €/an
Autres actes non remboursés par la SS	Parodontologie	-	-	300 €/an	450 €/an	600 €/an
	Implantologie (par implant)	-	-	300 €	450 €	600 €

(*) : Les taux affichés en complément de la SS représentent le TM quand il existe. Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en vert)

Prestations métropole (suite)

Optique		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale	
Montures et verres Avant 18 ans	Montures						
	2210546	30,49 €	30 €	60 €	30 €	60 €	
	Verres simple foyers (blancs et teintés)						
	<i>Verres sphériques</i>						
	2261874/2242457	12,04 €	15 €	30 €	15 €	45 €	
	2243540/2297441	28,68 €	15 €	35 €	15 €	45 €	
	2243304/2291088	28,68 €	15 €	35 €	15 €	45 €	
	2273854/2248320	44,97 €	15 €	40 €	15 €	45 €	
	<i>Verres sphéro-cylindriques</i>						
	2200393/2270413	14,94 €	27 €	45 €	27 €	81 €	
	2283953/2219381	36,28 €	27 €	50 €	27 €	81 €	
	2238941/2268385	27,90 €	27 €	55 €	27 €	81 €	
	2245036/2206800	46,50 €	27 €	60 €	27 €	81 €	
	Verres multifocaux ou progressifs (blancs et teintés)						
	<i>Verres sphériques</i>						
	2259245/2264045	39,18 €	35 €	65 €	35 €	78 €	
	2238792/2202452	43,30 €	35 €	70 €	35 €	78 €	
	<i>Verres sphéro-cylindriques</i>						
	2240671/2282221	43,60 €	39 €	75 €	39 €	87 €	
	2234239/2259660	66,62 €	39 €	80 €	39 €	87 €	
	Montures et verres après 18 ans	Montures					
2223342		2,84 €	30 €	85 €	85 €	100 €	
Verres simple foyers (blancs et teintés)							
<i>Verres sphériques</i>							
2203240/2287916		2,29 €	14 €	35 €	37 €	41 €	
2282793/2263459		4,12 €	14 €	40 €	40 €	41 €	
2280660/2265330		4,12 €	14 €	40 €	40 €	41 €	
2235776/2295896		7,62 €	14 €	50 €	50 €	50 €	
<i>Verres sphéro-cylindriques</i>							
2259966/2226412		3,66 €	27 €	50 €	66 €	84 €	
2284527/2254868		6,86 €	27 €	55 €	66 €	84 €	
2212976/2252668		6,25 €	27 €	60 €	66 €	84 €	
2288519/2299523		9,45 €	27 €	65 €	66 €	84 €	
Verres multifocaux ou progressifs (blancs et teintés)							
<i>Verres sphériques</i>							
2290396/2291183		7,32 €	29 €	85 €	85 €	88 €	
2245384/2295198		10,82 €	29 €	90 €	90 €	90 €	
<i>Verres sphéro-cylindriques</i>							
2227038/2299180		10,37 €	47 €	90 €	114 €	145 €	
2202239/2252042		24,54 €	47 €	100 €	114 €	145 €	
Suppléments et appareils pour ambyopie							
- TM TM TM TM							
Remboursées par la SS		39,48 €/an	180 €/an	130 €/an	90 €/an	340 €/an	
<i>Y compris verres de contact (TM Inklus)</i>							
Non prises en charge		-	140 €/an	90 €/an	50 €/an	300 €/an	
Acte chirurgical							
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil)		-	300 €/an	300 €/an	-	500 €/an	

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en vert)

Hospitalisation		Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires *	Chirurgiens (ADC)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Anesthésistes (ADA)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Obstétriciens (ACO)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Médecins (honoraires de surveillance)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Actes Techniques Médicaux (ATM)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Dépassements Honoraires	Chirurgiens (ADC)	-	-	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 500 € par praticien et par intervention
	Anesthésistes (ADA)	-	-	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 500 € par praticien et par intervention
	Obstétriciens (ACO)	-	-	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 500 € par praticien et par intervention
	Médecins (honoraires de surveillance)	-	-	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 500 € par praticien et par intervention
	Actes Techniques Médicaux (ATM)	-	-	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 300 € par praticien et par intervention	50 % du dépassement plafonné à 500 € par praticien et par intervention
Forfait 24 €**	Forfaitaire 24 € pour coefficient ≥ 50 (NGAP) ou montant ≥ 120 € (CCAM)	-	24 €	24 €	24 €	24 €
Frais de séjour*	Frais liés à l'hospitalisation (y compris la pharmacie hospitalière)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Forfait journalier	FJH - Établissements de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)	-	100 %	100 %	100 %	100 %
	FJH - Établissements de psychiatrie (60 jours/année civile)	-	100 % Limitation à 60 jours/an	100 % Limitation à 60 jours/an	100 % Limitation à 60 jours/an	100 % Sans limitation
Chambre particulière	Hospitalisation	-	40 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
	Maison de repos et de convalescence (sans limitation de durée)	-	-	30 €/jour	30 €/jour	30 €/jour
Frais d'accompagnant	Enfant de moins de 16 ans	-	-	30 €/jour	-	30 €/jour
	Enfant handicapé de moins de 20 ans	-	-	30 €/jour	-	30 €/jour
Frais de télévision	Forfait par hospitalisation (par jour d'hospitalisation)	-	6 €	6 €	6 €	6 €
Autres structures hospitalières *	Séjour en aérium, préventorium, sanatorium	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisées ou non	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
	Maison de repos et convalescence	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %

(*) : les taux affichés en complément de la SS représentent le TM quand il existe.

(**): sous réserve du vote du PLFSS par le Parlement.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en vert)

Prestations métropole (suite)

Appareillage	Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Dispositifs médicaux répertoriés dans la Liste ** des Produits et Prestations (Taux sur base TC TM inclus)	60 %	40 %	200 %	200 %	200 %
Hors dispositifs médicaux répertoriés dans la Liste des Produits et Prestations (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	35 %	200 %	200 %	200 %
Prothèses auditives (Taux sur base TC TM inclus)	65 %	35 %	200 %	300 %	400 %

Transports	Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Pris en charge par la SS * Acte médical prescrit	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Non pris en charge par la SS Acte médical prescrit mais non remboursé par la SS	-	-	-	-	50 % du prix payé limité à 200 €/an

Cures thermales	Part S.S.	Utile	Naturelle	Essentielle	Optimale
Honoraires* Surveillance médicale (soins)	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %
Hydrothérapie	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Hospitalisation	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Transport et hébergement * Sous condition de ressources	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %
Transport et hébergement Forfait annuel Sans condition de ressources	-	-	-	200 €/an	250 €/an

(*) : les taux affichés en complément de la SS représentent le TM quand il existe.

(**) : sous réserve du vote du PLFSS par le Parlement.

Participation de la Mutuelle dès le premier euro (caractères en vert)

Prestations Action sociale

Après examen du dossier et dans le cadre d'un budget "social" voté annuellement par l'assemblée générale

	Remboursement Unéo
Allocation naissance ou adoption	150 € par enfant
Allocation décès	771 €
Allocation décès des enfants de moins de douze ans, des majeurs en tutelle, des personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation	Après étude particulière du dossier

L'allocation naissance ou adoption est attribuée, sur demande du membre participant, pour toute naissance ou adoption d'un enfant de celui-ci.

L'allocation décès est attribuée au décès d'un membre participant ou de son conjoint, âgé de plus de 65 ans, dans les conditions fixées par l'article M20.

Prestations Nouvelle-Calédonie et Optimonde 2

		Remboursement Unéo
		dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
Soins de ville	Consultations, visites	150 € par acte
	Auxiliaires médicaux	100 % de la dépense
	Pharmacie (hors hygiène et diététique)	100 % de la dépense
	Examens de laboratoire	100 % de la dépense
	Radiologie - Échographie	100 % de la dépense
	Actes de chirurgie	100 % de la dépense
Dentaire	Soins dentaires	100 % de la dépense
	Prothèses dentaires*	400 % BRSS ¹
	Inlay-Core (avec ou sans clavettes)	300 % BRSS ¹
	Implantologie	450 € par implant
	Orthodontie**	250 % BRSS ¹
Optique	Montures	100 € par acte
	Verres de lunettes	90 % de la dépense
	Verres de contact prescrits ou non	150 € par an
	Chirurgie réfractive	300 € par œil et par an
Médecines douces (Forfaits annuels)	Ostéopathe/Chiropracteur	60 € par an par groupe de spécialité
	Acupuncteur	
	Psychologue clinicien	
	Psychomotricien	
	Podologue/Pédicure	
	Diététicien/Nutritionniste	30 € par an
	Contraceptifs non remboursés par la SS	
	Actes d'ostéodensitométrie remboursable par le régime obligatoire limité aux femmes de 50 ans, une fois tous les 6 ans***	
Vaccins***	100 % de la dépense	
Hospitalisation	Hospitalisations médicales (tous frais compris)	100 % de la dépense
	Hospitalisations chirurgicales et maternité (frais de séjour, frais de salle d'opération ou de travail, médicaments et fournitures diverses)	dans la limite d'un plafond correspondant à 2 journées en régime commun dans les services « médecine » ou « chirurgie » de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
	Forfait Journalier Hospitalier (FJH)****	100 % de la dépense
	Supplément pour chambre particulière	60 €/jour
	Frais d'accompagnement*****	30 €/jour

* Les prothèses doivent être inscrites à la nomenclature française

** Les soins doivent avoir commencé avant le 16^e anniversaire

*** Actes de prévention issus de la liste des prestations de prévention éligibles au contrat responsable

**** Taux en vigueur depuis le 01/01/2007. Sur présentation de la facture acquittée. FJH psy limité à 60 jours/année civile

***** Pour un enfant de moins de 16 ans ou de moins de 20 ans s'il est handicapé.

1 - Base de remboursement de la Sécurité sociale de métropole.



Prestations Nouvelle-Calédonie et Optimonde 2 (suite)

		Remboursement Unéo
		dans la limite du montant de la dépense engagée et à concurrence des frais restant à charge après déduction des remboursements du régime obligatoire
Transports	Transports sanitaires (par ambulance et VSL)	100 % de la dépense
Cures thermales	Cures thermales : honoraires de surveillance et hydrothérapie	200 % BRSS ¹
	Placements en sanatoriums, préventorioms	100 % de la dépense limitée à 2 ans pour une même maladie (base remboursement: Tarif de responsabilité de Sécurité sociale applicable en France aux établissements conventionnés de même nature)
	Placements en aériums, maisons d'enfants spécialisées, centres de convalescence	100 % de la dépense limitée à 3 mois pour une même maladie (base remboursement: Tarif de responsabilité de Sécurité sociale applicable en France aux établissements conventionnés de même nature)
Appareillage	Prothèse oculaire	200 % BRSS ¹
	Prothèse auditive	200 % BRSS ¹
	Appareillage LPPR	200 % BRSS ¹
Action sociale	Allocation naissance ou adoption	Idem métropole
Livre II	Allocation décès	(Tableau page 16)

1 - Base de remboursement de la Sécurité sociale de métropole.

Sont exclus du tableau :

- les frais de maternité autres que l'accouchement;
- les frais de déplacement et d'hébergement relatifs aux cures thermales;
- les placements dans les maisons d'enfant à caractère sanitaire non spécialisées, les aériums et les séjours dans les maisons familiales de l'Action sociale du ministère de la Défense, dans les centres de repos ou dans les établissements similaires;
- les soins, traitements et produits ayant un but esthétique;
- les frais d'achat d'instruments ou d'appareils divers (inhalateurs, bassins, pulvérisateurs...), ainsi que les produits diététiques d'hygiène corporelle et les eaux minérales notamment.

ACTES DE PRÉVENTION

La totalité des prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006, J.O. du 18 juin 2006, est prise en charge pour une participation qui couvre l'intégralité du ticket modérateur.

- 1 - Scellement des sillons sur les 1^e et 2^e molaires avant 14 ans,
- 2 - Détartrage une fois par an,
- 3 - Premier bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans,
- 4 - Dépistage de l'hépatite B,
- 5 - Dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, tous les 5 ans,
- 6 - Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
- 7 - Vaccinations, seules ou combinées, contre :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite: tous âges,
 - Coqueluche: avant 14 ans,
 - Hépatite B: avant 14 ans,
 - BCG: avant 6 ans,
 - Rubéole pour les adolescentes et les femmes non immunisées désirant un enfant,
 - Haemophilus influenzae B,
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois

Garanties en inclusion

Une garantie en cas de décès peut être servie dans les conditions figurant sur la notice établie à cet effet par la CNP.

Une garantie d'assistance est offerte aux membres participants et à leurs ayants droit dans les conditions précisées par la notice établie à cet effet par IMA.

Garanties optionnelles du référencement

Il convient de se référer aux notices en cas d'invalidité, invalidité permanente et absolue et de décès élaborées par les sociétés AGPM vie / ALLIANZ vie.

