

RÈGLEMENT MUTUALISTE

MULTI SANTÉ2



Plus de 300 000 agents publics et leurs proches nous ont choisis pour leur santé et leur avenir.

2019

RÈGLEMENT MUTUALISTE MULTI SANTÉ 2

(applicable au 1^{er} janvier 2019)

TITRE I - LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

page 4

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

page 4

Article 1-1: Cotisations des adhérents

page 4

Article 1-2: Fixation des cotisations

page 6

Article 1-3: Majoration de cotisation

page 6

Article 1-4: Cotisation de maintien

page 7

CHAPITRE II - PAIEMENT DES COTISATIONS

page 7

Article 1-5: Modes de paiement

page 7

Article 1-6: Exonération de cotisations

page 7

CHAPITRE III - INFORMATION DE LA MUTUELLE

page 7

Article 1-7: Justifications

page 7

Article 1-8: Gestion des prestations

page 7

TITRE II - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS

page 8

CHAPITRE I - LES GARANTIES

page 8

Article 2-1: Garanties

page 8

Article 2-2: Conditions

page 8

Article 2-3: Prise d'effet

page 8

Article 2-4: Plafond de prise en charge

page 8

Article 2-5: Prescription et forclusion

page 8

Article 2-6: Dérogations

page 8

Article 2-7: Subrogation générale

page 8

Article 2-8: Subrogation particulière

page 8

CHAPITRE II - PRESTATIONS SANTÉ

page 9

Article 2-9: Prestations accrochées

page 9

Article 2-10: Prestations complémentaires

page 9

Article 2-11: Prestations spécifiques

page 9

CHAPITRE III – INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	page 9
Article 2-12: Définition	page 9
Article 2-13: Modalités de calcul	page 9
Article 2-14: Conditions et durée d'attribution	page 9
Article 2-15: Dispositions particulières	page 10
CHAPITRE IV – PRÉVENTION	page 10
Article 2-16: Généralités	page 10
Article 2-17: Cadre de la prévention	page 10
CHAPITRE VI – ASSISTANCE	page 10
Article 2-18: Définition	page 10
CHAPITRE VII – PRÉVOYANCE	page 10
Article 2-19: La prévoyance statutaire en inclusion	page 10
Article 2-20: La prévoyance facultative	page 10
TITRE III – RÉCLAMATION - MÉDIATION	page 11
Article 3-1: Réclamation	page 11
Article 3-2: Médiation	page 11

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

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Article 1-1: Cotisations des adhérents

MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS	ADHÉRENT EN ACTIVITÉ FONCTIONNAIRE OU AGENT PUBLIC	ADHÉRENT RETRAITÉ OU ASSIMILÉ	ADHÉRENT AYANT UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE EN DEHORS DE L'ADMINISTRATION
Cotisations part proportionnelle: Taux	2,03 % du TIB	1,40 % du TIB porté sur le titre de pension (sauf application de l'indice minimum garanti) ou du dernier salaire brut (sauf application de l'allocation minimum vieillesse)	2,03 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein
Minimum mensuel	30,52 €	20,90 €	30,52 €
Maximum mensuel	64,19 €	43,95 €	64,19 €
Cotisations: part forfaitaire mensuelle (âge apprécié au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans 33,31 € 21 / 25 ans 37,62 € 26 / 30 ans 40,41 € 31 / 35 ans 44,71 € 36 / 40 ans 47,63 € 41 / 45 ans 52,03 € 46 / 50 ans 56,35 € 51 / 55 ans 59,13 € 56 / 60 ans 63,57 € 61 / 65 ans 66,44 € 66 / 70 ans 70,74 €	≤ 45 ans 52,03 € 46 / 50 ans 56,35 € 51 / 55 ans 59,13 € 56 / 60 ans 63,57 € 61 / 65 ans 66,44 € 66 / 70 ans 70,74 € > 70 ans 74,14 €	≤ 20 ans 33,31 € 21 / 25 ans 37,62 € 26 / 30 ans 40,41 € 31 / 35 ans 44,71 € 36 / 40 ans 47,63 € 41 / 45 ans 52,03 € 46 / 50 ans 56,35 € 51 / 55 ans 59,13 € 56 / 60 ans 63,57 € 61 / 65 ans 66,44 € 66 / 70 ans 70,74 €
Majoration de cotisation	Oui selon les dispositions suivantes: - Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (article 16-2) - Arrêté du 19 décembre 2007 - Article 1-3 du présent règlement mutualiste		

b) Les cotisations forfaitaires des membres participants associés définis à l'article 9-2 des statuts sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS	MONTANT DES COTISATIONS
Cotisations forfaitaires mensuelles (âge apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans 22,63€
	21 / 25 ans 43,03€
	26 / 30 ans 63,53€
	31 / 35 ans 69,75€
	36 / 40 ans 74,06€
	41 / 45 ans 80,61€
	46 / 50 ans 87,19€
	51 / 55 ans 91,90€
	56 / 60 ans 97,63€
	61 / 65 ans 99,70€
	66 / 70 ans 104,44€
	> 70 ans 106,45€
Majoration de cotisation membres âgés de 65 ans et plus au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion	Cotisation forfaitaire + 50 %

c) Les cotisations forfaitaires des ayants droit des membres participants définis à l'article 10 des statuts, sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

AYANTS DROIT AU SENS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	MONTANT DES COTISATIONS*
Cotisations forfaitaires mensuelles (âge apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans 18,87€
	21 / 25 ans 39,27€
	26 / 30 ans 59,77€
	31 / 35 ans 65,99€
	36 / 40 ans 70,30€
	41 / 45 ans 76,85€
	46 / 50 ans 83,43€
	51 / 55 ans 88,15€
	56 / 60 ans 93,87€
	61 / 65 ans 95,94€
	66 / 70 ans 100,69€
	> 70 ans 102,69€

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

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

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS	COTISATION PROPORTIONNELLE MENSUELLE	COTISATION FORFAITAIRE ANNUELLE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS		
En détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée	Néant	60€
Bénéficiaire d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI		
Bénéficiaire du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS	0,95 % du TIB (cotisation obligatoire)	60€
Actifs bénéficiant de la CMU-C et ayant fait le choix de la Mutuelle pour les prestations complémentaires		
Actifs bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et ayant fait le choix d'adhérer au contrat collectif "Accès santé"		
Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire	Néant	60€
Retraités résidant à l'étranger		
Retraités bénéficiant de la CMU-C et ayant fait le choix de la Mutuelle pour les prestations complémentaires		
Retraités bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et ayant fait le choix d'adhérer au contrat collectif "Accès santé"		
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		
Actifs et retraités	Néant	60€
Étudiants effectuant un stage à l'étranger (hors Union européenne)		

e) La cotisation des membres honoraires est fixée à 60 € par an.

Article 1-2: Fixation des cotisations

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

La cotisation est annuelle et exigible au 1^{er} janvier de l'année de garantie. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est exigible au 1^{er} jour du mois qui suit la date de l'acte d'adhésion et correspond, prorata temporis, à la couverture pour la période de l'année civile restant à courir.

Les cotisations comprennent la cotisation mensuelle forfaitaire de 2,95€ par membre participant appelée par la MGEFI, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts et afférente à leurs activités.

Les membres participants bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou d'un contrat

de sortie CMU-C relèvent d'un régime particulier d'ordre public. Ils sont donc exonérés du paiement de cette cotisation, les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts précisant la situation des membres participants au regard de l'action sociale.

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

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

Ces évolutions s'inscrivent pour les membres participants directs, leurs ayants droit, leurs veufs, veuves et orphelins, dans les conditions fixées par la convention de référencement.

Article 1-3: Majoration de cotisation

• Membres participants directs

Majoration de cotisation relevant du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la Fonction publique d'État.

En application des dispositions de l'article 16-2° du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de l'un de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007, la Mutuelle applique une majoration de cotisation en cas d'adhésion tardive.

Ces dispositions ne sont pas applicables:

- aux adhérents bénéficiaires de l'Aide à la Complémentaire Santé et ayant fait le choix d'une primo - adhésion au contrat collectif "Accès santé",
- aux adhérents bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI.

• Membres participants associés:

Dès lors que la demande d'adhésion intervient à l'âge de 65 ans et plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, la personne rejoignant la Mutuelle en

qualité de membre participant associé acquitte une cotisation forfaitaire majorée de 50%.

Article 1-4: Cotisation de maintien

1 – Membres participants directs

Les membres participants directs:

- En situation de détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée ;
- Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un PACS ;
- Bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI ;
- Bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire et ayant fait le choix de la Mutuelle pour les prestations complémentaires ;
- Bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et ayant fait le choix d'adhérer au contrat collectif "Accès santé",
- Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire ;
- Retraités résidant à l'étranger ;

peuvent opter en cours d'année et dès le fait générateur, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon

les modalités définies à l'article 1-1-d du présent règlement.

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

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

Les membres participants bénéficiant du contrat collectif du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un pacs et les membres participants actifs bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire conservent le bénéfice des indemnités pour perte de traitement et de salaire dans les conditions fixées par le chapitre III du titre II du présent règlement. Leur cotisation de maintien comprend obligatoirement une part proportionnelle fixée à 0,95 % du TIB.

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

Les membres participants directs bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

La situation au regard de l'action sociale des membres participants bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé et ayant opté pour la cotisation de maintien est précisée par les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts

2 – Membres participants associés

Les membres participants associés peuvent opter, en cours d'année, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-1-d du présent règlement.

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

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

Les membres participants associés bénéficiaires du contrat collectif « collaborateurs » assuré par la MGEFI sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

La situation au regard de l'action sociale des membres participants bénéficiant de l'Aide à la Complémentaire Santé et ayant opté pour la cotisation de maintien est précisée par les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts.

CHAPITRE II - PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 1-5: Modes de paiement

La cotisation peut être réglée mensuellement par fractionnement de la cotisation annuelle.

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste.

Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leur compte bancaire ou postal. Toutefois, les membres participants peuvent choisir de régler, par avance, la totalité de leur cotisation annuelle par chèque, mandat ou virement.

Article 1-6: Exonération de cotisations

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité.

Il bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle dès lors qu'il s'acquitte,

à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

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

CHAPITRE III - INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article 1-7: Justifications

Les adhérents ont l'obligation d'informer la Mutuelle, dans un délai de deux mois, à compter du fait générateur, de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits et obligations.

À défaut, la Mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des prestations indûment versées et l'adhérent ne pourrait prétendre au remboursement des cotisations indûment payées.

Article 1-8: Gestion des prestations

Les membres participants de la Mutuelle perçoivent les prestations par le canal des services de l'Union mutualiste dite "MFP-Services" à laquelle adhère la Mutuelle s'agissant des prestations assurance maladie obligatoire ou par le canal de la gestion déléguée à Almerys s'agissant des prestations frais de santé ou par des versements directement effectués par la Mutuelle s'agissant des prestations pour perte de traitements et de salaires ou de prévoyance.

À la demande de la Mutuelle, les membres participants doivent mettre à jour leur carte d'assuré social Vitale et le cas échéant celle de leur ayant droit.

En cas de non restitution, à la demande de la Mutuelle, des cartes mutualistes d'ouverture de droits, les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

TITRE II - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS

CHAPITRE I - LES GARANTIES

Article 2-1: Garanties

Les garanties ci-après sont ouvertes aux catégories d'adhérents définies au Titre I - chapitre I - du présent règlement, ayant fait le choix de l'offre Multi Santé 2.

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS		SANTÉ	INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	PRÉVENTION	ASSISTANCE	PRÉVOYANCE STATUTAIRE EN INCLUSION	PRÉVOYANCE FACULTATIVE
Membres participants directs	actifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	retraités		Non				
Membres participants associés		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Ayants droit au sens de la Sécurité sociale		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Membres participants bénéficiant de la cotisation de maintien		Non	Non (1)	Non	Non	Oui (2)	Oui
Membres honoraires		Non	Non	Non	Non	Non	Non

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

(2) uniquement pour les membres participants directs.

Article 2-2: Conditions

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

Article 2-3: Prise d'effet

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

Article 2-4: Plafond de prise en charge

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

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

Article 2-5: Prescription et forclusion

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

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

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

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

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

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

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

Article 2-6: Dérogations

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

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

Article 2-7: Subrogation générale

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

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

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

Article 2-8: Subrogation particulière

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

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

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

CHAPITRE II - PRESTATIONS SANTÉ

Article 2-9: Prestations accrochées

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

Article 2-10: Prestations complémentaires

Lorsque les prestations servies par les caisses d'Assurance maladie ne comportent pas de ticket

modérateur et que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, la Mutuelle assure des compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4.

Article 2-11: Prestations spécifiques

Par dérogation aux principes de l'article 2-6, la Mutuelle intervient pour les dépenses non prises en charge par les caisses d'Assurance maladie,

portées dans le tableau des prestations annexé au présent règlement dans les limites fixées par l'article 2-4 du présent règlement. Sont exclus de la prise en charge des prestations spécifiques, les soins à l'étranger, non inopinés, effectués en dehors de l'Union Européenne et de la Suisse.

CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES

Article 2-12: Définition

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

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

Article 2-13: Modalités de calcul

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

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

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

Toute information relative à l'évolution du Traitement Indiciaire Brut (TIB) ou du salaire brut doit être communiquée à la mutuelle avant le 31 octobre de chaque année pour une prise en compte au 1er janvier de l'année suivante.

Article 2-14: Conditions et durée d'attribution

1- Indemnité "incapacité"

S'agissant des membres participants directs fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée à compter du jour et tant que le membre participant, en arrêt de travail, est rémunéré à demi-traitement par l'admini-

stration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

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

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié, mis à la retraite pour invalidité ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

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

S'agissant des membres participants directs agents non titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des Indemnités Journalières de la Sécurité sociale (IJSS) dès le 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement du plein traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de grave maladie.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

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

S'agissant des membres participants directs salariés de droit privé :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des IJSS. Les éventuelles indemnités complémentaires (conventionnelles ou contractuelles) viennent en déduction du montant de l'indemnité "incapacité" versée par la Mutuelle. Les durées d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé ordinaire de maladie,
- 2 ans en cas d'arrêt de travail en raison d'un accident de travail ou de maladie professionnelle,
- 3 ans pour les adhérents atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

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

2. Indemnité "invalidité"

S'agissant des membres participants directs, fonctionnaires titulaires :

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

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

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est mis à la retraite pour invalidité ou licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, agents non titulaires :

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

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un

accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, salariés de droit privé :

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

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a atteint l'âge minimum légal de la retraite

Article 2-15: Dispositions particulières

1- Justificatifs

Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant direct donne son accord pour que son employeur communique à la Mutuelle les informations relatives à sa situation professionnelle et à sa rémunération, ces informations étant strictement réservées à la bonne gestion et à la liquidation des indemnités pour perte de traitements et salaires.

2- Obligation de reversement

Une décision rétroactive de l'administration ou de l'employeur peut conduire l'adhérent à

bénéficier d'un traitement ou d'un salaire à taux plein ou à être placé en retraite pour invalidité tout en ayant bénéficié du versement par la Mutuelle d'indemnités pour perte de traitements et salaires couvrant la même période. Dans ce cas, les indemnités constituent sur la période concernée des prestations indûment versées.

Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant aux indemnités indûment versées.

Tout versement d'indemnités au-delà des durées d'attribution prévues à l'article 2-14 du présent règlement constitue une avance remboursable consentie par la Mutuelle. Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant à ces avances.

CHAPITRE IV - PRÉVENTION

Article 2-16: Généralités

La Mutuelle développe une politique de prévention et promotion de la santé. Cette politique est basée sur une démarche participative de l'adhérent dans le cadre :

- de la convention conclue avec le ministère dans le cadre de l'action sociale ministérielle,
- des actions initiées ou mises en œuvre par les structures mutualistes, notamment dans le cadre de Priorité Santé Mutualiste (PSM),
- des actions spécifiques initiées par la Mutuelle

Article 2-17: Cadre de la prévention

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

CHAPITRE V - ASSISTANCE

Article 2-18: Définition

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation impré-

vue ou programmée, d'évènements traumatisants de pathologie lourde ou de perte d'autonomie peuvent prétendre à une garantie assistance.

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

CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE

Article 2-19: La prévoyance statutaire en inclusion

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

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

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'inscription du membre participant direct au contrat collectif de prévoyance M022 couvrant les risques

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

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

Article 2-20: La prévoyance facultative

1. Garantie "perte de primes"

En cas de réduction ou de perte de rémunérations accessoires liées à une incapacité de travail, la Mutuelle propose à ses membres participants directs actifs une garantie à adhésion facultative "perte de primes".

Les conditions et modalités de la garantie sont précisées en annexe IV du présent règlement.

2. Souscription par la Mutuelle de contrats de prévoyance

Afin de les proposer à ses membres participants, ainsi qu'à leurs conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité, la Mutuelle a souscrit auprès ou par l'intermédiaire de MFPrévoyance des contrats de prévoyance couvrant les risques vie et non vie.

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

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

TITRE III - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Article 3-1: Réclamation

Pour tout litige ou différend concernant les garanties du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser, par courrier simple, une réclamation à : **MGEFI**
- 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10

Article 3-2: Médiation

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

Adresse postale: 255, rue de Vaugirard 75719
Paris Cedex 15

Adresse courriel: mediation@mutualite.fr

Site internet: <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées à l'article 79 des statuts et au Titre V du règlement intérieur de la Mutuelle.

ANNEXES

ANNEXE I - Tableau des prestations "Multi Santé 2"

(Applicable au 1^{er} janvier 2019)

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

Les pourcentages de participation de la Sécurité sociale ou les montants correspondants à la part du régime obligatoire tel qu'existant au 01/01/2018 et les totaux sont donnés pour information. Les montants sont fixés en application de la législation en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (tarif conventionnel ou tarif de responsabilité).

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

Les garanties respectent l'ensemble des règles des contrats responsables.

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

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins

généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie - article 20 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application;

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

- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés);

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

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

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

En outre, la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux est minorée de 20% du tarif conventionnel lorsque le médecin n'est pas signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou de l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obsétrique (Optam-Co) conformément à l'article 2 du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014).

HOSPITALISATION COURT SÉJOUR - PSYCHIATRIE - SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	80 % BR	Jusqu'à 100 % BR	Jusqu'à 180 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	80 % BR	Jusqu'à 70 % BR	Jusqu'à 150 % BR
Frais de séjour et de structure	80 % BR	20 % BR	100 % BR
Forfait journalier	Néant	Frais réels	Prestation purement mutuelle
Forfait journalier en psychiatrie	Néant	Frais réels	

CHAMBRE PARTICULIÈRE ET FRAIS D'ACCOMPAGNANT(1)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	MATERNITÉ	COURT SÉJOUR	PSYCHIATRIE	SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION	OBSERVATIONS
Chambre particulière	Néant	Forfait de 50 € / jour	Forfait de 45 € / jour	Forfait de 40 € / jour	Forfait de 35 € / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée. Application du tiers payant avec les établissements conventionnés
Frais d'accompagnant en établissements de santé et foyers ou maison d'accueil conventionnés RFH (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap)	Néant	Néant	Forfait de 38,50 € / jour			
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec chirurgie et anesthésie ambulatoire sans nuitée	Néant	Néant	Forfait de 15 €	Néant	Néant	Prestation purement mutuelle. Application du tiers payant avec les établissements conventionnés

FRAIS DE TRANSPORT

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR

(1) Y compris dans les établissements non conventionnés au titre du Règlement Fédéral Hospitalier et du conventionnement Hospitalier Mutualiste

SOINS DE VILLE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Consultations ou visites de médecins généralistes	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Consultations ou visites de médecins spécialistes et actes médicaux Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	70 % BR	Jusqu'à 110 % BR	Jusqu'à 180 % BR
Consultations ou visites de médecins spécialistes et actes médicaux Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	70 % BR	Jusqu'à 80 % BR	Jusqu'à 150 % BR
Analyses médicales	60 % BR	40 % BR	100 % BR
Actes d'imagerie et d'échographie	70 % BR	30 % BR	
Consultations ou visites de sages-femmes	70 % BR	30 % BR	
Auxiliaires médicaux	60 % BR	40 % BR	

PHARMACIE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Pharmacie prise en charge à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Pharmacie prise en charge à hauteur de 30 % par la Sécurité sociale	30 % BR	70 % BR	100 % BR
Pharmacie prise en charge à hauteur de 15 % par la Sécurité sociale	15 % BR	85 % BR	100 % BR
Vaccinations inscrites sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 article R871-2	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Contraceptifs pris en charge par la Sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR

FORFAIT PRÉVENTION

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale Contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale Test de grossesse non pris en charge par la Sécurité sociale Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale Caryotype foetal non pris en charge par la Sécurité sociale Bilan acoustique du nouveau né	Néant	150 €	Forfait annuel sur présentation de la facture acquittée
Substituts nicotiniques	150 €		
Consultation de diététicien	Néant		

FORFAIT MÉDECINES ALTERNATIVES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Ostéopathie / Chiropratique	Néant	125 €	Forfait annuel Sur présentation de la facture acquittée Prise en charge limitée à 25 € par séance
Sophrologie / Acupuncture*			
Pédicure / Podologie			
Bilan psychomotricité			
Psychologie			

* Pour l'acupuncture, le ticket modérateur (30 % BR) est également pris en charge par la Mutuelle

CURES THERMALES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Honoraires	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Frais d'établissement Frais d'hébergement Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR

APPAREILLAGE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Appareillage pris en charge à hauteur de 60 % par la Sécurité sociale : aérosol, glucomètre, béquille...	60 % BR	140 % BR	200 % BR
Appareillage pris en charge à hauteur de 100 % par la Sécurité sociale : véhicule pour handicapé, lit médical, ortho prothèse, prothèse oculaire et autre grand appareillage...	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Location appareillage	60 % BR	140 % BR	
Orthèses dont bas, collants, chaussettes ou bande de contention, semelle orthopédique, collier cervical, ceinture lombaire...	60 % BR	140 % BR	200 % BR
Prothèses mammaires (1)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel jusqu'à 228,15 €	Total maximum de 270 €
Lingerie spécifique. Fournitures complémentaires (coussinets de maintien, produits d'entretien...) (1)	Néant		
Prothèses capillaires (1)	60 % BR	40 % BR + forfait annuel jusqu'à 195 €	Total maximum de 270 €

(1) sur présentation d'une facture acquittée.

ACOUSTIQUE

DANS LE RÉSEAU AUDISTYA, APPLICATION DU TIERS PAYANT MUTUELLE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Bénéficiaire de moins de 20 ans Prothèses auditives prescrites par appareil	60 % BR	Forfait de 750 €	Soit un total de 1290 € à 1590 €
Bénéficiaire de plus de 20 ans Prothèses auditives prescrites par appareil	60 % BR	Forfait de 650 €	Soit un total de 769,82 €
Bénéficiaire de plus ou moins de 20 ans et atteint de cécité Prothèses auditives prescrites par appareil	60 % BR	Forfait de 750 €	Soit un total de 1290 € à 1590 €
Entretien, fournitures et accessoires (piles, embout auriculaire, coque...)	60 % BR	Forfait de 50 €	Selon tarif d'homologation

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

OPTIQUE – LUNETTERIE + 18 ANS (1)(4)

DANS LE RÉSEAU OPTISTYA, APPLICATION DU TIERS PAYANT MUTUELLE

	CODELPP	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Monture	2223342	60 % BR	Forfait de 80 €	Soit un total de 81,70 €
Verre unifocal de faible correction	2203240 2287916 2259966 2226412	60 % BR	Forfait de 85 €	Soit un total de 86,37 € à 87,20 € par verre
Verre unifocal de moyenne et forte correction	2280660 2265330 2282793 2263459 2235776 2295896 2212976 2252668 2284527 2254868 2288519 2299523	60 % BR	Forfait de 160 €	Soit un total de 162,47 € à 166,22 € par verre
Verre multifocal ou progressif de faible ou moyenne correction	2290396 2227038 2291183 2299180			
Verre multifocal ou progressif de forte correction	2245384 2295198 2202239 2252042	60 % BR	Forfait de 160 €	Soit un total de 166,49 € à 174,72 € par verre

OPTIQUE – LUNETTERIE - 18 ANS (1)(3)(4)

DANS LE RÉSEAU OPTISTYA, APPLICATION DU TIERS PAYANT MUTUELLE

	CODELPP	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Monture	2223342	60 % BR	Forfait de 40 €	Soit un total de 58,29 €
Verre unifocal de faible correction	2261874 2242457 2200393 2270413	60 % BR	Forfait de 52 €	Soit un total de 59,22 € à 60,96 € par verre
Verre unifocal de moyenne et forte correction	2243304 2291088 2243540 2297441 2273854 2248320 2238941 2268385 2283953 2219381 2245036 2206800	60 % BR	Forfait de 110 €	Soit un total de 126,01 € à 136,16 € par verre
Verre multifocal ou progressif de faible ou moyenne correction	2259245 2264045 2240671 2282221			
Verre multifocal ou progressif de forte correction	2238792 2202453 2234239 2259660	60 % BR	Forfait de 110 €	Soit un total de 135,98 € à 149,97 € par verre

OPTIQUE – LENTILLES CORRECTRICES (2)(3)(5)(6)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Lentilles cornéennes prescrites prises en charge par la Sécurité sociale*	60 % BR	Forfait annuel de 130 €	Application du tiers payant dans le réseau Optistya
Lentilles prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant		

(*) Le ticket modérateur (60 % BR) est également pris en charge par la Mutuelle en plus du forfait annuel

OPTIQUE – CHIRURGIE RÉFRACTIVE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Chirurgie réfractive	Néant	Forfait annuel de 250 €	Prestation purement mutuelle par œil

SUPPLÉMENTS OPTIQUES (1)(2)(3)(4) DANS LE RÉSEAU OPTISTYA, APPLICATION DU TIERS PAYANT MUTUELLE

	PART SÉCURITÉ SOCIALE			PARTICIPATION MUTUELLE			OBSERVATIONS: SOIT UN TOTAL DE:		
Références des suppléments	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	13,46 €			16,54 €			30,00 €		
Lunettes à coques	25,62 €			24,38 €			50,00 €		
Prisme incorporé		9,60 €	2,39 €		10,40 €	17,61 €		20,00 €	20,00 €
Système antiptosis		46,38 €	46,38 €		53,62 €	53,62 €		100,00 €	100,00 €
Filtre chromatique ou UV		5,49 €	Néant		14,51 €	20,00 €		20,00 €	20,00 €
Verre iséiconique		Selon devis	Selon devis		28,00 €	28,00 €		28,00 € + part SS	28,00 € + part SS
Sphère supérieure à 20 dioptries		8,24 €	2,10 €		21,76 €	27,90 €		30,00 €	30,00 €
Filtre occlusion unité	2,20 €			7,80 €			10,00 €		

(1) Dans le cadre des contrats responsables, le remboursement, sur présentation de la facture acquittée et/ou de l'ordonnance, est limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans appréciés en années civiles. En cas d'évolution de la vue, la prise en charge est annuelle sur présentation de l'ordonnance et/ou de la facture acquittée indiquant les nouvelles corrections.

(2) Forfait annuel apprécié en année civile.

(3) Sur présentation de la facture acquittée et/ou de l'ordonnance.

(4) Remboursements incluant les traitements spéciaux.

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

(6) Remboursement des lentilles achetées sur les sites internet agréés par l'Assurance Maladie.

DENTAIRE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
SOINS DENTAIRES			
Consultation, radiologie, soins et chirurgie dentaire	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Acte thérapeutique sur parodontite pris en charge par la Sécurité sociale	70 % BR	30 % BR	100 % BR
ORTHODONTIE			
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale			
• Traitement	100 % BR	400 € par semestre	Soit un total de 593,50 € par semestre
• Autres actes	70 % BR	180 % BR	Total de 250 % BR
Visites, examen, suivi contention	100 % BR	150 % BR	
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	200 € par semestre	Prestation purement mutuelle
PROTHÈSE FIXE			
Inlay/onlay	70 % BR	100 €	De 113,50 € à 128,68 €
Inlay core simple	70 % BR	100 €	Soit 185,78 €
Inlay core avec clavette	70 % BR	116 €	Soit 216,83 €
Prothèse dentaire provisoire sur dent visible ⁽²⁾	Néant	50,70 € par prothèse	Prestation purement mutuelle
Couronne unitaire	70 % BR	300,00 €	Soit 375,25 €
BRIDGE 3 ÉLÉMENTS (2 piliers et un élément intermédiaire)			
Céramo-métallique ou céramo-céramique	70 % BR	1000 €	1195,65 €
Métallique	70 % BR	954,35 €	1150,00 €
BRIDGE ÉLÉMENT SUPPLÉMENTAIRE			
2 ^e et 3 ^e élément intermédiaire	70 % BR	110 €	110,07 €
À partir du 4 ^e élément intermédiaire	70 % BR	110 €	117,53 €
Pilier supplémentaire	70 % BR	110 €	185,25 €
IMPLANTOLOGIE			
Implant (à l'exclusion du pilier implantaire ou du faux-moignon)	Néant	Forfait de 1000 €	Prestation purement mutuelle dans la limite de 2 implants sur une période de 2 ans ⁽¹⁾
Prothèse dentaire sur implant	70 % BR	Forfait de 300 €	375,25 € par prothèse

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

(2) dents visibles: incisives, canines, prémolaires

DENTAIRE (Suite)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
PROTHÈSES AMOVIBLES AVEC PLAQUE BASE RÉSINE			
Prothèse de transition de 1 à 4 dents	70 % BR	Forfait de 124 €	Jusqu'à 176,67 €
Prothèse de transition de 5 à 8 dents	70 % BR	Forfait de 155 € à 248 €	De 215,20 € à 330,78 €
Prothèse de transition de 9 à 13 dents	70 % BR	Forfait de 279 € à 403 €	De 369,30 € à 523,40 €
Prothèse de transition de 14 dents	70 % BR	Forfait de 434 €	561,93 €
Prothèse définitive à partir de 9 dents et jusqu'à 13 dents	70 % BR	Forfait de 910 €	De 1000,30 € à 1030,40 €
Prothèse définitive de 14 dents	70 % BR	Forfait de 1020 €	1147,93 €
PROTHÈSES AMOVIBLES AVEC CHASSIS MÉTALLIQUE OU STELLITE			
Prothèse définitive de 1 à 4 dents	70 % BR	Forfait de 665 €	De 800,45 € à 807,97 €
Prothèse définitive de 5 à 8 dents	70 % BR	Forfait de 820 €	De 970,50 € à 993,08 €
Prothèse définitive de 9 à 13 dents	70 % BR	Forfait de 1110 €	De 1290,60 € à 1320,70 €
Prothèse définitive de 14 dents	70 % BR	Forfait de 1220 €	1438,23 €
PROTHÈSES AMOVIBLES AUTRES ACTES			
Rebasage	Néant	Forfait de 244 €	Plafonné à 244 €
Réparation sur fêlure ou fracture, adjonction de dents et crochets	70 % BR	30 % BR + forfait mutuelle	Plafonné à 244 €

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

ANNEXE II

Notice d'assistance

ANNEXE III

Notice d'information

Contrat prévoyance M022 en inclusion souscrit par la MGEFI

ANNEXE IV

Disposit ions générales et particulières de la garantie Indemuo - Maintien de primes

mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Siren : 499 982 098

6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr