

CONDITIONS PARTICULIÈRES

MINISTÈRES SOCIAUX / MGAS

CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION FACULTATIVE

FRAIS DE SANTE - GARANTIES OPTIONNELLES

Dispositions applicables à partir du 1^{er} janvier 2026



Table des matières – conditions particulières – garanties optionnelles

CHAPITRE I.	DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF.....	4
Article 1.	Parties au Contrat	4
Article 2.	Prise d'effet du Contrat.....	4
Article 3.	Modification du Contrat.....	4
Article 4.	Résiliation du Contrat	5
a.	Résiliation par la Mutuelle	5
b.	Résiliation par le Souscripteur du fait de la non-reconduction du marché	5
Article 5.	Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi	5
Article 6.	Respect des documents et pièces de la consultation	5
CHAPITRE II.	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF	6
Article 7.	Droit d'adhésion.....	6
a.	Bénéficiaires actifs	6
b.	Bénéficiaires retraités et bénéficiaires ayants droit.....	6
Article 8.	Conditions et modalités d'adhésion.....	7
a.	Bulletin individuel d'adhésion	7
b.	Espaces sécurisés dédiés.....	7
Article 9.	Prise d'effet de l'adhésion et des garanties	8
Article 10.	Actes de gestion.....	8
CHAPITRE III.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES	9
Article 11.	Objet et nature des garanties frais de santé	9
Article 12.	Terme des garanties	9
CHAPITRE IV.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS.....	10
Article 13.	Montant des cotisations	10
Article 14.	Païement des cotisations.....	10
Article 15.	Évolution des cotisations.....	10
Article 16.	Gratuité des cotisations.....	10
Article 17.	Cotisations additionnelles	11
CHAPITRE V.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	12
Article 18.	Prévention	12
Article 19.	Fonds d'aide aux retraités	12
Article 20.	Assistance.....	12
CHAPITRE VI.	DISPOSITIONS DIVERSES.....	14
Article 21.	Protection des données à caractère personnel.....	14
ANNEXE 1 : PÉRIMÈTRE DU CONTRAT.....		17
ANNEXE 2 : FRAIS DE SANTE – GARANTIES OPTIONNELLES.....		18

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Raison sociale : [à compléter]

Adresse, SIREN : [à compléter]

Nom, prénom et qualité du Représentant : [à compléter] agissant en qualité de [à compléter] et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Ci-après dénommé « le Souscripteur »,

POUR LA MUTUELLE :

La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS),

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de Mutualité, enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475 et dont le siège est situé 96 avenue de Suffren 75730 PARIS Cedex 15,

Représentée par Monsieur Laurent Azoulay agissant en qualité de directeur général et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Agissant en tant que mandataire du groupement, apéritur des autres coassureurs et interlocuteur privilégié du Souscripteur,

Ci-après dénommée « l'Apéritur », la « MGAS » ou « la Mutuelle »,

Et

RELYENS,

Par Relyens, on entend la société Relyens Mutual Insurance, société d'assurance mutuelle, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro 779 860 881 et dont le siège social est situé 18, rue Édouard Rochet 69372 LYON CEDEX 08,

Représentée par Monsieur Dominique GODET agissant en qualité de Directeur Général et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Et

Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de la santé et du social (MNH),

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 606 361 et dont le siège est situé 331, avenue d'Antibes 45200 Amilly,

Représentée par Monsieur Benoît FRASLIN, agissant en qualité de Président et Monsieur Jérôme ANÉ, agissant en qualité de Directeur Général Délégué, et ayant tous deux tout pouvoir à l'effet des présentes,

Et

MGEN,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 399 et dont le siège est situé 3, square Max Hymans 75748 Paris Cedex,

Représentée par Monsieur Stéphane ZNATY, agissant en qualité de Directeur Général et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Ci-après dénommés collectivement « les Parties ».

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Garanties optionnelles

PRÉAMBULE

Le Contrat se compose des parties suivantes :

- les Conditions Générales qui définissent notamment les obligations des Parties ainsi que les modalités d'application des garanties proposées,
- les Conditions Particulières qui comportent notamment la date d'effet du contrat, le calcul et le montant des cotisations, le niveau des garanties souscrites, les dérogations éventuelles aux conditions générales,
- leurs annexes et, le cas échéant, les avenants au Contrat,
- la convention de services « Engagements qualité de gestion ».

En cas de discordance, les Conditions Particulières l'emportent sur les Conditions Générales.

En cas de discordance, les pièces et documents de consultation du marché public (y inclus l'acte d'engagement et ses annexes) l'emportent sur les Conditions Particulières et les Conditions Générales.

CHAPITRE I. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1. Parties au Contrat

Un groupement de commandes a été constitué afin de passer le marché dénommé « PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE ET PREVOYANCE DES MINISTÈRES SOCIAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET AUTORITÉS ADMINISTRATIVES / PUBLIQUES ASSOCIÉS ». Dès lors, pour l'application du présent Contrat, ont la qualité de Souscripteur chaque ministère, établissement public, autorité administrative indépendante ou autorité publique indépendante associée listé à l'Annexe 1 des présentes Conditions Particulières.

Le soumissionnaire est un groupement d'opérateurs économiques répondant aux définitions, critères et conditions posés par les articles R.2142-19 et suivants du Code de la commande publique. Les opérateurs membres de ce groupement ont conclu un contrat de coassurance qui définit les rôles et les obligations de chacun des coassureurs.

Dans le cadre de l'offre qui lui a été faite par le soumissionnaire, et pour la conclusion du Contrat, le Souscripteur atteste avoir eu communication des Conditions Générales ainsi que des présentes Conditions Particulières et de ses Annexes.

Article 2. Prise d'effet du Contrat

Le Contrat prend effet à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les adhésions individuelles réalisées antérieurement dans le cadre de la pré-affiliation et de l'affiliation des bénéficiaires actifs et, le cas échéant, de leurs ayants droit prennent effet à la même date.

Les adhésions individuelles des bénéficiaires retraités et, le cas échéant, de leurs ayants droit, réalisées antérieurement à cette date prennent également effet au 1^{er} janvier 2026.

Les adhésions individuelles réalisées postérieurement au 1^{er} janvier 2026 prennent effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Article 3. Modification du Contrat

En complément de l'article 3 des Conditions Générales, et si la modification s'avère nécessaire à la bonne réalisation du marché, le Souscripteur peut solliciter la modification du Contrat dans le respect des dispositions des documents et pièces de la consultation N°PRA031348 et de celles du Code de la Commande publique.

Article 4. Résiliation du Contrat

Les dispositions du présent article complètent l'article 4 des Conditions Générales.

a. Résiliation par la Mutuelle

Par dérogation à l'article 4, a. des Conditions Générales, la faculté de résiliation de la Mutuelle ne pourra être exercée pendant les soixante (60) premiers mois d'application du Contrat.

Si la Mutuelle souhaite ne pas poursuivre au-delà des soixante (60) premiers mois, elle adressera une lettre de résiliation en s'obligeant au respect du délai de préavis de six (6) mois et de la procédure mentionnés à l'article 3.5 du règlement de la consultation.

L'usage ultérieur du droit de résiliation sera soumis aux conditions définies par les Conditions Générales.

b. Résiliation par le Souscripteur du fait de la non-reconduction du marché

En plus des cas de résiliation prévus par les Conditions Générales, le Souscripteur peut décider de la non-reconduction du marché. Cette non-reconduction entraîne la résiliation du Contrat et le terme des garanties dans les conditions fixées par les documents et pièces de la consultation.

Article 5. Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi

La Mutuelle présente à la Commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS) instituée auprès du Souscripteur un bilan annuel sur les comptes du Contrat de l'exercice précédent.

Conformément à l'article 5.13.2 du CCTP, cette présentation intervient avant le 31 août de l'exercice en cours.

Article 6. Respect des documents et pièces de la consultation

Le présent Contrat respecte les exigences ainsi que les dispositions de l'ensemble des documents et pièces émis par le Souscripteur dans le cadre de la consultation et en particulier :

- le règlement de la consultation,
- le cahier des charges fonctionnel et ses annexes,
- le cahier des charges techniques et ses annexes,
- le cahier des clauses administratives particulières,
- le cahier des clauses administratives générales (CCAG FCS) applicables aux marchés publics de prestations intellectuelles approuvé par l'arrêté du 30 mars 2021 (publié au JORF n°0078 du 1 avril 2021),
- l'accord ministériel du 14 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de santé et de prévoyance des Ministères sociaux, ainsi que des établissements publics et autorités indépendantes,
- le cas échéant, les actes spéciaux de sous-traitance et les avenants postérieurs à la notification de l'accord-cadre.

CHAPITRE II. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 7. Droit d'adhésion

Conformément à l'article 10 des Conditions Générales, l'adhésion aux garanties optionnelles frais de santé mises en œuvre par le Contrat est facultative.

Peuvent adhérer les catégories de bénéficiaires décrites dans le présent article.

a. Bénéficiaires actifs

Peuvent adhérer les agents actifs et assimilés du Souscripteur, tels que définis par l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Sont concernés tous les agents actifs employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'Annexe 1 des présentes Conditions Particulières et relevant des catégories suivantes :

- les fonctionnaires civils de l'Etat (titulaires et stagiaires),
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L.911-1 du code de la sécurité sociale,
- les ouvriers de l'Etat mentionnés au 5° de l'article L.6 du Code général de la fonction publique.

Ont également la qualité de bénéficiaire actif les agents qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :

- congé parental,
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales,
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale,
- congé de formation professionnelle,
- bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

b. Bénéficiaires retraités et bénéficiaires ayants droit

Peuvent également bénéficier des garanties optionnelles du Contrat :

- les ayants droit des agents actifs et assimilés du Souscripteur tels que définis à l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022,
- les agents retraités du Souscripteur ainsi que leurs ayants droit tels que définis aux articles 5, 6, 30 et 31 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Conformément à l'article 5 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, sont considérés comme ayants droit les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du Code civil,
- le partenaire (personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou retraité),
- le concubin (personne vivant en concubinage à un bénéficiaire actif ou retraité) dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil,
- l'enfant ou le petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L.196 du Code général des impôts, et qui est :
 - o âgé de moins de 21 ans,
 - o âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du Code du travail,
 - o reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées mentionnée à l'article L. 241-5 du Code de l'action sociale et des familles.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité.

Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un (1) an à compter de la date du décès du bénéficiaire.

Article 8. Conditions et modalités d'adhésion

L'adhésion au régime collectif frais de santé instauré par le Contrat est faite selon les conditions et modalités indiquées à l'article 11 des Conditions Générales, sous couvert des précisions ci-après :

a. Bulletin individuel d'adhésion

L'adhésion au Contrat est matérialisée par un bulletin individuel d'adhésion complété et signé par le Membre Participant et qui précise notamment les garanties, la date d'effet de son adhésion et le montant de la cotisation.

Lors de la complétude de son bulletin, l'agent indique l'option à laquelle il souhaite adhérer :

- option 1,
- option 2,
- option 3.

Ce bulletin d'adhésion peut se présenter soit sur support papier soit sur un autre support durable tel que prévu par la réglementation en vigueur. Le support durable peut consister en un bulletin d'adhésion dématérialisé ou un espace web dédié.

Seuls les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités remplissent le bulletin d'adhésion.

b. Espaces sécurisés dédiés

Pour ces adhésions, la Mutuelle met à la disposition du Souscripteur un extranet employeur qui permet notamment à la DRH du Souscripteur de réaliser les actions suivantes :

- gestion de la pré-affiliation unitaire et de masse,
- gestion des affiliations avec base et options,
- ajout et retrait d'ayants droit,
- radiation d'agents actifs,
- modification de la situation et des coordonnées de l'agent (dont les coordonnées bancaires),
- information et modification des entrées/sorties des agents,
- gestion des dispenses (via un outil spécifique de gestion des dispenses intégré dans l'extranet employeur),
- visualisation des cotisations dues par l'employeur,
- visualisation des règlements effectués par l'employeur,
- dépôt et téléchargement des justificatifs et documents contractuels,
- accès à l'ensemble de la documentation juridique, contractuelle et commerciale,
- contrôle de la diffusion de la notice d'information,
- consultation de la fiche de paramétrage DSN et des indicateurs DSN,
- gestion des habilitations d'accès avec et sans droits spécifiques pour certains utilisateurs,
- mise à disposition d'un espace « Prévention & social » qui permet notamment de formuler une demande d'action de prévention,
- envoi et réception de messages via la messagerie sécurisée.

Un espace adhérent est également mis à la disposition des bénéficiaires et, le cas échéant, de leurs ayants droit par la Mutuelle afin de réaliser notamment les actions suivantes :

- suivre l'évolution de leurs remboursements,
- télécharger leur carte de tiers-payant en cours d'année,

- transmettre des demandes de remboursement ou de prise en charge (facture, devis, etc.),
- déclarer les changements de situation familiale ou de rattachement,
- accéder aux services complémentaires (téléconsultation, analyse des symptômes, géolocalisation des professionnels de santé partenaires, etc.),
- accès à l'ensemble de la documentation juridique, contractuelle et commerciale,
- réaliser une demande de portabilité,
- converser avec un assistant virtuel (chatbot).

L'espace adhérent est accessible aux personnes en situation de handicap, conforme à 98,46 % au Référentiel général d'amélioration de l'accessibilité (RGAA).

La Mutuelle met à la disposition de la DRH du Souscripteur une hotline avec un numéro de téléphone et une adresse mail dédiés. Les services opérationnels de la Mutuelle pourront répondre à toutes questions sur le déploiement du nouveau contrat, les outils mis à votre disposition (espace employeur, DSN, etc.) et les processus d'affiliation ou de dispense.

L'adhésion des ayants droit au Contrat est réalisée par le Membre Participant soit via son espace adhérent soit par la signature d'un bulletin individuel d'affiliation (sur support papier ou sur support durable) dûment complété.

Article 9. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

L'adhésion au Contrat et aux garanties optionnelles prend effet conformément aux dispositions des Conditions Générales, sous réserve des précisions ci-après :

- pour les agents déjà retraités à la date de prise d'effet du Contrat : ils disposent d'un délai d'un (1) an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du Contrat, pour pouvoir y adhérer,
- pour les futurs agents retraités : ils devront quant à eux formuler leur souhait d'adhésion en qualité de retraités dans un délai d'un (1) an suivant leur cessation d'activité. La Mutuelle fera obligatoirement droit à leur demande d'adhésion.

Article 10. Actes de gestion

Une convention de qualité de services, signée par la Mutuelle et par le Souscripteur, détaille les engagements de qualité de service de la Mutuelle dans le cadre de sa relation avec les bénéficiaires du Contrat.

Ces engagements portent sur les thématiques suivantes :

- indicateurs de gestion et de suivi des contrats,
- indicateurs de gestion des contacts,
- indicateurs de gestion des prestations Santé,
- indicateurs de gestion des réclamations,
- indicateurs de la qualité perçue par les adhérents,
- indicateurs de reporting.

CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Article 11. Objet et nature des garanties frais de santé

Les garanties optionnelles frais de santé mises en œuvre par le Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément :

- des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- du contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par le Souscripteur, distinct du présent Contrat et mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022,
- des contrats collectifs à adhésion facultative conclus par le Souscripteur, distincts du présent Contrat et mettant en œuvre les garanties socle mentionnée par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 (pour les agents retraités et les ayants droit des agents actifs et des agents retraités).

Les garanties, les différents postes de soins ainsi que le montant des prestations sont détaillés acte par acte dans le tableau des prestations figurant à l'Annexe 2 des présentes Conditions Particulières.

Les prestations servies au titre du présent contrat interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et par le contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle, dans la limite des frais réels.

Article 12. Terme des garanties

En complément des dispositions de l'article 22 des Conditions Générales, les garanties optionnelles frais de santé cessent :

- pour les agents actifs : à la date où ils cessent d'être employés par le Souscripteur et ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 4.2.1 du CCTP,
- pour les bénéficiaires retraités : à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022,
- pour les ayants droit des bénéficiaires précédents :
 - o à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit,
 - o à la même date que celle de l'agent, la cessation des garanties pour les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités entraînant en tout état de cause celle de leurs éventuels ayants droit.

CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

Les garanties du Contrat sont délivrées en contrepartie du paiement des cotisations ci-après, sous couvert des sanctions prévues aux Conditions Générales en cas de non-paiement.

Article 13. Montant des cotisations

L'adhésion au Contrat et aux garanties optionnelles donne lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre du contrat collectif mettant en œuvre les garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Conformément au chapitre III du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et à l'article 4.5 du CCTP, le montant de ladite cotisation est déterminé comme suit :

- les cotisations des options sont exprimées sous la forme de cotisations Adulte / Enfant et en euros,
- par exception, pour les agents actifs :
 - o l'employeur public participe au financement de leur cotisation au titre des options,
 - o la cotisation à l'option 1 fait l'objet d'une solidarité en fonction de leur revenu, selon les mêmes modalités que pour les garanties socle.

Article 14. Paiement des cotisations

Le paiement des cotisations est effectué en euros et en France et les moyens de paiement doivent être libellés au bénéfice de la Mutuelle.

La cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous la seule responsabilité des bénéficiaires concernés mensuellement et par prélèvement bancaire.

Article 15. Évolution des cotisations

Les cotisations sont révisables dans les conditions fixées ci-après.

La révision des taux, assiette et montant des cotisations est effectuée à la date d'échéance du contrat, c'est-à-dire au 1^{er} janvier de chaque année.

Conformément aux exigences fixées par le Souscripteur, à législation constante et hors évolution des garanties, le montant de la cotisation initiale est maintenu au minimum jusqu'au 31 décembre 2026, soit pendant une durée d'un (1) an.

A l'issue de cette période, la Mutuelle peut proposer à la CPPS une évolution de la cotisation d'adhésion aux garanties optionnelles, motivée par l'une ou plusieurs des situations suivantes :

- aggravation de la sinistralité,
- évolutions démographiques,
- modification de la réglementation.

En cas d'évolution de la cotisation, la Mutuelle notifie au Souscripteur le nouveau taux quatre (4) mois avant le renouvellement annuel du Contrat par tacite reconduction.

Cette notification prend la forme d'une lettre d'information qui explique les raisons de la revalorisation et qui rappelle la faculté de résiliation dont disposent les bénéficiaires du Contrat ainsi que le formalisme attaché à cette démarche. Le Souscripteur informe les bénéficiaires de la modification de leur cotisation ainsi que de sa date de prise d'effet.

Article 16. Gratuité des cotisations

Conformément aux documents et pièces de la consultation, la gratuité des cotisations est proposée dans les cas suivants :

- pour les agents bénéficiaires actifs qui deviennent anciens agents non retraités : maintien des garanties à titre gratuit pendant une durée maximum de douze (12) mois, sous réserve du respect

des exigences posées par l'article 24 des Conditions Générales et par l'article 26 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022,

- pour les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités : à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans, sous réserve d'une disposition réglementaire plus favorable, conformément aux dispositions de l'article 25 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Article 17. Cotisations additionnelles

Le fonds d'aide à destination des retraités est alimenté par une cotisation additionnelle versée par l'ensemble des bénéficiaires du Contrat, dont le pourcentage est fixé, à la mise en place du dispositif, à 2 % des cotisations hors taxe acquittées.

Les prestations d'accompagnement social sont financées par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée, à la mise en place du dispositif, à 0,5 % des cotisations hors taxe et acquittées par l'ensemble des bénéficiaires.

Ces taux ainsi que les modalités de mise en œuvre de ces aides pourront évoluer chaque année dans les conditions prévues par les documents et pièces de la consultation.

CHAPITRE V. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

Article 18. Prévention

Les actions de prévention mises en œuvre par la Mutuelle s'inscrivent dans un cadre coordonné, en complémentarité avec les dispositifs existants mis en œuvre par le Souscripteur.

La Mutuelle propose au Souscripteur avant le 15 septembre de chaque année un programme d'actions de prévention qui sera mis en œuvre pour l'année suivante. Elle s'engage à organiser a minima cinq (5) actions de prévention par an.

Ces actions sont listées de manière non exhaustive ci-dessous :

- réalisation de campagnes de prévention, en particulier sur les risques psychosociaux,
- mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé,
- diffusion des contenus d'information santé,
- télémedecine dont téléconsultation médicale, deuxième avis médical,
- actions de dépistage (cholestérol, insuffisance rénale chronique, diabète),
- coaching bien-être (nutrition, sommeil, conduites addictives),
- lutte contre la sédentarité,
- promotion des bonnes pratiques en télétravail,
- promotion de pratiques et comportements favorables à la santé,
- lutte contre les addictions.

Article 19. Fonds d'aide aux retraités

L'objectif du fonds d'aide est de prendre en charge une partie de la cotisation des bénéficiaires retraités, permettant ainsi à ces derniers de s'acquitter d'une cotisation réduite, le complément étant prélevé par la Mutuelle sur le fonds, dans la limite de son montant.

L'octroi de cette aide est soumis à des conditions de ressources. La Mutuelle se charge de vérifier si les conditions d'éligibilité sont réunies.

Les modalités de mise en œuvre de cette aide pourront évoluer chaque année dans les conditions prévues par les documents et pièces de la consultation.

Article 20. Assistance

En application de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif auprès d'un organisme assistant.

Ce contrat a pour objet la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assistant, au bénéfice de l'ensemble des adhérents du présent Contrat, sans cotisation supplémentaire pour ces derniers.

L'assureur des garanties assistance est :

Inter Mutuelles Assistance SA, société anonyme à directoire et conseil de surveillance, enregistrée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 320 281 025 et dont le siège est situé 118 Avenue de Paris, CS 40 000, 79 033 NIORT CEDEX 9.

Certaines prestations d'assistance sont disponibles dès la prise d'effet de l'adhésion :

- conseil et accompagnement psychosocial (travailleur social),
- informations médicales,
- prévention nutrition santé,

- information juridiques et vie pratique,
- recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical,
- mise à disposition d'un espace web dédié.

L'assistant met également en œuvre des prestations d'assistance en cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation) de l'adhérent ou du conjoint :

- aide à domicile,
- présence d'un proche au chevet,
- livraison de médicaments,
- portage de repas, portage d'espèces,
- livraison de courses,
- coiffure à domicile,
- transfert et garde des animaux,
- fermeture du domicile quitté en urgence,
- préparation du retour au domicile,
- transfert post-hospitalisation chez un proche,
- transport aux rendez-vous médicaux et paramédicaux,
- déplacement d'un proche pour garde des enfants,
- transfert des enfants chez un proche,
- garde des enfants,
- conduite à l'école et le retour au domicile des enfants,
- conduite aux activités extrascolaires,
- remplaçante de garde d'enfant.

D'autres prestations d'assistance mises en œuvre par l'assistant sont listées de manière non-exhaustive ci-dessous :

- en cas de grossesse pathologique : aide-ménagère, déplacement d'un proche pour garde des enfants, transfert des enfants chez un proche, garde des enfants,
- en cas d'évènement traumatisant : soutien psychologique.

CHAPITRE VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 21. Protection des données à caractère personnel

En complément de l'article 43 des Conditions Générales, les membres du groupement d'opérateurs économiques listés à l'article 1 des présentes Conditions Particulières disposent, en tant que coassureurs, de la qualité de responsable de traitement autonome et pourront, à ce titre, être destinataires de données à caractère personnel.

Les membres du groupement s'engagent à respecter la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

Fait à PARIS,

Le jj/mm/aaaa

SIGNATURES :

Pour le Souscripteur :

Pour les Ministères sociaux (MinSo)

Représentés par _____

Pour les Coassureurs :

Pour MGAS

Représentée par Laurent Azoulay, Directeur général



MUTUELLE GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES
Laurent AZOULAY
Directeur Général
Siège Social
98 Avenue de Sully
75730 Paris Cedex 15

Pour RELYENS

Représentée par _____

Pour MNH

Représentée par _____

Pour MGEN

Représentée par _____

Conditions particulières

Garanties optionnelles

Annexes

ANNEXE 1 : PÉRIMÈTRE DU CONTRAT

Conformément à l'accord ministériel du 14 juin 2024 figurant en annexe 6 du CCTP, le régime collectif frais de santé instauré par le Contrat s'applique aux :

- Ministères Sociaux dont les Ministères des Affaires Sociales et de la Santé et aux Ministères de l'Emploi et du Travail,
- Autorités Régionales de Santé (ARS),
- établissements publics administratifs (EPA) rattachés ou associés,
- autorités administratives indépendantes et autorités publiques indépendantes (API).

Sont considérés comme des EPA / API :

EPA

Agences régionales de santé

Agence de biomédecine

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

Autorité des relations sociales des plateformes d'emploi (ARPE)

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la FPH (CNG)

Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)

Ecoles des hautes études en santé publique

Établissement pour l'insertion dans l'emploi (EPIDE)

Institut national des jeunes aveugles Paris

Institut national des jeunes sourds de Bordeaux

Institut national des jeunes sourds de Chambéry

Institut national des jeunes sourds de Metz

Institut national des jeunes sourds de Paris

Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP)

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Santé publique France

Établissement de Retraite additionnelle de la Fonction publique (ERAFP)

API

Haute Autorité de Santé (HAS)

ANNEXE 2 : FRAIS DE SANTE – GARANTIES OPTIONNELLES

Pour le socle, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie.

Pour les options, les garanties incluent le remboursement par l'assurance maladie et par le socle complémentaire (panier de soins interministériel).

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires (consultations et actes techniques)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	180% BR	180% BR	200% BR
Forfaits et Frais de Séjour				
Forfait journalier hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Forfait actes lourds	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Chambre particulière				
Court séjour et maternité	50 €	60 €	70 €	80 €
Soins de suite	40 €	40 €	50 €	60 €
Psychiatrie	45 €	45 €	50 €	60 €
Ambulatoire	25 €	25 €	25 €	25 €
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné	38,5 €	38,5 €	38,5 €	38,5 €
Etablissement non conventionné	25 €	25 €	25 €	25 €
Autres				
Fécondation in vitro refusée par le RO	-	-	-	50 €
Honoraires médicaux				
Honoraires pour les médecins généralistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	140% BR	160% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Honoraires pour les médecins spécialistes (consultations, visites et soins)				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	160% BR	250% BR	300% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	200% BR
Actes techniques médicaux				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	150% BR	150% BR	150% BR	160% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	130% BR	130% BR	140% BR
Imagerie médicale				
Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	160% BR	170% BR
Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	140% BR	150% BR
Mammographie médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130% BR	140% BR	250% BR	250% BR
Mammographie médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	100% BR	120% BR	200% BR	200% BR
Autres				
Ostéodensitométrie refusée par le RO	80 €	100 €	100 €	100 €

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Transport				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, etc	100% BR	120% BR	120% BR	120% BR
Masseurs-kinésithérapeutes	130% BR	130% BR	130% BR	130% BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments				
Médicaments remboursés par le RO à 65 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 30 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés par le RO à 15%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie prescrite refusée par le RO	70 €	70 €	70 €	70 €
Prise en charge de la contraception non remboursée par le RO		110 €	180 €	180 €
Matériel médical				
Orthèses	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Accessoires, pansements, petit appareillage, orthopédie	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Autres prothèses acceptées par le RO	200% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Grand appareillage dont véhicule en cas d'handicap	100% BR	250% BR	300% BR	300% BR
Equipements Panier Libre (Hors 100% Santé)				
Aide auditive par oreille - 21 ans	800 €	1400 €	1400 €	1400 €
Aide auditive par oreille 21 ans et +	800 €	800 €	1000 €	1000 €
Equipements Panier 100% Santé				
Aide auditive par oreille - 21 ans (dans la limite des prix limites de vente au public)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Aide auditive par oreille 21 ans et + (dans la limite des prix limites de vente au public)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Accessoires prothèses auditives				
Soins dentaires				
Soins dentaires	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR
Prothèses dentaires 100% Santé *				
Prothèses dentaires	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Inlay Core	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Prothèses Dentaires - Panier Reste à charge maîtrisé **				
Prothèses fixes	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Prothèses amovibles	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Prothèses provisoires	375% BR	375% BR	400% BR	400% BR
Inlay Core	375% BR	375% BR	400% BR	425% BR
Inlays onlays d'obturation	150% BR	200% BR	400% BR	400% BR
Prothèses Dentaires - Panier libre **				
Prothèses fixes sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses fixes sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses amovibles sur dent visible	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Prothèses amovibles sur dent non visible	250% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses provisoires	300% BR	300% BR	325% BR	350% BR
Inlay Core	200% BR	200% BR	200% BR	225% BR

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Implantologie				
Implants	500 €	600 €	650 €	800 €
Nombre par an	2	2	2	2
Couronne sur implants	200 €	400 €	450 €	500 €
Nombre par an	2	2	2	2
Orthodontie				
Traitement accepté par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Contention acceptée par le RO	250% BR	300% BR	350% BR	400% BR
Traitement refusé par le RO	400 €	400 €	400 €	400 €
Contention refusée par le RO	400 €	400 €	400 €	400 €
Equipements Hors 100% Santé - Adulte (plus de 18 ans)				
Verre simple (par verre)	60 €	60 €	80 €	100 €
Verre complexe unifocal (par verre)	110 €	110 €	130 €	150 €
Verre complexe multifocal (par verre)	150 €	150 €	170 €	190 €
Verre très complexe (par verre)	200 €	200 €	240 €	350 €
Monture	50 €	50 €	60 €	80 €
Equipements Hors 100% Santé - Enfant (moins de 18 ans)				
Verre simple (par verre)	60 €	60 €	70 €	80 €
Verre complexe unifocal (par verre)	110 €	110 €	120 €	130 €
Verre complexe multifocal (par verre)	150 €	150 €	160 €	170 €
Verre très complexe (par verre)	200 €	200 €	240 €	300 €
Monture	50 €	50 €	60 €	70 €
Autres				
Lentilles prescrites acceptées par le RO	100 €	150 €	200 €	200 €
Lentilles prescrites refusées par le RO	100 €	150 €	200 €	200 €
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €	400 €	400 €	600 €
Cures Thermales				
Traitement, frais d'hébergement	100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Transport	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR
Honoraires	100% BR	100% BR	200% BR	300% BR
Médecine douce				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étiope, chiropracteur, podologue-pédicure (en € / séance)	40 €	40 €	40 €	40 €
Nombre par an	2	4	4	5
Psychologue (en € / séance)	30 €	40 €	40 €	40 €
Nombre par an	4	4	8	8
Séances prises en charges par le RO - Dispositif Mon psy		100% BR	100% BR	100% BR

Postes de soins	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Actes de prévention (Conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale)				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif (par acte)	183 €	183 €	183 €	183 €
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Vaccins prescrits refusés SS	80 €	80 €	80 €	80 €
Substituts nicotiniques en complément SS				
Consultation diététique				
Ostéodensitométrie osseuse				
Bilan parodontal	80 €	80 €	80 €	80 €
Contraception / test de grosses				
Caryotype fœtal refusés SS		150 €	150 €	150 €
Equipement anti-asthme		150 €	150 €	150 €

- (1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques
- (2) Tels que définis réglementairement.
- (3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.