

CONDITIONS PARTICULIÈRES

MINISTÈRES SOCIAUX / MGAS

CONTRAT COLLECTIF A ADHÉSION OBLIGATOIRE

FRAIS DE SANTE - GARANTIES SOCLE

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



Table des matières – conditions particulières – garanties socle

PRÉAMBULE	4
CHAPITRE I.	DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF.....4
Article 1.	Parties au Contrat4
Article 2.	Prise d'effet du Contrat.....4
Article 3.	Modification du Contrat.....4
Article 4.	Résiliation du Contrat5
a.	Résiliation par la Mutuelle5
b.	Résiliation par le Souscripteur du fait de la non-reconduction du marché5
Article 5.	Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi5
Article 6.	Respect des documents et pièces de la consultation5
CHAPITRE II.	DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF6
Article 7.	Droit d'adhésion.....6
a.	Bénéficiaires à titre obligatoire6
b.	Cas de dispense6
c.	Bénéficiaires à titre facultatif.....6
Article 8.	Conditions et modalités d'adhésion.....7
a.	Bulletin individuel d'adhésion7
b.	Vérification et validation des dispenses.....7
c.	Prise d'effet8
d.	Espaces sécurisés dédiés.....8
Article 9.	Engagements de qualité de gestion.....9
CHAPITRE III.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES10
Article 10.	Objet et nature des garanties frais de santé10
Article 11.	Terme des garanties10
CHAPITRE IV.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS.....11
Article 12.	Montant des cotisations11
Article 13.	Paiement des cotisations.....11
Article 14.	Évolution des cotisations.....11
Article 15.	Gratuité des cotisations.....12
Article 16.	Cotisations additionnelles12
Article 17.	Participation aux bénéfices12
CHAPITRE V.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES13
Article 18.	Prévention13
Article 19.	Fonds d'aide aux retraités13
Article 20.	Assistance.....13
CHAPITRE VI.	DISPOSITIONS DIVERSES15
Article 21.	Protection des données à caractère personnel.....15
ANNEXE 1 : PÉRIMÈTRE DU CONTRAT.....	18
ANNEXE 2 : FRAIS DE SANTE – GARANTIES SOCLE.....	19

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 LES COASSUREURS :

La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS),

Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la 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 75 748 Paris Cedex 15,

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 socle

PRÉAMBULE

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'e-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'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 7. Droit d'adhésion

a. Bénéficiaires à titre obligatoire

Conformément à l'article 10, a. des Conditions Générales, l'adhésion aux garanties socle du Contrat des agents actifs et assimilés du Souscripteur, tels que définis par l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, est obligatoire, sous réserve des cas de dispense prévus à l'article 10, b. des Conditions Générales.

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 et sont donc soumis à l'obligation d'adhésion au Contrat 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. Cas de dispense

Par dérogation au caractère obligatoire du Contrat, et conformément à l'article 10, b. des Conditions Générales et à l'article 3 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, peuvent être dispensés d'adhésion les agents répondant aux situations mentionnées ci-après :

- les agents bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS),
- les agents couverts par un contrat individuel en complémentaire santé, jusqu'à la date d'échéance de ce contrat dans la limite de douze (12) mois,
- les agents en contrat à durée déterminée (CDD) s'ils bénéficient d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident,
- les agents bénéficiaires par ailleurs, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit :
 - o d'un dispositif de couverture collective à adhésion obligatoire mis en place dans une entreprise de droit privé, que l'adhésion des ayants droit audit dispositif soit obligatoire ou facultative,
 - o d'une couverture individuelle prévue au I. de l'article L.911-7-1 du Code de la Sécurité sociale,
 - o du régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,
 - o d'une couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L.827-2 du Code général de la fonction publique,
 - o d'une couverture collective des militaires en application de l'article L.4123-3 du Code de la défense.

c. Bénéficiaires à titre facultatif

Peuvent bénéficier à titre facultatif des garanties socle 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,
- les agents actifs du Souscripteur avec suspension de leur contrat de travail (notamment pour le motif « disponibilité pour création d'entreprise »).

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 d'adhésion complété et signé par l'agent et qui précise notamment les garanties, la date d'effet de son adhésion et le montant de la cotisation.

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. Vérification et validation des dispenses

Les agents estimant relever d'un des cas de dispense listé à l'article 6, b. des présentes Conditions Particulières doivent formuler leur demande par écrit, accompagnée des justificatifs nécessaires.

La vérification et la validation des dispenses est effectuée par la Mutuelle qui :

- réceptionne les demandes de dispenses et les justificatifs,
- vérifie la validité des justificatifs de dispense transmis par l'agent, lors de la demande de dispense et, le cas échéant, à chaque échéance de son renouvellement,
- indique à l'agent si sa dispense est acceptée, met cette information à jour et, le cas échéant, informe le Souscripteur,
- traite l'échéance de la dispense (sollicite l'agent pour l'envoi d'un nouveau justificatif, y compris les relances de l'agent en cas d'absence de réponse tant à l'initialisation du dispositif qu'au fil de l'eau).

Le maintien des dérogations est subordonné à la fourniture annuelle des justificatifs par l'agent.

Tout refus de demande de dispense est confirmé par l'envoi d'un écrit à l'agent par la Mutuelle.

A défaut de production des justificatifs ou lorsque l'agent ne relève pas d'un des cas de dispense au moment de son adhésion, l'agent est automatiquement et systématiquement affiliés au Contrat dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de refus de la demande de dispense par la Mutuelle.

c. Prise d'effet

Pour les bénéficiaires actifs couverts à titre obligatoire :

L'adhésion au Contrat prend effet automatiquement le 1^{er} janvier 2026 ou à la date d'embauche ou d'entrée de l'agent dans la population employée par le Souscripteur, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du Contrat ou à la date de fin de la dispense, si celle-ci n'a pas été renouvelée.

Pour les bénéficiaires couverts à titre facultatif :

Les agents déjà retraités à la date de prise d'effet du Contrat 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.

Les futurs agents retraités 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.

L'adhésion des bénéficiaires retraités et des bénéficiaires ayants droit prend effet :

- par principe, au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion,
- à défaut, à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

d. 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. Engagements de qualité 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 10. Objet et nature des garanties frais de santé

Les garanties 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.

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 s'entendent, sauf mention contraire, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale et dans la limite des frais réels engagés par le bénéficiaire.

Article 11. Terme des garanties

En complément des dispositions de l'article 20 des Conditions Générales, les garanties socle 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.

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 12. Montant des cotisations

Conformément au chapitre III du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et à l'article 4.5 du CCTP, le montant des cotisations est déterminé selon les catégories de bénéficiaires du Contrat :

- pour l'ensemble des bénéficiaires :
 - o elles sont fonction de la cotisation d'équilibre du Contrat qui est déterminée selon les conditions fixées par l'arrêté du 30 mai 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat,
 - o elles sont majorées, le cas échéant, des cotisations additionnelles mentionnées à l'article 16 des présentes Conditions Particulières,
- pour les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit : elles ne varient ni en fonction de leur état de santé ni en fonction de l'âge (à l'exception de la majoration des cotisations enfants et petits-enfants à compter de 21 ans),
- pour les bénéficiaires retraités et leurs ayants droit : elles peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire mais, au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, le montant n'évolue plus en fonction de l'âge.

Article 13. 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.

Le paiement des cotisations est réalisé selon les exigences et dans les conditions fixées par les documents et pièces de la consultation :

- pour les agents actifs et assimilés au sens du I. et du II. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 (y compris pour les agents percevant une rémunération partielle) : la cotisation est recouvrée mensuellement via précompte sur leur bulletin de paie selon les modalités définies par l'annexe 2 du CCTP,
- pour les agents actifs dont la rémunération a été suspendue : en cas d'impayé, l'intégralité de la cotisation manquante (part employeur et part agent) est acquittée par l'employeur directement auprès de la Mutuelle selon les modalités définies par l'article 4.5.1 du CCTP,
- pour les autres catégories de bénéficiaires : la cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous la seule responsabilité des bénéficiaires concernés ; le paiement est effectué par prélèvement bancaire le 28 de chaque mois.

Article 14. 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.

En application de l'article 4.1.3 du CCAP, au-delà de la période de maintien des taux de cotisations, donc à compter du 1^{er} janvier 2027, les taux pourront être revus après avis de la CPPS en fonction de l'évolution des résultats annuels du Contrat collectif afin de tenir compte de l'évolution de la charge des prestations par rapport aux cotisations encaissées (P/C) et des éventuelles évolutions réglementaires.

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 pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

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 15. 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 23 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 16. 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.

Article 17. Participation aux bénéfices

Un mécanisme de participation aux bénéfices est mis en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires du Contrat. Seules les cotisations perçues au titre des garanties socle sont concernées par ce mécanisme.

Cette participation aux bénéfices alimente une réserve de participation, gérée chez la Mutuelle.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, cette réserve est intégralement transférée au nouvel assureur, sans pénalité, dans un délai qui ne peut excéder douze (12) mois au-delà de la résiliation des conventions d'assurance.

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 42 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 de base

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 SOCLE

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).

Poste de soins	Remboursement
Catégorie Hospitalisation et Soins courants	
Hospitalisation	
Honoraires (1)	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	130 %
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour	Frais réels
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Frais réels
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière	(sans limitation de durée)
Court séjour et maternité	50 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Établissement conventionné	38,50 € / nuit
Établissement non conventionné	25 € / nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	Praticien OPTAM/OPTAM-CO : 100 % Praticien non OPTAM/OPTAM-CO : 100 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	Praticien OPTAM/OPTAM-CO : 150 % Praticien non OPTAM/OPTAM-CO : 130 %
Actes techniques médicaux	Praticien OPTAM/OPTAM-CO : 150 % Praticien non OPTAM/OPTAM-CO : 130 %
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	130 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	100 %
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	70 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	200 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %

Catégorie Dentaire	
Dentaire	
Soins et prothèses	100% Santé (2)
Soins (hors 100% Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100%
Prothèses (hors 100% Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	375 %
Prothèses amovibles	375 %
Prothèses provisoires	375 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	150 %
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Dent visible : 300 %
	Dent non visible : 250 %
Prothèses amovibles	Dent visible : 300 %
	Dent non visible : 250 %
Prothèses provisoires	300 %
Inlay Core	200 %
Inlays onlays d'obturation	
Implantologie	
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	250 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre
Catégorie Aides auditives	
Aides auditives	
Équipements 100 % Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre (3)	800 €
Catégorie Optique	
Optique	
Équipements 100 % Santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre	
Monture	50 €
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	100 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	60 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €

Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	150 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre $\leq$ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq$ + 8	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €
Cylindre $\geq$ + 0,25, sphère < - 8	200 €
Catégorie Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)
Actes refusés par la sécurité sociale	Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique
Contraception, tests de grossesse	80 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

- (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.