



Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

PREAMBULE 4

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4

Article 1.	Objet.....	4
Article 2.	Prise d'effet, durée et modification du Contrat	4
Article 3.	Définitions	5
Article 4.	Renonciation à l'adhésion individuelle.....	6
Article 5.	Résiliation de l'adhésion individuelle au Contrat.....	7
Article 6.	Information des Membres Participants	8
Article 7.	Territorialité.....	8
Article 8.	Prescription - Interruption de la prescription	9
Article 9.	Subrogation	10
Article 10.	Contrôles médicaux.....	11
Article 11.	Dispositions relatives au tiers payant	12
Article 12.	Déchéance des droits à prestations en cas de fraude.....	12
Article 13.	Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	12
Article 14.	Réticence ou fausse déclaration intentionnelle	13
Article 15.	Procédure collective ouverte contre le Souscripteur	13
Article 16.	Langue et droit applicables	13
Article 17.	Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution	13
Article 18.	Protection des données à caractère personnel	14
Article 19.	Réclamation.....	17
Article 20.	Médiation.....	17

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES..... 18

Article 21.	Bénéficiaires des garanties.....	18
Article 22.	Cas de dispense	21

CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ SOCLE 21

Article 23.	Définition des garanties.....	21
Article 24.	Modalités d'adhésion	22
Article 25.	Prise d'effet de l'adhésion.....	23
Article 26.	Maintien de garanties	23
Article 27.	Cessation des garanties	25

CHAPITRE 4 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER 25

Article 28.	Objet et définition des garanties panier de soins à l'étranger	25
Article 29.	Conditions et modalités de l'adhésion aux garanties panier de soins à l'étranger	26
Article 30.	Prise d'effet de l'adhésion aux garanties panier de soins à l'étranger.....	26
Article 31.	Cessation des garanties	26
Article 32.	Résiliation des garanties panier de soins à l'étranger.....	27

CHAPITRE 5 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPTIONNELLES..... 27

Article 33.	Objet et définition des garanties optionnelles.....	27
Article 34.	Adhésion et choix d'une garantie optionnelle.....	28
Article 35.	Renonciation à l'adhésion aux garanties optionnelles.....	29
Article 36.	Prise d'effet et modalités de modification d'une garantie optionnelle	29
Article 37.	Cessation des garanties optionnelles	30
Article 38.	Résiliation des garanties optionnelles	30

CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 31



Article 39.	Caractère solidaire et responsable des garanties	31
Article 40.	Demande de remboursements.....	34
Article 41.	Prestations indument versées	35
Article 42.	Limites de remboursement.....	36
Article 43.	Limitations de garanties	36
Article 44.	Exclusion de garanties	37

CHAPITRE 7 - COTISATIONS..... 38

Article 45.	Détermination du montant des cotisations	38
Article 46.	Cotisations additionnelles	38
Article 47.	Cotisation des garanties socle.....	38
Article 48.	Cotisation des garanties optionnelles.....	40
Article 49.	Cotisation des garanties panier de soins à l'étranger	40
Article 50.	Révision des cotisations.....	40
Article 51.	Règlement des cotisations.....	41
Article 52.	Non-paiement des cotisations	42

CHAPITRE 8 - GARANTIES EN INCLUSION..... 43

Article 53.	Réseau de soins Santéclair	43
Article 54.	Garanties d'assistance.....	44
Article 55.	Actions de prévention	44

CHAPITRE 9 – LISTE DES ANNEXES 45

Annexe 1 : Tableau de garanties 2026 du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et des établissements publics et autorités administratives/publiques associés..... 46

Annexe 2 : Tableau des garanties 2026 pour les agents affectés à l'étranger – Panier de soins à l'étranger 50

Annexe 3 : Santéclair 54

Annexe 4 : MGAS Assistance 58

Annexe 5 : Périmètre du Contrat..... 60



PREAMBULE

La présente Notice d'information, à effet du 1^{er} janvier 2026, a pour objet, en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, de définir les garanties prévues par le contrat collectif à adhésion obligatoire et selon les cas, facultative, ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le contrat collectif est souscrit par le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (MTSSF), ci-après dénommé « Souscripteur », auprès de la Mutuelle Générale des Affaires Sociales, ci-après dénommée « Mutuelle » ou « 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 social est situé 96 avenue de Suffren 75730 Paris Cedex 15.

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1. Objet

Le présent contrat collectif, dénommé ci-après le Contrat, est constitué des **Conditions générales** et des **Conditions particulières**.

Le Contrat a pour objet, conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et aux statuts de la Mutuelle, de définir les modalités et conditions selon lesquelles la Mutuelle assure la mise en œuvre au bénéfice des agents actifs du Souscripteur, de ses agents retraités et le cas échéant de leurs ayants droit, tels que définis au Contrat, des garanties collectives « **Frais de santé** » suivantes :

- Les **garanties de base**, ou panier de soins interministériel, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire (par exemple la Caisse de sécurité sociale de Mayotte ou la Caisse des Français de l'étranger) au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- Le cas échéant, les **garanties optionnelles**, en complément des remboursements effectués par l'un des régimes obligatoires, et des garanties de base.

L'adhésion au Contrat des agents actifs du Souscripteur est **obligatoire**, sauf cas de dispense. L'adhésion des agents retraités du Souscripteur ainsi que celle des ayants droit de ces deux catégories de bénéficiaires est **facultative**.

En souscrivant à ce Contrat auprès de la MGAS, le Souscripteur devient « Membre Honoraire » de celle-ci. En adhérant au Contrat, les agents actifs et les agents retraités du Souscripteur acquièrent la qualité de « Membres Participants » de la MGAS.

Article 2. Prise d'effet, durée et modification du Contrat

Date de prise d'effet du contrat

Le Contrat prendra effet le 1^{er} janvier 2026.

Les adhésions individuelles réalisées antérieurement dans le cadre de la pré-affiliation et de l'affiliation des bénéficiaires actifs et 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.



Durée du Contrat

Le Contrat est conclu pour une période allant de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année de sa conclusion. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un (1) an, sauf résiliation dans les conditions fixées à l'article 5 de la présente Notice d'information.

Modification du contrat

Toute modification du Contrat doit faire l'objet d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle, précisant sa portée et sa date de prise d'effet.

Cependant, en application de l'article L.221-5 du Code de la mutualité, les modifications visant à mettre le Contrat en conformité avec la réglementation applicable au contrat responsable et solidaire sont réputées acceptées, à défaut d'opposition par écrit du souscripteur dans les trente (30) jours à compter de la notification par la Mutuelle.

Le Souscripteur informe les bénéficiaires des modifications intervenues, dans les conditions prévues par l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

Tout bénéficiaire ayant droit et bénéficiaire retraité peut, dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de cette notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 3. Définitions

Ayants droit : Le conjoint, le partenaire, le concubin, les enfants et petits-enfants des bénéficiaires actifs et bénéficiaires retraités dans les conditions posées par l'accord interministériel du 26 janvier 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'État et par le décret n°2022-633 du 22 avril 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'État.

Bénéficiaires : Les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités ainsi que les bénéficiaires ayants droit de ces deux catégories dans les conditions posées par l'accord interministériel du 26 janvier 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'État et par le décret n°2022-633 du 22 avril 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'État.

Actifs : Les agents employés et rémunérés par un employeur public au sens du I. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 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, ainsi que les agents placés dans l'une des situations visées au II. de l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 susmentionné.

Retraités : Les agents retraités de l'Employeur réunissant les conditions posées par le I. de l'article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Contrat socle : Contrat à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents tels que définis à l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 et à adhésion facultative pour leurs ayants droit, les retraités et leurs ayants droit tels que définis aux articles 4 et 5 du décret précité, et relatif au panier de soins (garanties socle) défini par l'accord interministériel conclu le 26 janvier 2022 et transposé par le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 et l'arrêté du 30 mai 2022.



Contrat socle des agents affectés à l'étranger : Contrat à caractère collectif et à adhésion obligatoire pour les agents actifs affectés à l'étranger et facultatifs pour leurs ayants droit, tels que définis dans les documents et pièces de la consultation.

Contrat relatif aux garanties optionnelles : Contrat à caractère collectif et facultatif pour les agents tels que définis à l'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, leurs ayants droit et les retraités et leurs ayants droit tels que définis aux articles 4 et 5 du décret précité et relatif aux garanties optionnelles (option 1, option 2 et option 3). Ce contrat complète le contrat socle.

DSN (déclaration sociale nominative) : Déclaration en ligne mensuelle et centralisée, effectuée à partir de la fiche de paie et destinée à communiquer des informations relatives à chaque salarié aux organismes sociaux et aux administrations concernées.

Membre Participant (ou adhérent) : Personne physique qui en complétant et en signant le bulletin individuel d'adhésion, devient adhérente au Contrat. Seuls les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités décrits précédemment peuvent acquérir la qualité de Membre Participant.

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles : Employeur public souscripteur du présent Contrat collectif, composé du ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, ainsi que des Autorités Régionales de Santé (ARS), des Etablissements Publics Administratifs (EPA) rattachés ou associés, des Autorités Administratives Indépendantes (AAI) et des Autorités Publiques Indépendantes (API).

Réclamation : Expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service (y compris auprès d'un délégataire ou d'un mandataire du professionnel) auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit. Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

Souscripteur (ou employeur) : Personne morale ayant souscrit au Contrat composé des Conditions Générales et des Conditions Particulières et soit employeur soit ancien employeur de l'adhérent personne physique. Un groupement de commandes a été constitué afin de passer le marché dénommé « PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE ET PREVOYANCE DES MINISTERES SOCIAUX ET DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET AUTORITES ADMINISTRATIVES / PUBLIQUES ASSOCIES ». Dès lors, pour l'application du présent Contrat, ont la qualité de Souscripteur chaque ministère, établissement public rattaché ou associé, autorité administrative indépendante ou autorité publique indépendante listés à l'Annexe 5 de la présente Notice d'information.

Article 4. Renonciation à l'adhésion individuelle

Conformément aux dispositions des articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, les bénéficiaires dont l'adhésion revêt un caractère facultatif peuvent renoncer à leur adhésion au Contrat par l'envoi à la Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) ou d'une lettre recommandée électronique (LRE) pendant un délai de quatorze (14) jours à compter du premier versement de cotisation.

Le bulletin individuel d'adhésion mis à leur disposition par la Mutuelle comporte les mentions obligatoires d'information prévues par les articles précités.



Cette renonciation peut être effectuée selon le modèle suivant : « Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer au contrat collectif facultatif / aux garanties optionnelles [référence], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature. »

Les Membres Participants peuvent également remplir et transmettre le modèle de formulaire de renonciation ou toute autre déclaration dénuée d'ambiguïté sur le site internet de la Mutuelle.

Article 5. Résiliation de l'adhésion individuelle au Contrat

5.1. Bénéficiaires couverts à titre obligatoire

L'adhésion des agents actifs au régime collectif santé instauré par le Contrat est obligatoire, sous réserve des cas de dispense visés au chapitre suivant.

Compte tenu de son caractère obligatoire, les agents actifs ne peuvent pas résilier leur adhésion au Contrat.

5.2. Bénéficiaires couverts à titre facultatif

La faculté de résiliation n'est offerte qu'aux bénéficiaires couverts à titre facultatif, c'est-à-dire les agents retraités, les ayants droit des agents actifs et les ayants droit des agents retraités, selon les modalités suivantes :

- à l'échéance du Contrat, en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois avant l'échéance annuelle,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un (1) an de bénéfice des garanties. La résiliation prendra alors effet un (1) mois après la notification par le bénéficiaire auprès de la Mutuelle,
- lorsque des modifications significatives apportées au Contrat changent leurs droits et obligations, dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.

Cette résiliation entraîne automatiquement la résiliation des garanties optionnelles, dans les mêmes conditions. En revanche, la résiliation des garanties optionnelles n'a pas d'effet sur l'adhésion au Contrat socle.

Pour les ayants droit, la demande de résiliation est effectuée par l'agent actif ou par l'agent retraité.

Dans tous les cas, les agents respectent les conditions et les modalités prévues par les articles L.221-10, L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

■ Résiliation annuelle

Le Membre Participant peut user de sa faculté de résiliation à l'échéance du Contrat, en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois avant l'échéance annuelle.

La faculté de résiliation annuelle s'exerce :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit par voie électronique,
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication.

■ Résiliation infra-annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, il peut également mettre fin à son adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.



Il convient d'entendre comme « première souscription », la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé, le cas échéant.

La faculté de résiliation peut s'exercer :

- en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité,
- par l'intermédiaire d'un nouvel organisme de complémentaire santé.

La résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Dès réception de la demande de résiliation, la Mutuelle communique par tout support durable au Membre participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci, ainsi que de son droit à être remboursé du solde mentionné ci-dessous, dans le délai de trente (30) jours.

Le Membre Participant n'étant redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, soit jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Article 6. Information des Membres Participants

Le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre Participant une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit notamment les garanties prévues par le Contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La présente Notice d'information précise également et en caractère très apparents le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur s'engage également à remettre à chaque agent un exemplaire des statuts et du règlement intérieur institutionnel de la Mutuelle.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, le Souscripteur est enfin tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle et ce trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice, des statuts et du règlement intérieur institutionnel de la Mutuelle aux membres participants ainsi que les informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe au Souscripteur.

Article 7. Territorialité

Le Contrat s'exerce en France Métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et dans les collectivités d'outre-mer (COM).

Toutefois, la Mutuelle participe à la couverture des risques « frais de santé » survenus à l'étranger, dans la mesure où elle peut procéder à la reconstitution des prestations de base qui auraient été payées par le régime de Sécurité Sociale français.

Pour les agents affectés à l'étranger bénéficiant du régime de protection sociale complémentaire en santé défini par l'accord interministériel précité à l'article 3 de la présente Notice d'information, les garanties applicables sont celles du panier de soins à l'étranger, distinct du panier de soins socle interministériel. Ce panier fait l'objet d'un tableau de garanties spécifique figurant en Annexe 2 de la présente Notice d'information.

Il est à noter que :

MGAS – Notice d'information

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (MTSSF)

Frais de Santé – effet 1^{er} janvier 2026



- les soins reçus à l'étranger relèvent exclusivement de ce panier de soins étranger,
- les soins reçus en France par ces agents relèvent du panier de soins socle interministériel.

Article 8. Prescription - Interruption de la prescription

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.221-11 DU CODE DE LA MUTUALITÉ, TOUTES ACTIONS DÉRIVANT DU CONTRAT SONT PRESCRITES PAR DEUX (2) ANS À COMPTER DE L'ÉVÈNEMENT QUI Y DONNE NAISSANCE.

TOUTEFOIS, CE DÉLAI NE COURT :

- EN CAS DE RÉTICENCE, OMISSION, DÉCLARATION FAUSSE OU INEXACTE SUR LE RISQUE COURU, QUE DU JOUR OÙ LA MUTUELLE EN A EU CONNAISSANCE,
- EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE, QU'À COMPTER DU JOUR OÙ LES INTERESSÉS EN ONT EU CONNAISSANCE, S'ILS PROUVENT QU'ILS L'ONT IGNORÉ JUSQUE-LÀ.

QUAND L'ACTION DU MEMBRE PARTICIPANT, DU BÉNÉFICIAIRE OU DE L'AYANT DROIT CONTRE LA MUTUELLE OU L'UNION A POUR CAUSE LE RECOURS D'UN TIERS, LE DÉLAI DE PRESCRIPTION NE COURT QUE DU JOUR OÙ CE TIERS A EXERCÉ UNE ACTION EN JUSTICE CONTRE LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT, OU A ÉTÉ INDEMNISÉ PAR CELUI-CI.

CONFORMÉMENT À L'ARTICLE L.221-12 DU CODE DE LA MUTUALITÉ, LA PRESCRIPTION PEUT ÊTRE INTERROMPUE PAR UNE DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DÉFINIES AUX ARTICLES 2240 À 2246 DU CODE CIVIL.

EN APPLICATION DE CES DISPOSITIONS, CONSTITUENT DES CAUSES ORDINAIRES D'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION :

- LA RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT (ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL),
- L'EXERCICE D'UNE ACTION EN JUSTICE, MÊME EN RÉFÉRÉ, Y COMPRIS LORSQUE L'ACTION EST PORTÉE DEVANT UNE JURIDICTION INCOMPÉTENTE OU LORSQUE L'ACTE DE SAISINE DE LA JURIDICTION EST ANNULÉ PAR L'EFFET D'UN VICE DE PROCÉDURE (ARTICLE 2241 À 2243 DU CODE CIVIL),
- UNE MESURE CONSERVATOIRE PRISE EN APPLICATION DU CODE DES PROCÉDURES CIVILES D'EXÉCUTION OU ACTE D'EXÉCUTION FORCÉE (COMMANDEMENT DE PAYER, SAISIE, ...) (ARTICLE 2444 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE À L'UN DES DÉBITEURS SOLIDAIRES PAR UNE DEMANDE EN JUSTICE OU PAR UN ACTE D'EXÉCUTION FORCÉE OU LA RECONNAISSANCE PAR LE DÉBITEUR DU DROIT DE CELUI CONTRE LEQUEL IL PRESCRIVAIT, À NOTER QUE L'INTERPELLATION FAITE À L'UN DES HÉRITIERS D'UN DÉBITEUR SOLIDAIRE OU LA RECONNAISSANCE DE CET HÉRITIER N'INTERROMPT LE DÉLAI DE PRESCRIPTION QUE POUR LA PART DE CET HÉRITIER (ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL),
- L'INTERPELLATION FAITE AU DÉBITEUR PRINCIPAL OU SA RECONNAISSANCE POUR LES CAS DE PRESCRIPTION APPLICABLES AUX CAUTIONS (ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL).

L'INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION DE L'ACTION PEUT, EN OUTRE, RÉSULTER DE L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE OU D'UN ENVOI RECOMMANDÉ ÉLECTRONIQUE, AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION ADRESSÉ PAR LA MUTUELLE AU MEMBRE PARTICIPANT, EN CE QUI CONCERNE L'ACTION EN PAIEMENT DE LA COTISATION, ET PAR LE MEMBRE PARTICIPANT, LE BÉNÉFICIAIRE OU L'AYANT DROIT À LA MUTUELLE, EN CE QUI CONCERNE LE RÈGLEMENT DE L'INDEMNITÉ.



LA PRESCRIPTION NE COURT PAS, EST SUSPENDUE OU RECOMMENCE À COURIR DANS LES CONDITIONS PRÉVUES AUX ARTICLES 2233 À 2239 DU CODE CIVIL.

AINSI, ELLE NE COURT PAS À L'ÉGARD :

- D'UNE CRÉANCE QUI DEPEND D'UNE CONDITION, JUSQU'À CE QUE LA CONDITION ARRIVE,
- D'UNE ACTION EN GARANTIE, JUSQU'À CE QUE L'ÉVICTION AIT LIEU,
- D'UNE CRÉANCE À TERME, JUSQU'À CE QUE CE TERME SOIT ARRIVÉ.

ELLE NE COURT PAS OU EST SUSPENDUE :

- CONTRE CELUI QUI EST DANS L'IMPOSSIBILITÉ D'AGIR PAR SUITE D'UN EMPÊCHEMENT RÉSULTANT DE LA LOI, DE LA CONVENTION OU DE LA FORCE MAJEURE,
- CONTRE LES MINEURS NON ÉMANCIPÉS ET LES MAJEURS EN TUTELLE, SAUF POUR LES ACTIONS EN PAIEMENT OU EN RÉPÉTITION DES SALAIRES, ARRÉRAGES DE RENTE, PENSIONS ALIMENTAIRES, LOYERS, FERMAGES, CHARGES LOCATIVES, INTÉRÊTS DES SOMMES PRÊTÉES ET, GÉNÉRALEMENT, LES ACTIONS EN PAIEMENT DE TOUT CE QUI EST PAYABLE PAR ANNÉES OU À DES TERMES PÉRIODIQUES PLUS COURTS.

ELLE EST SUSPENDUE :

- À COMPTER DU JOUR OÙ, APRÈS LA SURVENANCE D'UN LITIGE, LES PARTIES CONVIENNENT DE RECOURIR À LA MÉDIATION OU À LA CONCILIATION OU, À DEFAUT D'ACCORD ÉCRIT, À COMPTER DU JOUR DE LA PREMIÈRE RÉUNION DE MÉDIATION OU DE CONCILIATION, LE DELAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR, POUR UNE DURÉE QUI NE PEUT ÊTRE INFÉRIEURE À SIX (6) MOIS, À COMPTER DE LA DATE À LAQUELLE SOIT L'UNE DES PARTIES OU LES DEUX, SOIT LE MÉDIATEUR OU LE CONCILIEUR DÉCLARENT QUE LA MÉDIATION OU LA CONCILIATION EST TERMINÉE.

- À COMPTER DE LA CONCLUSION D'UNE CONVENTION DE PROCÉDURE PARTICIPATIVE OU À COMPTER DE L'ACCORD DU DÉBITEUR CONSTATÉ PAR L'HUISSIER DE JUSTICE POUR PARTICIPER À LA PROCÉDURE PRÉVUE À L'ARTICLE L.125-1 DU CODE DES PROCÉDURES CIVILES D'EXÉCUTION,

LE DÉLAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR À COMPTER DU TERME DE LA CONVENTION, POUR UNE DURÉE QUI NE PEUT ÊTRE INFÉRIEURE À SIX (6) MOIS.

EN CAS D'ÉCHEC DE LA PROCÉDURE, IL RECOMMENCE À COURIR À COMPTER DE LA DATE DU REFUS DU DÉBITEUR, CONSTATÉ PAR L'HUISSIER, POUR UNE DURÉE QUI NE PEUT ÊTRE INFÉRIEURE À SIX (6) MOIS.

- LORSQUE LE JUGE FAIT DROIT À UNE DEMANDE DE MESURE D'INSTRUCTION PRÉSENTÉE AVANT TOUT PROCÈS,

LE DÉLAI DE PRESCRIPTION RECOMMENCE À COURIR, POUR UNE DURÉE QUI NE PEUT ÊTRE INFÉRIEURE À SIX (6) MOIS, À COMPTER DU JOUR OÙ LA MESURE A ÉTÉ EXECUTÉE.

Article 9. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Membre Participant ou à l'ayant droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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



Article 10. Contrôles médicaux

Que les remboursements des prestations aient été effectués ou non, que les dépenses aient été effectuées avec dispense d'avance de frais ou non, la MGAS se réserve le droit de demander tout justificatif au bénéficiaire des soins :

- Pour effectuer le paiement des prestations,
- Pour contrôler les dépenses engagées,
- Pour contrôler la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM).

En cas de refus de fournir les justificatifs demandés pour une prestation, la MGAS pourra refuser le droit au remboursement de cette dernière ou, si elle a déjà été réglée, elle pourra en exiger le remboursement.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires des garanties.

La Mutuelle se réserve par ailleurs le droit de soumettre à un contrôle des prestations, par la désignation d'un professionnel de santé expert en rapport avec l'objet de la prestation en litige, ou de toute personne habilitée que la Mutuelle désignera, tout Membre Participant ayant bénéficié d'un remboursement de soins de santé au titre du présent Contrat ou qui demande à bénéficier d'une prestation.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives et éventuellement d'un examen médical réalisé par le professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle (notamment radios, analyses...). Le Membre Participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen. En cas de contrôle sur pièces, le Membre Participant peut également adresser les conclusions de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article.

Les honoraires du professionnel de santé expert qui réalise ce contrôle sont pris en charge par la Mutuelle.

En tout état de cause, tous les documents ou renseignements médicaux seront remis, par le Membre Participant, sous pli confidentiel à l'attention du professionnel de santé expert désigné par la Mutuelle. L'enveloppe porte la mention « Secret médical ».

Les conclusions de la Mutuelle et, en présence d'un contrôle mené par un professionnel de santé, les conclusions de ce contrôle, sont notifiées au participant par lettre recommandée avec accusé de réception. Elles peuvent fonder le refus de la Mutuelle de verser la prise en charge de soins sollicitée ou fonder une demande de remboursement des prestations versées.

Le Membre Participant peut contester ces conclusions en adressant à la Mutuelle (sous pli confidentiel, avec la mention « Secret médical » à l'attention du professionnel de santé expert en cas d'envoi de pièces ou renseignements médicaux), dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification des conclusions, une lettre recommandée avec accusé de réception exposant l'ensemble des moyens à l'appui de sa contestation. Il peut ainsi adresser les conclusions en réponse de son propre médecin traitant ou encore le nom du médecin qui l'assiste dans le cadre du contrôle mené au titre du présent article (s'il n'a pas déjà communiqué son nom précédemment).

En cas de désaccord entre le médecin du Membre Participant et celui de la Mutuelle, ceux-ci désignent, d'un commun accord, un troisième médecin. A défaut d'accord entre les deux praticiens, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du Tribunal compétent du domicile du participant.



Chaque partie prend à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'il a désigné. Ceux relatifs à l'arbitrage fait par le troisième médecin sont supportés par moitié par le Membre Participant et par la Mutuelle.

En cas de refus du Membre Participant de répondre aux demandes de justifications complémentaires de la Mutuelle et/ou de se soumettre au contrôle, le paiement des prestations concernées seront suspendues.

En tout état de cause, les parties restent libres de saisir les juridictions compétentes à tout moment de la procédure de contrôle précitée.

Article 11. Dispositions relatives au tiers payant

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale. Ce dispositif permet aux adhérents de la Mutuelle de bénéficier d'une prise en charge directe des frais de santé, sans avoir à avancer les coûts au moment de la prestation.

La Mutuelle procède annuellement à la délivrance de la carte de tiers payant aux adhérents :

- soit au moyen d'une édition papier et d'une remise par voie postale à la dernière adresse communiquée,
- soit au moyen d'un support durable dans les conditions fixées par les articles L.221-6-4 et suivants du code de la mutualité.

Article 12. Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT QUI EFFECTUE UNE DÉCLARATION AVEC UNE INTENTION FRAUDULEUSE À L'OCCASION D'UNE DEMANDE DE VERSEMENT DE PRESTATIONS EST SANCTIONNÉ PAR LA DÉCHEANCE DE TOUS SES DROITS À PRESTATIONS POUR LE SINISTRE EN CAUSE, ET CE SANS PRÉJUDICE DES MESURES PRÉVUES À L'ARTICLE 15 DES STATUTS DE LA MUTUELLE.

PAR AILLEURS, SI LE BÉNÉFICIAIRE NE TRANSMET PAS LES JUSTIFICATIFS SOLlicitÉS PAR LA MUTUELLE OU SI OU LES ÉLÉMENTS TRANSMIS OU UTILISÉS SE RÉVÉLAIENT ERRONÉS, FABRIQUÉS ET/OU FALSIFIÉS, LA MUTUELLE REFUSERA OU ANNULERA LE PAIEMENT DE LA PRESTATION.

DANS LES CAS VISÉS AU PARAGRAPHE SUPRA, LA MUTUELLE NOTIFIE AU BÉNÉFICIAIRE, PAR L'ENVOI D'UNE LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION, LA DÉCHEANCE À INDEMNISATION, ET LUI RAPPELLE QU'ELLE A LA POSSIBILITÉ D'ENGAGER DES POURSUITES PÉNALES À L'ENCONTRE DE TOUT BÉNÉFICIAIRE AUTEUR OU COMPLICE DE FRAUDE POUR DES FAITS D'ESCROQUERIE, DE TENTATIVE D'ESCROQUERIE, DE FAUX, D'USAGE DE FAUX NOTAMMENT

Article 13. Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

DANS LE CADRE DU RESPECT DES RÈGLEMENTATIONS APPLICABLES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME, DE GEL DES AVOIRS, ET DE PRÉVENTION DE LA CORRUPTION, LA MUTUELLE POURRA ÊTRE AMENÉE À SOLLICITER AUPRÈS DU SOUSCRIPTEUR ET DES MEMBRES PARTICIPANTS LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS ET/OU DE PIÈCES JUSTIFICATIVES PORTANT SUR LEUR IDENTIFICATION, L'IDENTIFICATION DES PARTIES PRENANTES OU L'OPÉRATION CONCERNÉE (LES RESSOURCES OU L'ORIGINE DES FONDS DÉCLARÉS).



EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, LES ÉLÉMENTS DEMANDÉS SERONT LIMITÉS À CEUX REQUIS AFIN DE RÉPONDRE AUX OBLIGATIONS RÉGLEMENTAIRES PRÉSENTEMENT ÉNONCÉES ET AUXQUELLES LA MUTUELLE EST ASSUJETTIE.

LA SOUSCRIPTION ET L'ADHÉSION SONT CONDITIONNÉES AUX RÉSULTATS DES VÉRIFICATIONS CONDUITES ET POURRONT ÊTRE REFUSÉES, DÈS LORS QUE CELA CONTREVIENDRAIT À LA RÉGLEMENTATION VOIRE EXPOSERAIT LA MUTUELLE À UNE QUELCONQUE SANCTION.

Article 14. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

LES CONDITIONS DU CONTRAT SONT BASÉES SUR LES DÉCLARATIONS TRANSMISES PAR LE SOUSCRIPTEUR ET LES MEMBRES PARTICIPANTS.

TOUTE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE ENTRAÎNE L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITÉ AINSI QUE LA NULLITÉ DE L'ADHÉSION.

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITÉ, LA GARANTIE ACCORDÉE PAR LA MUTUELLE EST NULLE EN CAS DE RÉTICENCE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE, QUAND CETTE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR LA MUTUELLE ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMIS OU DÉNATURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LA RÉALISATION DU RISQUE.

LES COTISATIONS PAYÉES DEMEURENT ALORS ACQUISES À LA MUTUELLE QUI A DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

EN CAS D'OMISSION OU DE DÉCLARATION INEXACTE, LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.221-15 DU MÊME CODE S'APPLIQUENT.

Article 15. Procédure collective ouverte contre le Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à informer sans délai la Mutuelle en cas de dépôt d'une déclaration de cessation de paiement ou de l'engagement d'une procédure collective à son encontre.

La garantie subsiste en cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaire du Souscripteur dans les conditions de l'article L.622-13 du Code de commerce. En cas de résiliation du Contrat en application du même texte, la part de cotisation afférente à la période pendant laquelle la Mutuelle ne couvre plus le risque est restituée au Souscripteur.

Article 16. Langue et droit applicables

La langue française est la seule applicable au Contrat et, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le Contrat est régi par le Code de la Mutualité ainsi que par les textes législatifs et réglementaires français en vigueur. Tous les documents, notices et correspondances relatifs aux relations entre le Souscripteur et la Mutuelle, inscriptions sur matériel, correspondances, demandes de paiement ou modes d'emploi sont entièrement rédigés en langue française ou accompagnés d'une traduction en français, certifiée conforme à l'original par un traducteur assermenté.

En cas de litige, la réglementation française est seule applicable et la détermination de la juridiction compétente répond aux règles définies par le Code de la commande publique, le Code de la mutualité, le Code de procédure civile et tout autre loi ou réglementation applicable en la matière.

Article 17. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la Mutualité, la MGAS est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09.



Article 18. Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle est désignée responsable du traitement des données à caractère personnel des bénéficiaires du Contrat.

Conformément à 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, la Mutuelle s'engage à la protection des données à caractère personnel.

Dans ce cadre, elle a élaboré une Charte « Vie privée » dont des extraits sont reproduits ci-après :

« III. Fondement et finalités du traitement de vos données

Vos données à caractère personnel sont traitées afin de répondre à vos sollicitations, d'analyser vos besoins et de vous envoyer des devis. Elles servent également à gérer votre adhésion et les remboursements. Elles vous permettent de bénéficier de services. Ces traitements répondent à des finalités et fondements juridiques précis.

A. Si vous êtes un prospect individuel (éventuellement représenté par un MJPM)

Avant l'adhésion, nous nous fondons sur notre **intérêt légitime** dans les domaines relatifs à notre objet social (assurance complémentaire santé, prévoyance, dépendance, obsèques, assurance emprunteur) pour entrer en relation avec vous.

Dans certains cas, la MGAS recueille et respecte le consentement explicite des prospects pour la collecte et le traitement de leurs données personnelles concernant :

- la gestion des traceurs dans nos sites web (cf chapitre « Politique en matière de traceurs »)
- le démarchage téléphonique
- la prospection électronique (par mail, SMS, sites internet...)

Nos traitements de gestion commerciale (en ligne ou hors ligne) ont pour finalité de :

- bien appréhender vos besoins
- vous communiquer nos offres
- vous proposer des devis
- interagir avec vous en particulier dans le cadre de notre devoir d'information et de conseil

B. Si vous êtes un adhérent (adhésion à un contrat individuel ou un contrat collectif) (éventuellement représenté par un MJPM) ou si vous êtes un ayant droit ou bénéficiaire de de capitaux décès

En phase d'adhésion et après l'adhésion, nous nous fondons sur **l'exécution de mesures précontractuelles et du contrat** ainsi que sur des **obligations légales** pour effectuer les traitements par lesquels vous êtes concernés durant la vie du contrat :

- Gestion administrative des contrats (ex : inscription des ayants droit, changement d'adresse, etc...)
- Gestion des cotisations (ex : calcul, prélèvement, etc...)
- Envoi des certificats de garantie
- Remboursement des frais de santé (ex : réception et vérification des factures, tiers payant, etc...)
- Analyse de devis de professionnels de santé et connexions à des services digitaux sur le site MySantéclair.fr délivrés par notre partenaire Santéclair s'appuyant sur ses réseaux conventionnés
- Versement des prestations de prévoyance (ex : contrôle de pièces justificatives et planification des versements)
- Actualisation et recherche des bénéficiaires de capitaux décès
- Action sociale (ex : instruction de demande d'aides, calcul des aides, etc...)
- Comptabilité (ex : émission des ordres de paiement)



- Relation « multicanal avec les adhérents (téléphone, mail..)(ex : renseignements sur le contrat et prise en compte des demandes)
- Libre-service sur Internet ou application mobile (ex : affichage des remboursements, enregistrement d'une demande, etc...)
- Gestion du recouvrement amiable et contentieux (ex : suivi des relances)
- Lutte contre la fraude, le blanchiment et le financement du terrorisme

Pendant la vie du contrat, nous nous fondons sur notre **intérêt légitime** pour être au plus près de vos besoins et pour effectuer des traitements de support informatique :

- Analyse de la satisfaction des adhérents et de leurs besoins
- Communication « multicanal » sur notre activité (courrier, mail, SMS, site Internet et réseaux sociaux)
- Animation des sections locales
- Proposition de produits et services analogues au contrat initial (assurance complémentaire santé, prévoyance, dépendance, obsèques, assurance emprunteur)
- Gestion des ressources informatiques (ex : contrôle des habilitations, sauvegarde de vos données et enregistrement des traces techniques)
- Supervision informatique (surveiller les accès, assurer des échanges sécurisés, etc...)

Par ailleurs, en fonction de la situation, nous nous fondons sur votre consentement pour :

- gérer des traceurs (si vous bénéficiez de l'espace Adhérents) (voir chapitre « Politique en matière de traceurs »)
- communiquer avec vous par téléphone (même si vous êtes inscrit sur Bloctel) pour toute prospection hors du cadre de votre contrat
- vous mettre en relation avec des partenaires susceptibles de vous apporter des solutions au-delà de l'assurance de personnes (prévention, coaching, etc...)
- pour certains contrats collectifs et à la demande de l'organisme employeur, vous proposer des offres hors contrat initial
- traiter des données de santé dans le cadre de l'action sociale, la prévoyance et l'assurance emprunteur (cf chapitre « Traitements et données de santé »)

(...)

IV. Catégorie de données concernées

Afin de répondre à vos attentes et de nous permettre de remplir nos missions, différents types de données personnelles sont traités.

A. Si vous êtes un prospect individuel (éventuellement représenté par un MJPM), nous sommes susceptibles de traiter les catégories de données suivantes

- Identification (état-civil, coordonnées postales et électroniques, etc...)
- Vie personnelle (situation familiale, situation de handicap, ascendant / descendant à charge, etc...)
- Informations économiques (devis, revenu, etc...)
- Informations professionnelles (statut, type d'employeur, etc...)
- Information sur votre régime de Sécurité sociale (caisse de rattachement, etc...)
- Interactions par courrier, voie électronique, téléphone (enregistrement, etc...)
- Données techniques de sécurisation et d'utilisation des sites Internet et applications de la MGAS

B. Si vous êtes un adhérent (individuel ou collectif) (éventuellement représenté par un MJPM) ou un ayant droit, nous sommes susceptibles de traiter les catégories de données suivantes :

- Identification
- Vie personnelle
- Informations économiques (cotisations appelées, remboursements effectués, etc...)



- Informations professionnelles
- Information sur votre régime de Sécurité sociale
- Données bancaires (coordonnées, rejets de prélèvement, infos Banque de France, etc...)
- Données sensibles concernant la santé (avis médical, devis/dépenses de soins etc...)
- Données d'action sociale
- Copie de pièces justificatives des données précédentes (identité de chaque représentant légal et personnes couvertes, etc...)
- Interactions par courrier, voie électronique ou téléphone
- Besoins et satisfaction des adhérents
- Données techniques de sécurisation et d'utilisation des sites Internet et applications de la MGAS

(...)

X. Principe de conservation de vos données

Afin de limiter les risques sur la confidentialité de vos données, le RGPD impose de limiter la durée de conservation des données au strict nécessaire par rapport à la finalité d'un traitement. Par ailleurs, d'autres législations imposent à l'inverse des durées de conservation minimales.

Les principaux délais retenus sont les suivants :

- Pour les traitements de prospection (avant ou après adhésion) : 3 ans après la première collecte de données ou après le dernier contact commercial actif
- Pour les traitements d'exécution du contrat après adhésion : 10 ans après la fin des engagements contractuels et après le paiement des prestations (pour le contrôle fiscal et pour la preuve de fonctionnement contractuel)
- Certaines données non comptables auront leur propre durée de conservation : traceurs, enregistrements téléphoniques, mails, vidéo-surveillance, copies de pièces d'identité, données de santé ...

De plus, pour limiter au mieux les risques pendant la période de conservation, la MGAS met en œuvre un système d'accès à 2 niveaux selon les indications de la CNIL :

- Niveau Utilisation Courante pour les données nécessaires aux traitements listés précédemment : tous les collaborateurs normalement habilités peuvent accéder aux données
- Niveau Accès Restreint où les données ne sont plus utilisées pour les finalités présentées mais sont encore nécessaires par obligation légale (ex : données de facturation à conserver 10 ans) ou par intérêt administratif (ex : données d'un éventuel contentieux). Dans ces cas, les données peuvent être consultées de manière ponctuelle et motivée uniquement par un nombre restreint de collaborateurs spécialement habilités.

(...)

XII. Vos droits et choix

Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez de différents droits :

- Accès
- Portabilité
- Rectification
- Effacement
- Opposition
- Limitation
- Droit lié au profilage
- Droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès »

La charte « Vie privée » est accessible et téléchargeable depuis le lien suivant <https://mgas.fr/charte-vie-privee> ou adressée par voie postale sur simple demande auprès de la Mutuelle.

La MGAS a par ailleurs désigné un Délégué à la Protection des Données.



Vous pouvez le contacter en fournissant une pièce justificative d'identité selon les modalités suivantes :

- Par courrier : MGAS, Délégué à la protection des données – 96 avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex
- Par e-mail : dpo@mgas.fr

Vous disposez en outre du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

- Adresse postale : CNIL 3 place de Fontenoy – TSA 80715- 75334 Paris cedex 07
- Téléservice de plainte en ligne : [Plaintes en ligne | CNIL](#)

Article 19. Réclamation

Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle soit par oral soit par écrit dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Lorsqu'elle est formulée par écrit, elle doit être adressée aux coordonnées suivantes :

- Par courrier à l'adresse suivante : MGAS – Réclamation, TSA 30129, 37206 Tours Cedex,
- Par courriel : reclamation.adherents@mgas.fr

Une réclamation peut également être formulée par oral lors de l'accueil physique du réclamant ou lors d'un appel téléphonique au 01 44 10 55 55.

Si la réclamation a été formulée à l'oral, le réclamant est invité à formaliser son mécontentement au moyen d'une réclamation écrite s'il n'a pu lui être donné immédiatement satisfaction.

La Mutuelle accuse réception de la réclamation écrite sous dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation écrite est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux (2) mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais ci-dessus est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

Cette procédure de réclamation est applicable à tout Membre Participant et plus généralement à toute personne portant réclamation (anciens Membres Participants, ayants droit, toute personne en contact avec les services de la Mutuelle).

Article 20. Médiation

Le médiateur dont relève la Mutuelle est le médiateur de la FNMF (Fédération nationale de la mutualité française).

Ce médiateur peut être saisi soit :

- Par courrier à l'adresse suivante :
Monsieur le médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15
- Par dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Un litige ne peut être examiné par le médiateur de la consommation lorsque :



- Le Membre Participant ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite,
- La demande est manifestement infondée ou abusive,
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal,
- L'adhérent a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un (1) an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle,
- Le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

La demande de médiation doit être formulée par écrit.

La demande de médiation peut intervenir deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu.

Une demande de médiation suspend la prescription en application des dispositions de l'article 2238 du Code civil.

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES

Article 21. Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties se répartissent selon les catégories suivantes :

21-1 Bénéficiaires à titre obligatoire

■ Catégories d'agents actifs

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux « bénéficiaires actifs », c'est-à-dire à tous les agents actifs employés et rémunérés par le Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 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,
- les maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association mentionnés au 6° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique.

Conservent la qualité d'agents actifs les agents placés dans une position ou une situation n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions et percevant une rémunération, une prestation en espèces ou une allocation, versée par leurs employeurs ou un organisme de sécurité sociale ainsi que les agents placés en disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou tout dispositif de même nature.

Les agents conservent notamment la qualité d'agents actif et l'obligation d'adhésion au dispositif même lorsqu'ils 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.

Agents actifs affectés en Outre-mer

Conformément à l'article 6 du décret du 22 avril 2022, modifié par le décret n°2024-678 du 4 juillet 2024, les agents affectés en Outre-mer et affiliés à la Sécurité sociale française (DOM-ROM) bénéficient du Contrat.

En revanche, les agents affectés en Outre-mer et affiliés à une caisse locale où la législation française de sécurité sociale ne s'applique pas ne peuvent pas en bénéficier.

Le tableau ci-après présente les conditions et règles de couverture/d'affiliation au Contrat des agents affectés en Outre-mer :

Territoire	Bénéfice du Contrat	Conditions et règles de couverture/d'affiliation
Polynésie	Oui sous conditions :	-uniquement pour les fonctionnaires (et non pour les contractuels) -sous réserve que les agents soient affiliés aux régimes locaux applicables localement
Nouvelle-Calédonie	Oui sous conditions :	-pour les agents embauchés depuis moins de 6 mois sous réserve que les agents soient affiliés à la sécurité sociale française métropole / DROM-COM -lorsque leur affectation égale ou excède 6 mois, ils adhèrent exclusivement au régime de sécurité sociale de droit local
Wallis-et-Futuna	Non :	Les agents affectés à Wallis-et-Futuna bénéficient d'une gratuité des soins
Saint-Pierre-et-Miquelon	Non :	Régime de sécurité sociale de droit local uniquement
Mayotte	Oui sous conditions :	Être affiliés à la caisse locale

Agents actifs affectés à l'étranger

Les agents affectés à l'étranger, dont la majorité dans la zone européenne, marginalement en Amérique du Nord et du Sud, et en Asie, bénéficient également du Contrat.

Pour les soins reçus en France par ces derniers, les garanties du panier de soins socle interministériel s'appliquent, selon les conditions et modalités prévues au chapitre 3 et à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Pour les soins reçus à l'étranger, les garanties du panier de soins à l'étranger s'appliquent, selon les conditions et modalités prévues au chapitre 4 et à l'Annexe 2 de la présente Notice d'information.

21-2 Bénéficiaires à titre facultatif

Bénéficiaires retraités

Les agents retraités du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles peuvent demander à adhérer au contrat collectif objet du présent marché.

Peuvent être affiliés au régime ainsi mis en place en qualité de bénéficiaires retraités les personnes répondant aux deux conditions cumulatives suivantes :



- avoir la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite,
- être titulaire d'une pension de retraite de droit direct du régime du Code des pensions civiles et militaires de retraite, du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L.921-2-1 du Code de la sécurité sociale ou du régime spécial des Mines.

Peuvent également être affiliés audit régime les agents déjà retraités à la date de prise d'effet du Contrat indiquée à l'article 2 de la présente Notice d'information, sous réserve d'être titulaires d'une pension de retraite de droit direct du régime du Code des pensions civiles et militaires de retraite, du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L.921-2-1 du Code de la sécurité sociale ou du régime spécial des Mines.

■ Bénéficiaires ayants-droits

Les ayants-droits des bénéficiaires actifs ou retraités peuvent demander à adhérer au présent contrat collectif.

Peuvent être affiliés au régime ainsi mis en place en qualité de bénéficiaires ayants-droits les personnes dans les situations suivantes :

- le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du Code civil d'un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité,
- le partenaire (personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité),
- le concubin (personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire 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 d'une personne liée à eux par un 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 ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, 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, est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du Code du travail,
 - o sans limite d'âge, s'il est reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L.241-5 du Code de l'action sociale et des familles.

TOUT FONCTIONNAIRE OU AGENT NE RELEVANT PAS DE L'UNE DES CATÉGORIES DE BÉNÉFICIAIRES PRÉCITÉES N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.



Article 22. Cas de dispense

Par dérogation au caractère obligatoire du Contrat, peuvent être dispensés d'adhésion les agents actifs 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.

Les agents estimant relever d'un cas de dispense doivent en faire la demande écrite auprès du Souscripteur, accompagnée des justificatifs nécessaires et selon les modalités qui lui auront été communiquées par la Mutuelle lors de son affiliation.

Les agents dispensés de l'obligation d'adhérer peuvent, à tout moment, renoncer à leur dispense et demander à adhérer au Contrat. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne leur sera appliquée.

CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ SOCLE

Article 23. Définition des garanties

Le Contrat comporte les garanties de base relatives à la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident et garantit, pendant la période de garantie de l'adhésion, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire (par exemple la Caisse de sécurité sociale de Mayotte ou la Caisse des Français de l'étranger) au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les montants de remboursement correspondent au panier de soins défini par l'accord interministériel du 26 janvier 2022 et transcrites dans le décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Le contenu des garanties et le niveau des prestations sont décrits dans le tableau des garanties en Annexe 1 de la présente Notice d'information.

Afin que les agents du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles puissent bénéficier d'une couverture santé renforcée par rapport aux garanties de base du panier de soins interministériel, des garanties optionnelles peuvent être souscrites par ces derniers.

Les garanties de base ainsi que la couverture optionnelle sont solidaires et responsables au sens de la réglementation en vigueur, tel que décrit dans le présent chapitre.

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 24. Modalités d'adhésion

24-1 Principe

Aucune condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les bénéficiaires ayants droit mentionnés au 4° du I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, de santé ou d'ancienneté de service n'est opposée à l'adhésion au Contrat.

24-2 Conditions et modalités spécifiques

Des conditions et des modalités spécifiques s'appliquent aux bénéficiaires retraités et aux bénéficiaires ayants droit.

■ Bénéficiaires retraités

Les futurs agents retraités doivent formuler leur demande d'adhésion dans le délai d'un (1) an suivant leur cessation d'activité et, dans la mesure où elle a été formulée dans ce délai, ne peut être refusée par la Mutuelle.

A titre transitoire, les agents qui sont déjà retraités du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif, disposent pour y adhérer d'un délai d'un (1) an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du nouveau contrat. Dans la mesure où elle a été formulée dans ce délai, leur demande d'adhésion ne peut être refusée par la Mutuelle.

Le bénéficiaire retraité qui, postérieurement à la liquidation d'une pension de retraite mentionnée à l'article 21-2 de la présente Notice d'information, exerce une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension perd cette qualité et la possibilité de l'acquérir à nouveau.

■ Bénéficiaires ayants-droits

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1° de l'article 5, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité.

Il peut adhérer à tout moment au contrat collectif souscrit par l'employeur du bénéficiaire actif ou par le dernier employeur du bénéficiaire retraité dont il est ayant droit, conformément au I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

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

24-3 Bulletin 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 agents actifs et retraités remplissent le bulletin d'adhésion.

Lors de la complétude de son bulletin d'adhésion, le cas échéant l'agent :

- renseigne l'identité de ses ayants droit,



- indique le cas échéant l'option à laquelle il souhaite adhérer, étant apprécié que la souscription de l'option entraîne l'adhésion à la même option pour l'ensemble de ses ayants droits rattachés aux garanties de base.

Article 25. **Prise d'effet de l'adhésion**

■ **Bénéficiaires couverts à titre obligatoire**

Pour les agents actifs, les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet du Contrat, soit le 1^{er} janvier 2026, ou à la date d'embauche ou d'entrée, si celle-ci est postérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif ou à la date de fin de la dispense, si celle-ci n'a pas été renouvelée.

Le cas échéant, elle prend effet à compter de la date à laquelle le bénéficiaire actif ne bénéficie plus d'une dispense d'affiliation ou renonce à sa dispense d'affiliation. À défaut, elle prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

■ **Bénéficiaires couverts à titre facultatif**

Pour les agents retraités ayant été agents à la date de prise d'effet du Contrat, l'adhésion prend effet à la date de cessation d'activité, sous réserve que la Mutuelle ait réceptionné la demande d'adhésion complète au plus tard dans le mois suivant la date de fin d'activité ou, à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion complète.

Pour les agents retraités ayant cessé leur activité avant la date de prise d'effet du Contrat, l'adhésion prend effet au plus tôt à la date d'effet du présent régime collectif si la date Mutuelle a reçu la demande d'adhésion complète à cette date ou, à défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion complète par la Mutuelle.

Pour les bénéficiaires ayants droit, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de la demande d'adhésion.

Sous réserve des dispositions précédentes, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

Article 26. **Maintien de garanties**

26-1 Maintien des garanties en cas de suspension de la relation de travail des agents actifs

Les droits des agents sont maintenus en cas de suspension de leur relation de travail avec leur employeur, quelle qu'en soit la cause, y compris durant les périodes pendant lesquelles ils n'exercent pas leurs fonctions, dès lors qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur. Le montant des cotisations est identique à celui d'un actif.

Le maintien des garanties prend fin, sous réserve des dispositions ci-après, lorsque l'agent ne se trouve plus dans l'une des situations décrites à l'article 21-1 de la présente Notice d'information, permettant de conserver la qualité d'agent actif.

S'il n'y a ni maintien de salaire, ni revenu de remplacement, l'agent en suspension de contrat de travail peut demander à continuer à bénéficier du Contrat aux conditions identiques aux agents actifs, sous réserve du paiement directement à la Mutuelle de la totalité des cotisations par prélèvement des cotisations. Il pourra également demander à continuer à bénéficier du Contrat relatif aux garanties optionnelles, sous réserve de bénéficier du Contrat socle.



26-2 Anciens agents non retraités – Article 26 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022

En cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son Employeur, les garanties seront maintenues pour une durée maximale de douze (12) mois.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve que les conditions cumulatives suivantes soient réunies :

- il est inscrit comme demandeur d'emploi,
- il est indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage,
- il bénéficie préalablement des garanties du Contrat et en ait fait une demande justifiée.

Le maintien prend effet le lendemain de la cessation de la relation de travail et sa durée est égale à la période d'indemnisation par l'assurance chômage limitée :

- à celle du dernier contrat de travail de l'agent au sein Souscripteur ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs sans période d'interruption de plus de deux (2) mois avec le même employeur,
- à celle de la dernière période d'activité du fonctionnée, appréciée en mois entiers.

En tout état de cause, la durée de l'adhésion maintenue au Contrat ne peut dépasser douze (12) mois.

Le maintien de la couverture s'étend également, dans les mêmes conditions, aux ayants droit de l'ancien agent non retraité, lorsqu'ils étaient couverts au titre du Contrat lors de la cessation de la relation de travail.

Les garanties maintenues pour l'ancien agent non retraité et les bénéficiaires ayants droit sont celles en vigueur pour les bénéficiaires de la même catégorie pendant toute la durée du maintien de l'adhésion.

26-3 Agents retraités

Les anciens agents bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement peuvent demander à continuer à bénéficier de la couverture « frais de santé » sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans le délai d'un (1) an qui suit la rupture de la relation de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité.

La Mutuelle a deux (2) mois à compter de la rupture de la relation de travail ou de la fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité, pour transmettre une proposition à l'ancien agent.

A titre transitoire, les agents qui sont déjà retraités du Souscripteur à la date d'entrée en vigueur du Contrat définie aux Conditions Particulières disposent également pour y adhérer, d'un délai d'un (1) an à compter de la date à laquelle ils sont informés de l'entrée en vigueur du Contrat.

Dans la mesure où elle a été formulée dans ce délai, leur demande d'adhésion est acceptée par la Mutuelle.

26-4 Rattachement des ayants droit en cas de décès de l'agent

Les ayants droits d'un Membre Participant décédé, titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin, peuvent demander à bénéficier de la couverture « frais de santé » pour une durée minimale de douze (12) mois, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les douze (12) mois qui suivent le décès du membre participant.

La Mutuelle dispose de deux (2) mois à compter du décès du Membre Participant pour transmettre une proposition, sous réserve que le Souscripteur en ait informé au préalable la Mutuelle.



Article 27. Cessation des garanties

Les garanties du panier de base et des couvertures optionnelles cessent dans les conditions suivantes :

- pour les agents actifs : à la date de radiation des effectifs du Souscripteur ou à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 21-1 de la présente Notice d'information, sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties,
- pour les agents retraités : à la date de reprise d'une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension dans les conditions prévues au II. de l'article 4 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 ou à la date de prise d'effet de la demande de résiliation,
- pour les ayants droit : à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit, ou à la même date que celle de l'agent actif ou retraité auquel ils sont rattachés.

En tout état de cause, les garanties cessent :

- à la date du décès de l'agent, sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties,
- à la date de résiliation du Contrat collectif,
- à la date de résiliation de l'adhésion individuelle pour les bénéficiaires à titre facultatif,
- à la date de résiliation de l'option,
- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations tel que décrit par l'article 52 de la présente Notice d'information.

Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation de l'adhésion au Contrat, sauf en ce qui concerne les prestations immédiates ou différées, acquises ou nées avant la date de résiliation.

Aucune prestation ne peut être servie pour les soins qui seraient effectués après la date d'effet de la cessation des garanties.

CHAPITRE 4 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER

Article 28. Objet et définition des garanties panier de soins à l'étranger

■ Panier de soins spécifique

Les garanties socle « frais de santé » mises en œuvre au bénéfice des agents actifs du Souscripteur affectés à l'étranger ainsi que de leurs ayants droit sont assurées selon un panier de soins distinct du panier de soins socle.

Ce panier présente des garanties adaptées à l'exercice d'une activité hors de France, en complément éventuel de la couverture de la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

Les remboursements effectués au titre des garanties panier de soins à l'étranger sont plafonnés à hauteur de :

- 300 000 € par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale),
- 200 000 € pour les autres soins, actes, services et produits.

Les garanties, les différents postes de soins ainsi que le montant des prestations sont détaillés acte par acte dans l'Annexe 2 de la présente Notice d'information.

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.



■ Caractère solidaire et responsable

Les garanties frais de santé mises en œuvre par le Contrat pour les soins reçus en France par les agents affectés à l'étranger présentent un caractère solidaire et responsable tel que décrit dans le chapitre précédent.

En revanche, les garanties du panier de soins à l'étranger ne répondent pas aux exigences des contrats d'assurance complémentaire santé dits solidaires et responsables.

Article 29. Conditions et modalités de l'adhésion aux garanties panier de soins à l'étranger

L'adhésion des agents actifs affectés à l'étranger à ces garanties revêt un caractère obligatoire, sous réserve des cas de dispense visés à l'article 22 de la présente Notice d'information. L'adhésion de leurs ayants droit revêt un caractère facultatif.

Comme pour l'adhésion au Contrat socle, aucune condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les bénéficiaires ayants droit mentionnés au 4° du I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, de santé ou d'ancienneté de service n'est opposée à l'adhésion au Contrat socle des agents affectés à l'étranger.

Des conditions et des modalités spécifiques s'appliquent aux ayants droit des agents actifs affectés à l'étranger :

- l'ayant droit peut adhérer à tout moment au contrat collectif souscrit par l'employeur de l'agent dont il est ayant droit,
- le conjoint survivant et l'enfant orphelin, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, conserve à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès de l'agent actif, pour cela, il doit formuler sa demande d'adhésion dans le délai d'un (1) an à compter du décès de l'agent.

Article 30. Prise d'effet de l'adhésion aux garanties panier de soins à l'étranger

L'adhésion des agents actifs affectés à l'étranger 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,
- à la date de fin de la dispense, si celle-ci n'a pas été renouvelée, ou lorsque l'agent y a renoncé.

L'adhésion de leurs 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.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

Article 31. Cessation des garanties

Sous réserve des dispositions relatives au maintien des garanties, les garanties cessent définitivement au plus tard, pour les agents actifs affectés à l'étranger :

- à la date de prise d'effet de la résiliation du Contrat,
- à la date de radiation des effectifs du Souscripteur ou celle à laquelle ils cessent d'appartenir à la catégorie des bénéficiaires définie à l'article 21-1 de la présente Notice d'information.

Pour les ayants droit des agents actifs affectés à l'étranger, elles cessent au plus tard :



- à la date de prise d'effet de la demande de résiliation des ayants droit effectuée par l'agent actif, la cessation des garanties pour ces bénéficiaires entraînant en tout état de cause celle de leurs éventuels ayants droit,
- à la date à laquelle ils perdent la qualité de bénéficiaires ayants droit au sens de l'article 5 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

L'agent affecté à l'étranger bénéficie, pendant la durée de son affectation, du panier de soins à l'étranger. Lorsqu'il est réaffecté en France, le bénéfice de ce panier prend fin et il relève automatiquement du panier de soins du socle interministériel.

Ce changement prend effet à la date de la nouvelle affectation, sans interruption de la couverture de l'agent.

Les ayants droit de l'agent affecté à l'étranger relèvent également du panier de soins à l'étranger. Lorsque l'agent est réaffecté en France dans les conditions précitées, ses ayants droit disposent d'un délai d'un (1) mois à compter de la date de la nouvelle affectation pour demander le bénéfice du panier de soins socle interministériel.

A défaut de demande dans ce délai d'un (1) mois, la couverture des ayants droit prend fin automatiquement.

Aucune prestation ne peut être servie pour les soins qui seraient effectués après la date d'effet de la cessation des garanties.

Article 32. Résiliation des garanties panier de soins à l'étranger

L'adhésion des agents actifs affectés à l'étranger revêtant un caractère obligatoire, ces derniers ne peuvent pas résilier leur adhésion aux garanties décrites dans le présent chapitre.

La faculté de résiliation n'est offerte qu'à leurs ayants droit selon les modalités suivantes :

- à l'échéance du Contrat, en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois avant l'échéance annuelle,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités, conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité. La résiliation prendra alors effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant,
- lorsque des modifications significatives apportées au Contrat changent ses droits et obligations, il dispose d'un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information pour demander la résiliation,
- la demande de résiliation doit être effectuée par l'agent actifs affectés à l'étranger lui-même.

Dans tous les cas, les agents respectent les conditions et les modalités prévues par les articles L.221-10, L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la Mutualité.

CHAPITRE 5 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPTIONNELLES

Article 33. Objet et définition des garanties optionnelles

Lorsque le Contrat le prévoit, des garanties optionnelles « Frais de santé » relatives à la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident peuvent être souscrites par un Membre Participant, en tout état de cause sous réserve qu'il soit bénéficiaire des garanties de base.

Ces garanties optionnelles sont dénommées « option 1 », « option 2 » et « option 3 ».

Elles sont précisées dans l'Annexe 1 de la présente Notice d'information.



Elles permettent aux Membres Participants de majorer les garanties de base obligatoires prévues par le Contrat, lorsqu'elles ont été souscrites.

Elles sont donc mises en œuvre en complément :

- des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie,
- des garanties de base obligatoires relatives à la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident précitées pour les agents actifs et pour les agents retraités qui auront décidé d'y adhérer.

Comme les garanties de base, les garanties optionnelles sont solidaires et responsables au sens de la réglementation en vigueur, tel que décrit dans l'article 28 de la présente Notice d'information.

Article 34. Adhésion et choix d'une garantie optionnelle

34-1 Bénéficiaires

Les garanties optionnelles sont mises en œuvre au bénéfice :

- des agents actifs qui sont employés et rémunérés par le Souscripteur,
- des agents retraités du Souscripteur,
- des ayants droit de ces deux catégories de bénéficiaires,
- ainsi que des anciens agents retraités du Souscripteur.

tels que définis précédemment dans la présente Notice d'information.

34-2 Conditions et modalités d'adhésion

Comme pour l'adhésion au Contrat socle, aucune condition d'âge, à l'exception de celles prévues pour les bénéficiaires ayants droit mentionnés au 4° du I. de l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, de santé ou d'ancienneté de service n'est opposée à l'adhésion au Contrat relatif aux garanties optionnelles.

34-3 Choix de l'option

L'adhésion aux garanties optionnelles est matérialisée par un bulletin d'adhésion complété et signé par l'agent dans les conditions prévues par les articles 24 et 25 de la présente Notice d'information. Lors de la complétion de son bulletin, l'agent indique le cas échéant l'option à laquelle il souhaite adhérer :

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

L'adhésion aux garanties optionnelles est facultative, et elle est admise sous réserve que l'agent ou son ayant-droit soit bénéficiaire des garanties de base.

Les garanties optionnelles sont souscrites pour l'ensemble des ayants droit du Membre Participant bénéficiaires du Contrat socle.

34-4 Prise d'effet des garanties optionnelles

Lorsque le Contrat le prévoit, le Membre Participant peut opter pour les garanties optionnelles dans les douze (12) mois de son adhésion au Contrat collectif obligatoire en adressant sa demande à la Mutuelle.

La prise d'effet de ces garanties optionnelles est alors :



- en cas de demande simultanée, à la même date d'effet que celle des garanties du Contrat socle,
- le 1^{er} jour du mois suivant la demande du Membre Participant lorsque le choix a été fait dans les douze (12) mois suivant la date d'adhésion du Membre Participant au Contrat,
- à défaut, la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion.

Après l'expiration de ce délai de douze (12) mois, le Membre Participant peut aussi opter pour les garanties optionnelles mais la date de prise d'effet de ces dernières est déterminée selon les dispositions de l'article 36 ci-après.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra être antérieure à la date de prise d'effet du contrat relatif aux garanties socle définies par l'accord interministériel du 26 janvier 2022, ni produire ses effets de manière rétroactive.

Article 35. Renonciation à l'adhésion aux garanties optionnelles

Conformément aux dispositions des articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité, les bénéficiaires peuvent renoncer à leur adhésion au Contrat par l'envoi à la Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR) ou d'une lettre recommandée électronique (LRE) pendant un délai de quatorze (14) jours à compter du premier versement de cotisation.

Le bulletin individuel d'adhésion mis à leur disposition par la Mutuelle comporte les mentions obligatoires d'information prévues par les articles précités.

Cette renonciation peut être effectuée selon le modèle suivant : « Par la présente, je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent] déclare renoncer au contrat collectif facultatif / aux garanties optionnelles [référence], souscrit le [date] à [lieu]. Date et signature. »

Les Membres Participants peuvent également remplir et transmettre le modèle de formulaire de renonciation ou toute autre déclaration dénuée d'ambiguïté sur le site internet de la Mutuelle.

Article 36. Prise d'effet et modalités de modification d'une garantie optionnelle

36-1 Prise d'effet de la modification

L'agent aura la possibilité de changer d'option dans la limite d'un (1) changement par an, et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

S'il résilie son adhésion à l'option ou s'il décide d'adhérer à une option de plus faible niveau, il devra attendre trois (3) ans avant de pouvoir être admis à adhérer à nouveau à l'option initialement choisie.

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de la garantie optionnelle, sous réserve que la date des soins soit postérieure à la date de prise d'effet de la garantie optionnelle.

Par exception, en cas de modification de la situation familiale de l'agent par suite d'un mariage, d'un divorce, de la conclusion ou de la rupture d'un pacte civil de solidarité (PACS), dans les conditions prévues par le Code civil, de la naissance ou du décès d'un enfant, l'agent en question :

- dispose d'un délai d'un (1) mois à compter de la date de survenance dudit évènement pour solliciter auprès de la Mutuelle le changement d'option,
- doit adresser à la Mutuelle tout justificatif attestant dudit évènement selon les modalités décrites ci-après.

A défaut, les règles limitatives précitées relatives au nombre et au délai de changement d'option s'appliquent.

Le changement d'option prend effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande de l'agent accompagnée d'un justificatif recevable.

En tout état de cause, ce changement ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.



36-2 Modalités de la modification

Pour tout changement d'option, la date de prise d'effet de ce dernier constitue le nouveau point de départ du délai d'un (1) an dans le cadre de l'exercice du droit de résiliation infra annuelle, tel que prévu à l'article 38.3 ci-après.

Le changement de l'option peut être effectué :

- sur l'espace adhérent mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle,
- par mail à l'adresse ci-après : relation.adherents@mgas.fr,
- par papier à l'adresse suivante : MGAS Relations Adhérents – TSA 30129 – 37206 TOURS CEDEX.

Article 37. Cessation des garanties optionnelles

En complément des dispositions de l'article 27 de la présente Notice d'information, les garanties optionnelles prennent fin :

- à la date du décès de l'agent, sous réserve des dispositions de l'article 26 de la présente Notice d'information relatif aux dispositifs de maintien des garanties,
- à la date de prise d'effet de la demande de résiliation de l'adhésion individuelle.

Elles cessent également :

- pour les agents actifs : à la rupture du contrat de travail. Elles peuvent, dans certains cas, bénéficier de la portabilité de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale rappelée à l'article 26 de la présente Notice d'information,
- pour les agents retraités : à la date de reprise d'une activité rémunérée permettant d'obtenir un droit à pension. Ces derniers perdent définitivement la qualité de « bénéficiaires retraités » au sens desdits articles et la possibilité de l'acquérir à nouveau,
- pour les ayants droit : à la même date que celle de l'agent auquel ils sont rattachés.

Les garanties optionnelles prennent fin en cas de non-paiement des cotisations afférentes dans les conditions prévues à l'article 52 de la présente Notice d'information.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre Participant concernant les garanties optionnelles, celui-ci peut dénoncer son adhésion à ces garanties. La demande doit être adressée à la Mutuelle dans un délai d'un (1) mois à compter de la date à laquelle les modifications lui ont été signifiées.

Aucune prestation ne peut être servie pour les soins qui seraient effectués après la date d'effet de la cessation des garanties.

Article 38. Résiliation des garanties optionnelles

38-1 Résiliation annuelle

Le Membre Participant peut user de sa faculté de résiliation des garanties optionnelles à l'échéance du Contrat, en respectant un délai de prévenance de deux (2) mois avant l'échéance annuelle.

La faculté de résiliation annuelle de l'option s'exerce :

- soit par lettre simple ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle,
- soit par acte extra-judiciaire,
- soit par voie électronique,
- soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la Mutuelle, par le même mode de communication.



Pour les ayants droit, la demande de résiliation doit être effectuée par le Membre Participant.

38-2 Résiliation infra-annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, il peut également mettre fin à son adhésion aux garanties optionnelles, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Il convient d'entendre comme « première souscription », la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé, le cas échéant.

La faculté de résiliation peut s'exercer :

- en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité,
- par l'intermédiaire d'un nouvel organisme de complémentaire santé.

La résiliation prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Pour les ayants droit, la demande de résiliation doit être effectuée par le Membre Participant.

Dès réception de la demande de résiliation, la Mutuelle communique par tout support durable au Membre participant un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de celle-ci, ainsi que de son droit à être remboursé du solde mentionné ci-dessous, dans le délai de trente (30) jours.

Le Membre Participant n'étant redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, soit jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

38-3 Effets de la résiliation

Tout sinistre né postérieurement à la date de résiliation des garanties optionnelles ne peut donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

La résiliation des garanties optionnelles entraîne la résiliation des garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants droit des agents actifs et retraités concernés. En revanche, elle est sans effet sur les garanties de base.

CHAPITRE 6 - DISPOSITIONS COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 39. Caractère solidaire et responsable des garanties

■ Solidaire et responsable

Le Contrat est solidaire et responsable au sens de la réglementation en vigueur.

Le caractère solidaire implique que la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des adhérents et ne recueille aucune information médicale.

Les garanties du Contrat respectent l'ensemble des règles des contrats d'assurance complémentaires de santé dits « contrats responsables » au sens des dispositions légales et réglementaires du contrat responsable prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et aux articles R. 871-1 et R.871-2 du même Code modifiés par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre



2018 et par décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 ainsi que les dispositions de la couverture minimale prévues aux articles L.911-7 et D.911-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale.

Ces textes visent à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

En application des dispositions des articles susvisés, le montant des prestations prises en charge par le Contrat inclut au minimum :

- la prise en charge intégrale de la participation des assurés mentionnée à l'article R.160-5 y compris les actes de prévention (cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article),
- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée du forfait journalier hospitalier dans les établissements hospitaliers (étant précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)),
- la prise en charge intégrale et sans limitation de durée de la participation de l'assuré aux frais occasionnés par un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé, également dénommée forfait patient urgences (FPU), telle que définie par l'alinéa 4 du I. de l'article L.160-13,
- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article,
- pour les dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel autres que ceux à prise en charge renforcée, un forfait de prise en charge, respectant les montants minimaux tels que précisés à l'article D.911-1, 1°,
- la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1,
- la prise en charge des dépenses de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ; ainsi que la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale pour les actes autres que ceux mentionnés au 5° de l'article R. 871-2.

Conformément à ces mêmes dispositions du Code de la Sécurité Sociale, le montant des prestations, pour les postes suivants, ne sera pas inférieur aux minimas ni supérieur aux maximas fixés par les articles R.871-2 et D.911-1 dudit Code pour :

- en cas de prise en charge par le contrat, les honoraires et actes des médecins n'ayant pas adhéré à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO),



- les équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à l'ensemble des classes mentionnées à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale, y compris celles à prise en charge renforcée,
- les dépenses de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale,
- en cas de prise en charge par le contrat, un maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

■ 100 % Santé

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le 100 % Santé propose à tous les adhérents à une complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire, des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, qui sont pris en charge à 100 %.

■ Optique

La garantie optique se distingue par ses deux catégories principales d'équipements :

- Classe A : Dispositifs d'optique médicaux répondant aux critères de prise en charge minimaux, incluant les verres simples et les montures de base. Ces équipements assurent une couverture essentielle et sont conçus pour répondre aux besoins visuels fondamentaux.
- Classe B : Dispositifs médicaux d'optique offrant une prise en charge renforcée. Elle comprend des verres complexes, tels que les bifocaux ou progressifs, ainsi que des montures dotées de caractéristiques particulières. Les équipements de cette classe visent à fournir une correction visuelle plus adaptée et personnalisée.

Les types de verres sont classifiés en :

- Verres Simples : Verres unifocaux, offrant une correction pour une seule distance, qu'il s'agisse de vision de près ou de loin.
- Verres Complexes : Verres bifocaux ou progressifs, permettant une correction de plusieurs distances dans un même verre.
- Verres Très Complexes : Verres spécialisés, incluant des corrections pour des pathologies particulières ou des besoins visuels spécifiques.

LES GARANTIES EN OPTIQUE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UN SEUL EQUIPEMENT D'OPTIQUE TOUS LES DEUX (2) ANS (EQUIPEMENT D'OPTIQUE MEDICALE COMPOSE DE DEUX VERRES ET D'UNE MONTURE), SAUF POUR LES MINEURS DE MOINS DE 16 ANS OU POUR CERTAINES EVOLUTIONS DE LA VUE LIEES A DES SITUATIONS MEDICALES DEFINIES REGLEMENTAIREMENT (UN EQUIPEMENT PAR AN ET PAR BENEFICIAIRE).

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1.

Ce délai de deux (2) ans est fixe et ne peut être ni réduit ni allongé. Il s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

■ Dentaire

Pour les soins dentaires prothétiques, la prise en charge se divise en trois paniers distincts :



- Panier 1 : Ce panier comprend les soins prothétiques de base, tels que les couronnes et les bridges réalisés avec des matériaux standards. Il assure une couverture minimale, répondant aux besoins fondamentaux des assurés.
- Panier 2 : Ce groupe inclut des soins prothétiques intermédiaires, utilisant des matériaux de qualité supérieure par rapport à ceux du Panier 1. Il assure une prise en charge renforcée pour des prestations offrant un meilleur confort et une esthétique améliorée.
- Panier 3 : Ce panier regroupe les soins prothétiques de haute qualité, souvent réalisés en céramique ou autres matériaux haut de gamme. Il permet une couverture étendue, incluant des prestations esthétiques avancées et des soins premium.

■ **Audiologie**

En audiologie, les équipements sont classifiés en deux catégories :

- Classe 1 : Aides auditives de base, conçues pour répondre aux besoins audiométriques essentiels avec des dispositifs de technologie standard. Elles assurent une couverture pour les besoins auditifs les plus courants.
- Classe 2 : Aides auditives de classe supérieure, offrant des fonctionnalités avancées adaptées aux besoins auditifs plus complexes. Elles permettent une meilleure personnalisation et un confort auditif accru.

LES GARANTIES EN AUDIOLOGIE COMPRENNENT LA PRISE EN CHARGE D'UNE AIDE AUDITIVE TOUTS LES QUATRE (4) ANS DANS LES CONDITIONS PRÉCISÉES PAR LA LISTE PRÉVUE À L'ARTICLE L.165-1.

Article 40. Demande de remboursements

■ Demande dans le cadre du système de télétransmission NOEMIE

Grâce au système de télétransmission NOEMIE, les décomptes de Sécurité sociale sont transmis directement à la Mutuelle.

Cependant, certains soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives complémentaires telles que (liste non exhaustive) :

- l'original du décompte de la Sécurité sociale ou de sa version dématérialisée,
- à défaut l'original de la facture détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- pour les prothèses dentaires, l'original du décompte de la Sécurité sociale ainsi que le détail de la codification précisée par le praticien,
- pour les frais d'optique, la copie de l'ordonnance et la facture acquittée détaillée de l'opticien avec prix des verres séparés de la monture.
- pour les lentilles, non prises en charge par la Sécurité sociale, l'ordonnance ainsi que la facture détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- pour la cure thermale, la facture originale acquittée destinée à la Mutuelle,
- pour l'hospitalisation (médicale, chirurgicale, obstétrique, psychiatrique, soins de suite et de réadaptation, maison de repos...), le bordereau de facturation acquittée destiné à la Mutuelle.
- pour la médecine douce, la facture originale acquittée,
- pour la pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale, la prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie,
- pour les substituts nicotiniques, une prescription médicale accompagnée de la facture détaillée et acquittée de la pharmacie/parapharmacie, **à l'exclusion de la cigarette électronique et des séances d'hypnose,**



- toute autre pièce justificative que pourrait demander la Mutuelle pour procéder au versement d'une prestation.

■ Demande en dehors du système de télétransmission NOEMIE

Toute demande de prestations effectuée en dehors du système de télétransmission NOEMIE doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- la facture de soins du professionnel de santé détaillée, acquittée et nominative, faisant apparaître le numéro ADELI/RPPS du professionnel de santé,
- le décompte de la Sécurité sociale,
- la prescription médicale en cours de validité le cas échéant.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative pour procéder au versement des prestations.

Toute demande de prestations effectuée en dehors du système de télétransmission NOEMIE doit être adressé à la Mutuelle selon l'un des canaux suivants :

- sur l'application mobile MGAS et Moi, téléchargeable sur les stores Apple et Google,
- sur l'espace adhérent mis à la disposition des Membres Participants par la Mutuelle,
- par mail à l'adresse ci-après : relation.adherents@mgas.fr,
- par papier à l'adresse suivante : MGAS Relations Adhérents – TSA 30129 – 37206 TOURS CEDEX.

Les demandes de prestations doivent, être adressées à la Mutuelle dans les deux (2) ans suivant la date des soins, la date de l'acte ou la date d'achat.

Les documents à caractère confidentiel doivent être adressés sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de la Mutuelle à l'adresse susmentionnée.

■ Modalités de versement

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Le montant des prestations est versé par virement bancaire ou postal à l'ordre du Membre Participant. Sur demande expresse de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans d'un Membre Participant reçoivent directement les prestations de la Mutuelle auxquelles ils ont droit au titre du Contrat collectif.

La Mutuelle fait bénéficier ses adhérents du tiers-payant. Ce dispositif permet à ces derniers de bénéficier d'une prise en charge directe des frais de santé, sans avoir à avancer les coûts au moment de la prestation. Des conventions de tiers payant peuvent être conclues par la Mutuelle avec des professionnels de santé, soit directement, soit par l'intermédiaire d'autres organismes.

La Mutuelle ne saurait être tenue responsable d'un non-respect de ce délai causé par la survenance d'un cas de force majeure au sens de l'article 1218 du Code civil ou d'un événement entraînant l'activation par la Mutuelle de son plan de continuité de l'activité.

Article 41. Prestations indument versées

En cas de prestations versées indûment à un bénéficiaire, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un assuré postérieurement à la date de cessation de ses garanties, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'agent le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

La Mutuelle est autorisée à compenser les sommes éventuellement dues en exécution du Contrat sur les prestations futures.



Article 42. Limites de remboursement

LES PRESTATIONS SONT SERVIES DÈS LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION, SOUS RÉSERVE QUE LA DATE DES SOINS SOIT POSTÉRIEURE À LA DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION.

ELLES ONT UN CARACTÈRE INDEMNITAIRE. AINSI, CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 9 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989 ET À L'ARTICLE L.224-8 DU CODE DE LA MUTUALITÉ, LES REMBOURSEMENTS OU LES INDEMNISATIONS DES FRAIS OCCASIONNÉS PAR UNE MALADIE, UNE MATERNITÉ OU UN ACCIDENT NE PEUVENT EXCÉDER LE MONTANT DES FRAIS RESTANT À LA CHARGE DU MEMBRE PARTICIPANT OU DE SES AYANTS DROIT, APRÈS LES REMBOURSEMENTS DE TOUTES NATURES AUXQUELS IL A DROIT ET LA PRISE EN CHARGE INSTAURÉE PAR L'ARTICLE L.861-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

LES GARANTIES DE MÊME NATURE CONTRACTÉES AUPRÈS DE PLUSIEURS ORGANISMES ASSUREURS PRODUISENT LEURS EFFETS DANS LA LIMITE DE CHAQUE GARANTIE QUELLE QUE SOIT LA DATE DE SOUSCRIPTION. DANS CETTE LIMITE, LE BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT OU DE LA CONVENTION PEUT OBTENIR L'INDEMNISATION EN S'ADRESSANT À L'ORGANISME DE SON CHOIX.

DANS LE CAS OÙ LE CUMUL DES PRESTATIONS SERVIES PAR LA MGAS OU UN AUTRE ORGANISME DE PRÉVOYANCE DONNERAIT LIEU À UN REMBOURSEMENT TOTAL SUPÉRIEUR AU MONTANT DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES RÉELLEMENT EXPOSÉES, LES PRESTATIONS SERVIES PAR LA MGAS SERAIENT RÉDUITES À DUE CONCURRENCE.

LE MEMBRE PARTICIPANT OU L'AYANT DROIT RECEVANT, DE QUELQUE ORGANISME QUE CE SOIT, UN REMBOURSEMENT POUR LES FRAIS PRIS EN CHARGE PAR LA MGAS SERA DANS L'OBLIGATION DE L'EN INFORMER ET DE LUI EN REVERSER LE MONTANT.

S'AGISSANT DES PERSONNES RELEVANT D'UN RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE ASSURANT UNE COUVERTURE INFÉRIEURE À CELLE DES ASSURÉS DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES TRAVAILLEURS AGENTS, LES PRESTATIONS DE LA MUTUELLE NE PEUVENT EXCÉDER LE NIVEAU QU'ELLES ATTEINDRAIENT SI LES PERSONNES EN CAUSE RELEVAIENT DU RÉGIME GÉNÉRAL DES TRAVAILLEURS AGENTS.

Article 43. Limitations de garanties

LES PRESTATIONS SONT SERVIES SELON LES LIMITES SUIVANTES :

- POUR LES FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT, SEULES SONT PRISES EN CHARGE LES DÉPENSES QUI SONT RELATIVES, D'UNE PART À L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT DE MOINS DE 16 ANS OU D'UN ENFANT HANDICAPÉ QUEL QUE SOIT SON ÂGE, OU D'UNE PERSONNE DE PLUS DE 70 ANS ET, D'AUTRE PART AU LIT DE L'ACCOMPAGNANT ET AUX REPAS QUI LUI SONT SERVIS À L'HOPITAL OU EN CLINIQUE (À L'EXCLUSION DES FRAIS DE TRANSPORT),
- POUR LES SOINS ET LES SOINS PROTHÉTIQUES DENTAIRES, SEULS LES ACTES FIGURANT DANS LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM) SONT PRIS EN CHARGE,
- POUR L'ORTHODONTIE, SEULS LES ACTES FIGURANT DANS LA NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) SONT PRIS EN CHARGE,
- CONCERNANT L'ORTHODONTIE NON REMBOURSÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE, LE FORFAIT EST PRIS EN CHARGE AU *PRORATA TEMPORIS* DE LA DATE D'ADHÉSION,
- CONCERNANT LES CURES THERMALES, ELLES DOIVENT ÊTRE PRISE EN CHARGE PAR L'UN DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE L'ASSURANCE MALADIE,
- CONCERNANT LES MÉDECINES DOUCES ET LES PSYCHOLOGUES, LES PRATICIENS DOIVENT ÊTRE DIPLOMÉS DE LA DISCIPLINE ET TITULAIRES D'UN NUMÉRO ADELI, RPPS OU FINISS.



Article 44. Exclusion de garanties

NE DONNENT DROIT À AUCUN REMBOURSEMENT, VERSEMENT NI PRISE EN CHARGE :

- LES ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE, À L'EXCEPTION TOUTEFOIS DE CERTAINS ACTES, DANS LA LIMITE DES PRESTATIONS EXPRESSÉMENT DÉFINIES POUR CHAQUE GARANTIE SELON LE TABLEAU DES PRESTATIONS FIGURANT EN ANNEXE,
- LES SOINS DE TOUTES NATURES (NOTAMMENT LES SÉJOURS EN ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS OU CLINIQUES, LES TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE ET LES PROTHÈSES DENTAIRES) DONT LES DATES DE PREMIÈRE PROPOSITION, DE PRESCRIPTION OU D'EXÉCUTION SE SITUENT AVANT LA DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION DES BÉNÉFICIAIRES AU CONTRAT,
- LES SOINS DE TOUTES NATURES EFFECTUÉS POSTÉRIEUREMENT À LA DATE DE RÉSILIATION DU CONTRAT OU À LA DATE DE CESSATION DES GARANTIES DES BÉNÉFICIAIRES,
- LES MODULATIONS DU TICKET MODÉRATEUR LIÉES À LA SANCTION SUR LES REMBOURSEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS DE NON-RESPECT DU PARCOURS DE SOINS.

DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES, CONFORMÉMENT AUX ARTICLES L.871-1, R.871-1 ET R.871-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, SONT EXCLUS :

- LA MAJORATION DE LA PARTICIPATION MISE À LA CHARGE DES BÉNÉFICIAIRES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE VISÉE À L'ARTICLE L.162-5-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (C'EST-A-DIRE EN L'ABSENCE DE DÉSIGNATION, DE LEUR PART, D'UN MÉDECIN TRAITANT OU EN CONSULTANT UN AUTRE MÉDECIN SANS PRESCRIPTION DE LEUR MÉDECIN TRAITANT, SAUF LORSQUE LA CONSULTATION SE FAIT EN CAS D'URGENCE AUPRÈS D'UN AUTRE MÉDECIN QUE LE MÉDECIN TRAITANT, OU LORSQUE LA CONSULTATION SE FAIT EN DEHORS DU LIEU OU RÉSIDE DE FAÇON STABLE ET DURABLE L'ASSURÉ SOCIAL OU L'AYANT DROIT AGE DÉ 16 ANS OU PLUS),
- LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR LE TARIF DES ACTES CLINIQUES ET TECHNIQUES ET SUR LES CONSULTATIONS VISÉS AU 18° DE L'ARTICLE L.162-5 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (C'EST-À-DIRE LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES SUR LE TARIF DES ACTES ET CONSULTATIONS POUR DES PATIENTS QUI CONSULTENT DES MÉDECINS RELEVANT DE CERTAINES SPÉCIALITÉS SANS PRESCRIPTION PRÉALABLE DE LEUR MÉDECIN TRAITANT ET QUI NE RELEVANT PAS D'UN PROTOCOLE DE SOINS),
- LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET LES FRANCHISES MÉDICALES RESPECTIVEMENT MENTIONNÉES AU II ET III DE L'ARTICLE L.160-13 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE,
- LES DÉPENSES D'ACQUISITION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX, LES FRAIS DE SOINS ET LES AUTRES FRAIS LAISSÉS À LA CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE DONT LE MONTANT EST SUPÉRIEUR AUX PLAFONDS FIXÉS PAR LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
- AINSI QUE TOUT AUTRE ACTE, PRESTATION, MAJORATION OU DÉPASSEMENT NE RELEVANT DE LA RÉGLEMENTATION APPLICABLE AUX CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES.

SONT ÉGALEMENT EXCLUES :

- LES DÉPENSES LIÉES À DES HOSPITALISATIONS NON PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ET CELLES DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX, TELS QUE LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉES (MAS) OU LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD) ET MAISON D'ENFANTS À CARACTÈRE SANITAIRE (MECS),
- CONCERNANT LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES, LES DÉPENSES LIÉES À LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ET AUX SÉANCES D'HYPNOSE,



- CONCERNANT LES LENTILLES, LES DÉPENSES LIÉES AUX PRODUITS D'ENTRETIEN, ACCESSOIRES ET LENTILLES DE COULEUR NON CORRECTRICES,
- CONCERNANT LES IMPLANTS, LES DÉPENSES LIÉES AUX PILIERS IMPLANTAIRES ET À TOUT AUTRE DISPOSITIF D'ACCASTILLAGE.

LE FAIT POUR LA MUTUELLE DE PROCÉDER AU RÈGLEMENT DE PRESTATIONS POURTANT EXCLUES PAR LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION NE CONSTITUE NI UN COMMENCEMENT D'EXÉCUTION NI UNE RENONCIATION TACITE DE SA PART AU DROIT DE SE PRÉVALOIR DE CES EXCLUSIONS.

CHAPITRE 7 - COTISATIONS

Article 45. Détermination du montant des cotisations

Les garanties définies par le Contrat sont accordées aux Membres Participants ainsi qu'à leurs éventuels ayants droit en contrepartie du paiement d'une cotisation calculée soit en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) soit en euros soit en pourcentage du salaire de l'agent, sous couvert des sanctions prévues en cas de non-paiement.

Cette cotisation intègre le montant des taxes applicables (notamment la Taxe de Solidarité Additionnelle) au jour de la prise d'effet du Contrat.

Les cotisations du régime de base sont déterminées en application du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 selon les catégories de bénéficiaires du Contrat et ne varient pas en fonction de l'état de santé des bénéficiaires.

Pour les bénéficiaires actifs et leurs ayants-droits, elles ne dépendent pas de leur 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.

Pour l'ensemble des bénéficiaires à l'exclusion des conjoints des bénéficiaires retraités, elles sont fonction de la cotisation d'équilibre et sont majorées des cotisations additionnelles décrites ci-après.

Le montant de la cotisation d'équilibre est réévalué chaque année.

L'assiette, le montant et les modalités de règlement des cotisations sont définis aux Conditions Particulières du Contrat collectif pour ce qui concerne les garanties de bases obligatoires et sur le certificat de garanties pour les garanties optionnelles.

Article 46. Cotisations additionnelles

Des cotisations additionnelles viennent s'ajouter aux cotisations dues par les bénéficiaires agents (à l'exclusion de la part employeur), retraités et ayants-droits :

- une cotisation additionnelle abonde le fonds d'aide à destination des bénéficiaires retraités,
- une cotisation additionnelle au titre du financement des prestations d'accompagnement social à destination de l'ensemble des bénéficiaires.

Article 47. Cotisation des garanties socle

47-1 Cotisation des agents actifs

La cotisation moyenne due pour les agents actifs s'acquittant d'une cotisation est égale à la cotisation d'équilibre majorée des cotisations additionnelles.



La cotisation d'un agent actif (hors cotisations additionnelles) se décompose en trois (3) parts :

- une part acquittée par l'employeur s'élevant à 50 % correspondant à une fraction de la cotisation d'équilibre,
- une part individuelle forfaitaire acquittée par l'agent actif, constituant une fraction de la cotisation d'équilibre. La fraction de la cotisation d'équilibre, permettant de calculer la part individuelle forfaitaire de la cotisation acquittée par les agents actifs, est fixée à 20 %,
- une part individuelle solidaire acquittée par l'agent actif, assise sur la rémunération mensuelle brute plafonnée au plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS). Cette part représente en moyenne, pour l'ensemble des agents actifs 30 % de la cotisation d'équilibre.

La cotisation acquittée par les agents actifs qui sont placés dans l'une des situations ou positions n'impliquant pas l'accomplissement effectif de leurs fonctions (congé parental, disponibilité ou congé sans rémunération pour raison de santé, congé de proche aidant de présence parentale ou de solidarité familiale, congé de formation professionnelle) est égale à 50 % de la cotisation d'équilibre hors cotisations additionnelles. L'agent règle à la Mutuelle 100 % de la cotisation d'équilibre et se fait ensuite rembourser auprès de son employeur 50 % de celle-ci.

La cotisation acquittée par les agents actifs qui ne se trouvent plus dans l'une des situations visées à l'article 21-1 de la présente Notice d'information, la cotisation acquittée correspond à 100 % de la cotisation d'équilibre. L'agent prend en charge l'intégralité de la cotisation, sans participation financière de l'employeur.

47-2 Cotisation des agents retraités

La cotisation des agents retraités peut évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire. Au-delà de l'âge de 75 ans, le montant de la cotisation des agents retraités n'évolue plus en fonction de l'âge. Conformément à l'article 7.1.2 de l'accord interministériel du 26 janvier 2022, le montant de la cotisation des agents retraités est plafonné à 175 % de la cotisation d'équilibre du contrat collectif.

Par ailleurs, l'article 6 de l'arrêté du 30 mai 2022 précise qu'au cours des six (6) années suivant la cessation définitive d'activité de l'agent retraité qui a liquidé après la date de mise en place du contrat, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation (hors cotisations additionnelles) acquittée par les agents retraités est fixé comme suit :

- au titre de la première année, à 100 %,
- au titre de la deuxième année, à 125 %,
- au titre des troisième, quatrième et cinquième année, à 150 %,
- à partir de la sixième année, au maximum à 175 % de la cotisation d'équilibre.

Les taux indiqués peuvent évoluer en fonction des évolutions réglementaires.

A noter que les garanties maintenues sont identiques à celles des agents actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

47-3 Cotisation des ayants-droits enfants des agents actifs et retraités

La cotisation des ayants-droits enfants et petits-enfants des agents actifs et retraités sont fixées dans le contrat collectif de la façon suivante :

- dans la limite de 50 % de la cotisation d'équilibre et de telle sorte à assurer le financement des prestations pour les enfants de moins de 21 ans. En complément, le dispositif prévoit une gratuité à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans,
- dans la limite de 100 % de la cotisation d'équilibre et de telle sorte à assurer le financement des prestations pour les enfants de plus de 21 ans.

La cotisation des ayants-droits enfants et petits-enfants est majorée des cotisations additionnelles.



47-4 Cotisation des ayants-droits conjoints des agents actifs et retraités

La cotisation des ayants-droits conjoints (mariés, partenaires de PACS et concubins) des bénéficiaires actifs est fixée dans le contrat collectif et ses avenants ultérieurs par la Mutuelle dans la limite de 110 % de la cotisation d'équilibre.

Elle est majorée des cotisations additionnelles.

Conformément à l'article 19 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022, la cotisation des ayants-droits conjoints des agents retraités finance le recours effectif de ces bénéficiaires aux garanties du régime de base, et le cas échéant au régime optionnel.

Elle est fixée par le contrat collectif et ses avenants ultérieurs. Elle peut évoluer en fonction de l'âge.

Article 48. Cotisation des garanties optionnelles

L'adhésion aux garanties optionnelles donne lieu au paiement d'une cotisation en sus de celle due au titre des garanties de base.

Les garanties optionnelles ne donnent pas lieu à participation de l'employeur souscripteur du Contrat. Leur coût est exclusivement à la charge des agents.

Par exception, pour les agents actifs, l'employeur participe au financement de leur cotisation au titre des options et 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.

Le montant de la cotisation des garanties optionnelles est exprimé sous la forme de cotisations Adulte / Enfant, comme un forfait en euros acquitté en plus des cotisations au régime socle et selon la structure tarifaire suivante :

- les cotisations des agents actifs comme une cotisation forfaitaire,
- pour les enfants de moins de 21 ans :
 - o la cotisation du 1^{er} enfant de moins de 21 ans est égale à celle de la cotisation d'équilibre de la population concernée dans la limite de 50 % de la cotisation d'un agent actif,
 - o la cotisation du 2^{ème} enfant de moins de 21 ans est égale à 25 % de la cotisation d'un agent actif,
 - o gratuité pour les enfants de moins de 21 ans à partir du 3^{ème},
- la cotisation des conjoints d'agents actifs et des enfants de 21 ans et plus, qu'ils soient enfants d'agents actifs ou retraités, est égale à 100 % de la cotisation moyenne d'équilibre d'un agent actif,
- la cotisation pour les retraités et leurs conjoints : les tarifs sont exprimés en euros par âge ou par tranche d'âge, plafonné à 80 ans.

Article 49. Cotisation des garanties panier de soins à l'étranger

La cotisation des agents actifs affectés à l'étranger et de leurs ayants droit répond aux mêmes règles que celles applicables à la cotisation des garanties socle énoncées à l'article 47 de la présente Notice d'information.

Article 50. Révision des cotisations

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.

En application de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, toute modification des montants des cotisations fait l'objet d'un avenant au Contrat signé par la Mutuelle et par le Souscripteur et est portée à la connaissance des Membres Participants par la Mutuelle.



Article 51. Règlement 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.

51-1 Garanties socle

Le paiement des cotisations relatives aux garanties socle est effectué selon les modalités suivantes :

- pour les agents actifs (y compris les agents percevant une rémunération partielle) : l'intégralité de la cotisation est déduite du bulletin de paie de l'agent et est recouvrée mensuellement via précompte sur leur bulletin de paie,
- pour les agents actifs sans rémunération :
 - o en cas de déduction sur salaire, l'employeur effectue le précompte sur salaire des cotisations obligatoires à acquitter au titre du Contrat et reverse mensuellement par virement les cotisations à la Mutuelle, à terme échu (part employeur et part salarié) à partir des informations renseignées dans les déclarations sociales nominatives (DSN) du mois concerné,
 - o 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,
- pour les autres catégories de bénéficiaires : la cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle par prélèvement bancaire mensuel sous la seule responsabilité des bénéficiaires concernés.

Seul l'agent bénéficiaire actif bénéficie de la participation financière de l'employeur, à hauteur de 50 % de la cotisation d'équilibre.

51-2 Garanties optionnelles

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

Pour les agents actifs, l'employeur participe au financement de la cotisation au titre des garanties optionnelles conformément à l'article 15-1 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022. L'employeur rembourse directement l'agent concerné, sans intervention de la Mutuelle.

51-3 Garanties panier de soins à l'étranger

Le paiement des cotisations des garanties panier de soins à l'étranger est effectué selon les modalités suivantes :

- pour les agents actifs affectés à l'étranger (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 affectés à l'étranger dont la rémunération a été suspendue :
 - o la cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous la seule responsabilité des bénéficiaires concernés,
 - o le paiement est effectué par prélèvement bancaire mensuel,
 - o 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 leurs ayants droit :
 - o la cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous leur seule responsabilité,
 - o le paiement est effectué par prélèvement bancaire mensuel.



Article 52. Non-paiement des cotisations

52-1 Garanties socle

■ En cas de précompte des cotisations par le Souscripteur

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité, lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la MGAS de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties ne peuvent être suspendues que trente (30) jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Pendant la période de suspension, les prestations ne sont pas versées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de (40) quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La MGAS a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu ci-dessus.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la MGAS la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, et éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

■ En l'absence de précompte des cotisations par le Souscripteur

Les dispositions du présent article s'appliquent dès lors que les cotisations ne sont pas précomptées par le Souscripteur et qu'elles sont réglées directement par le Membre Participant à la Mutuelle.

■ Bénéficiaires à titre obligatoire

Pour les bénéficiaires actifs, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, une mise en demeure recommandée avec accusé de réception lui est adressée au par la Mutuelle.

A défaut de paiement dans un délai de six (6) mois à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, le Souscripteur sera tenu de payer l'intégralité des sommes dues pour le compte du Membre Participant.

■ Bénéficiaires à titre facultatif

Conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, une mise en demeure recommandée avec accusé de réception est adressée au bénéficiaire par la Mutuelle.

Dans cette lettre, la Mutuelle l'informe que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son adhésion au Contrat collectif et de ses garanties optionnelles.

A défaut de paiement dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure, la Mutuelle prononce son exclusion du Contrat. Elle peut également appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par son Conseil d'Administration.

Le contrat non résilié reprend effet pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle.



52-2 Garanties optionnelles

En cas de non-paiement de la cotisation des garanties optionnelles mentionnée à l'article 48 de la présente Notice d'information, les dispositions du II. de l'article L.221-8 du Code de la mutualité précité s'appliquent.

52-3 Garanties panier de soins à l'étranger

■ En cas de précompte des cotisations par le Souscripteur

Les dispositions précitées à l'article 51-1 de la présente Notice d'information relatif aux garanties socle s'appliquent.

■ En l'absence de précompte des cotisations par le Souscripteur

■ Pour le bénéficiaire actif affecté à l'étranger

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, une mise en demeure recommandée avec accusé de réception lui est adressée au par la Mutuelle.

À défaut de paiement dans un délai de six (6) mois à compter de la date d'envoi de la mise en demeure, le Souscripteur sera tenu de payer l'intégralité des sommes dues pour le compte du Membre Participant.

■ Pour les bénéficiaires ayant droit

Conformément au II. de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement par le bénéficiaire d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, une lettre de mise en demeure recommandée avec accusé de réception lui est adressée par la Mutuelle.

À défaut de paiement dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la lettre de mise en demeure, la Mutuelle prononce l'exclusion du bénéficiaire du groupe.

Lors de la mise en demeure, le bénéficiaire est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties.

CHAPITRE 8 - GARANTIES EN INCLUSION

Les conditions et prestations des garanties mentionnées dans ce chapitre sont décrites respectivement dans les Annexes 3 et 4 de la présente Notice d'information.

Article 53. Réseau de soins Santéclair

La Mutuelle fait bénéficier ses Membres Participants et leurs ayants droit du réseau de soins Santéclair en vue :

- De fournir les informations et conseils (soins et traitements) ;
- D'analyser les devis et aider à leur négociation (prothèses dentaires, implantologie, parodontologie, orthodontie, lunettes, lentilles, chirurgie réfractive, audioprothèses, honoraires chirurgicaux) ;
- De leur permettre d'accéder à 5 réseaux de soins permettant de bénéficier de tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes, centre de chirurgie réfractive, audioprothésistes, diététiciennes, ostéopathes) ;
- De mettre à disposition des services web (voire mobiles) : géolocalisation des partenaires de santé du réseau Santéclair, aide à l'automédication, aide à la prévention et au dépistage, aide au choix de son lieu d'hospitalisation aide au sevrage tabagique.



Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment. Santéclair - Société Anonyme au capital de 3 834 029 euros ayant son siège au 7 Mail Pablo Picasso 44000 NANTES Téléphone : 01 47 61 21 00 Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

Article 54. Garanties d'assistance

En application de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de l'assisteur suivant :

IMA SA, société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 37 410 481 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 320.281.025, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est sis 4, Place de Budapest – CS 92 459, 75436 Paris Cedex 09, pour faire bénéficier les Membres Participants de garanties d'assistance à domicile et ce pour toute souscription à une formule obligatoire ou facultative d'un niveau égal ou supérieur à la formule 2.

Article 55. Actions de prévention

Des actions de prévention sont mises en œuvre par la Mutuelle chaque année civile. Leur nombre varie selon les coûts de ces actions, ceux-ci dépendants du format (sur site ou à distance), du lieu géographique, du type d'intervenant.

La définition et la réalisation des actions de prévention sont soumises au pilotage de la CPPS.

Les actions de prévention mises en œuvre par la Mutuelle sont regroupées selon les thèmes et sous-thèmes suivants :

SENSIBILISATION ET DIFFUSION D'INFORMATIONS

- Réalisation de campagnes de santé publique nationales avec une communication nationale importante et des événements en région
- Diffusion de contenus et d'informations en santé

WEBINAIRES ET ACTIONS SUR SITE

- Dépistages et vaccination en partenariat avec UROPS
- Conférences et ateliers

DES SERVICES AU QUOTIDIEN

- Vivoptim Solutions :
 - Nutrition, sommeil, santé globale, coaching de rétablissement, technique de gestion du changement, correction des facteurs et excès de risque
 - Parcours santé mentale : addictions, gestion des émotions, soutien téléphonique (IMA Santé), application Kiplin
 - Parcours sport santé : exercices et activités physiques adaptés, sport sur ordonnance, application Kiplin, réseau de 800 coachs sportifs (Santéclair)
- Plateforme Mysantéclair : téléconsultation et deuxième avis médical
- Accès aux réseaux et aux outils de prévention pour s'informer et obtenir des conseils en santé
- Bonnes pratiques en télétravail à travers un accompagnement personnalisé (IMA Santé)
- Coaching bien-être



CHAPITRE 9 – LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Tableau de garanties 2026 du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et des établissements publics et autorités administratives/publiques associés
- Annexe 2 : Tableau de garanties 2026 pour les agents affectés à l'étranger – Panier de soins à l'étranger
- Annexe 3 : Santéclair
- Annexe 4 : MGAS Assistance
- Annexe 5 : Périmètre du Contrat



Annexe 1 : Tableau de garanties 2026 du Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et des établissements publics et autorités administratives/publiques associés

4 formules santé pour ma protection

Les remboursements de la MGAS sont exprimés soit en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire, soit en euros par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire. Ils incluent systématiquement la part de remboursement du Régime Obligatoire. Ils sont versés dans la limite des frais réels engagés et dans les conditions et limites définies dans la Notice d'Information. Les remboursements sont solidaires et responsables ; ils répondent aux exigences de la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables (articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Les formules Socle, Option 1, Option 2, Option 3 sont celles définies dans les dispositions des articles L.2124-3 et R.2124-3 du Code de la commande publique, de l'article 7 du décret n°2022-633 du 22 avril 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 d'État.

Tableau de garanties à effet du 1^{er} janvier 2026

HOSPITALISATION	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Honoraires (consultations et actes techniques) ⁽¹⁾				
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
Forfait patient urgence	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière				
Court séjour et maternité (par nuit)	50€	60€	70€	80€
Soins de suite (par nuit)	40€	40€	50€	60€
Psychiatrie (par nuit)	45€	45€	50€	60€
Ambulatoire (par jour)	25€	25€	25€	25€
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné (par nuit)	38,5€	38,5€	38,5€	38,5€
Etablissement non conventionné (par nuit)	25€	25€	25€	25€
Autres				
Fécondation in vitro refusée par le RO	-	-	-	50€
AIDES AUDITIVES	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements Panier 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) ^{(2) (3)}				
Équipements «100% santé» tels que définis réglementairement Remboursement intégral (RO + RC) d'une prothèse auditive par oreille tous les 4 ans, à hauteur des prix limites de vente (PLV)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Équipements Panier Libre ⁽³⁾				
Aide auditive par oreille - 21 ans ou atteints de cécité sans limite d'âge	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€
Aide auditive par oreille 21 ans et +	800€	800€	1 000€	1 000€
Accessoires et piles pris en charge par le RO				
	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR

1. Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques. 2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 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.



 SOINS COURANTS	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
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€
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



 OPTIQUE (4)	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Équipements 100% Santé - dans la limite des prix limites de vente (PLV) ⁽²⁾				
Remboursement intégral (RO + RC) d'un équipement optique (verres et montures de classe A) à hauteur des prix limites de vente (PLV). Avec le pack 100% santé Santéclair, je peux bénéficier d'avantages complémentaires : montures Origine France Garantie, choix élargi de montures et verres de marque amincis chez les opticiens du réseau Santéclair	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Équipement pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Équipements Hors 100% Santé - Adulte (16 ans et plus)				
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€
Équipements Hors 100% Santé - Enfant (moins de 16 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€
Suppléments optique	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
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€
 MÉDECINE DOUCE, PRÉVENTION	Socle	Option 1	Option 2	Option 3
Médecine douce				
Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étioopathe, chiropracteur, podologue-pédicure (par séance)	40€	40€	40€	40€
Nombre par an	2	4	4	5
Psychologue (par 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	100% BR
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 par le RO				
Substituts nicotiniques en complément du RO				
Consultation diététique	80€	80€	80€	80€
Ostéodensitométrie osseuse				
Bilan parodontal				
Contraception / test de grossesse	80€	80€	80€	80€
Caryotype fœtal refusé par le RO	-	150€	150€	150€
Équipement anti-asthme	-	150€	150€	150€

2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. 4. Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) ne peut intervenir avant une période de 2 ans selon la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article 165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

MGAS – Notice d'information

Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (MTSSF)

Frais de Santé – effet 1^{er} janvier 2026



 DENTAIRE	Soce	Option 1	Option 2	Option 3
Soins et prothèses dentaires 100% Santé - dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)⁽²⁾				
Soins et prothèses entrant dans le panier de soin «100% Santé» Remboursement intégral (RO + RC) à hauteur des honoraires limites de facturation (HLF)	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Soins dentaires Hors 100% Santé				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée par le RO)	100% BR	120% BR	150% BR	150% BR
Prothèses dentaires - Panier reste à charge maîtrisé - dans la limite des HLF				
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
Inlays onlays d'obturation	150% BR	200% BR	400% BR	400% BR
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€

 AUTRES PRESTATIONS	Soce	Option 1	Option 2	Option 3
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

2. Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale. Le 100% Santé vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et a débuté depuis le 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi.



Annexe 2 : Tableau des garanties 2026 pour les agents affectés à l'étranger – Panier de soins à l'étranger

Les montants des remboursements sont exprimés en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale Reconstituée (BRR) en vigueur au 1^{er} janvier 2026 ou en forfait en euros. Le présent document n'a pas de valeur contractuelle, les garanties ci-après ne sont pas exhaustives. Pour plus de détails, voir la Notice d'information.

Soins réalisés à l'étranger plafond de 300 000 € par an et par bénéficiaire	
HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS	
Hospitalisation	
Honoraires	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Forfaits et frais de séjours	
Frais de séjour	90 % FR
Forfait journalier hospitalier	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	68€/nuit
Soins de suite	68€/nuit
Psychiatrie	68€/nuit
Ambulatoire	25€/jour
Frais d'accompagnant	
Établissement conventionné	38,50€/nuit
Établissement non conventionné	38,50€/nuit
Soins courants	
Honoraires médicaux	
Consultations/Visites de médecins généralistes praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Consultations/Visites de médecins généralistes praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Consultations/Visites de médecins spécialistes praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Consultations/Visites de médecins spécialistes praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Actes techniques médicaux praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Actes techniques médicaux praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90 % FR
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	90 % FR
Analyses et examens de laboratoire en affection de longue durée	100 % FR
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	90 % FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	90 % FR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	90 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	100 €/an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par le RO	150 % BRR
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	90 % FR



Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont plafonnées à 300 000 € par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale) et à 200 000 € pour les autres soins, actes, services et produits.

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

		Soins réalisés à l'étranger plafond de 300 000 € par an et par bénéficiaire
DENTAIRE		
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ »	
	Soins et prothèses du panier 100 % santé	-
Soins (hors 100 % Santé)		
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale		90 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé)		
Panier maîtrise		
Prothèses fixes (couronnes et bridges)		320 % BRR
Prothèses amovibles		320 % BRR
Prothèses provisoires		320 % BRR
Inlay Core		320 % BRR
Inlays onlays d'obturation		140 % BRR
Panier libre		
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible		320 % BRR
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible		320 % BRR
Prothèses amovibles sur dent visible		320 % BRR
Prothèses amovibles sur dent non visible		320 % BRR
Prothèses provisoires		320 % BRR
Inlay-onlay d'obturation		140 % BRR
Inlay Core		140 % BRR
Prothèse dentaire non prise en charge par la Sécurité sociale		225 % BRR
Implantologie		
Couronne sur implant		200 €/couronne (limité à 2 par an)
Implant dentaire		500 €/implant (limité à 2 par an)
Orthodontie		
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)		255 % BRR
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)		225 % BRR

Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont plafonnées à 300000€ par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale) et à 200000€ pour les autres soins, actes, services et produits.

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



Soins réalisés à l'étranger
plafond de 300 000 € par an et par bénéficiaire

AIDES AUDITIVES ⁽¹⁾		
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ »	
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	-
	Mutualiste de 20 ans et plus	-
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »		
	Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité	1200 €
	Mutualiste de 20 ans et plus	
OPTIQUE ⁽²⁾		
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ »	
	Verre unifocal, multifocal ou progressif (classe A)	-
	Monture (classe A)	-
HORS PANIER « 100 % SANTÉ »		
Équipements (monture et verres)		
	Monture	100 €
Grille optique (remboursement par verre)		
Verre unifocal, sphérique		
	Sphère de -6 à +6	125 €
	Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique		
	Cylindre ≤ +4, sphère de -6 à 0	125 €
	Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +6	125 €
	Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +6	300 €
	Cylindre ≥ +0,25, sphère < -6	300 €
	Cylindre > +4, sphère de -6 à 0	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique		
	Sphère de -4 à +4	300 €
	Sphère < -4 ou > +4	350 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique		
	Cylindre ≤ +4, sphère de -8 à 0	300 €
	Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ +8	300 €
	Cylindre > +4, sphère de -8 à 0	350 €
	Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > +8	350 €
	Cylindre ≥ +0,25, sphère < -8	350 €
Autres prestations optique		
	Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables	130 €/an
	Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 €/an

(1) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste. (2) Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale. Pour les mutualistes de moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.

Les garanties sont plafonnées à 300000€ par an et par bénéficiaire pour les soins courants (honoraires médicaux et paramédicaux, imagerie et biologie médicale) et à 200000€ pour les autres soins, actes, services et produits.

FR : Frais réels - BR : Base de Remboursement - BRR : Base de Remboursement Reconstitué - OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée



CURES THERMALES

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale : honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport

100% BRR

MÉDECINES ADDITIONNELLES ET DE PRÉVENTION

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue

2 séances/an (limite 30 €/séance)

Psychologue

8 séances/an (limite 40 €/séance)

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique

80 €/an

Contraception, tests de grossesse

80 €/an

Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif

183 €/acte

Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale

100% BRR

SERVICES SPÉCIFIQUES

Rapatriement sanitaire

100% FR



Annexe 3 : Santéclair

Préambule

Santéclair est une société de services qui met à disposition des Membres Participants de MGAS et de ses ayants droit (ci-après dénommés bénéficiaires) un ensemble de services pour les aider à maîtriser leurs dépenses sur les postes les plus coûteux tels que l'optique, le dentaire, l'audioprothèse et à mieux s'orienter dans le parcours de soins.

Ce service permet d'avoir accès à des réseaux, à une analyse et des conseils sur des devis émanant de professionnels de santé non-partenaires des réseaux, de nombreux services digitaux accessibles sur la plateforme MySantéclair, disponible sur l'espace adhérent MGAS.

Ces services sont proposés et gérés par notre partenaire Santéclair. Ils peuvent évoluer à tout moment. Santéclair - Société Anonyme au capital de 4 336 711 euros - ayant son siège au 7 Mail Pablo Picasso 44046 NANTES CEDEX Immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977.

Article 1 - Accès à des réseaux

Les réseaux disponibles concernent les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, cliniques de chirurgie réfractive de l'œil, diététiciennes, ostéopathes et chiropracteurs, présents sur le territoire métropolitain et départements d'outre-mer, qui se sont engagés contractuellement sur de bonnes pratiques professionnelles et sur des tarifs négociés.

Les Bénéficiaires ont accès à une dispense d'avance de frais sur les dépenses prises en charge lorsqu'ils recourent aux professionnels de santé partenaires, sur présentation de leur attestation de tiers payant en fonction des garanties prévues par votre contrat de complémentaire santé. (Excepté pour les diététiciennes, ostéopathes, chiropracteurs et cliniques de chirurgie réfractive).

Un réseau plus de 3200 opticiens qui vous offre des tarifs préférentiels et des services privilégiés :

- Prix négociés sur les verres de 4 grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss) auprès des opticiens partenaires (en panier libre),
- Jusqu'à 20% de remise sur les montures du panier libre¹,
- Jusqu'à 15% de remise sur le para-optique²,
- Une garantie casse de 2 ans sur les montures et les verres (sous conditions à demander à l'opticien partenaire)³,
- Une offre 100% Santé packagée « Offreclair » avec des montures de qualité "Origine France Garantie" et des verres de grandes marques (Essilor, Nikon, Optiswiss et Zeiss.), sans avance de frais avec le tiers payant,
- Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les opticiens partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 30 centres de chirurgie réfractive partenaires :

Si vous êtes myope, astigmat, hypermétrope, vous pouvez avoir recours à la chirurgie réfractive. Pour cela, Santéclair met à votre disposition les coordonnées des cliniques partenaires spécialisées dans ce domaine auprès desquelles :

- Vous trouvez des praticiens expérimentés,
- Vous pouvez bénéficier de technologies chirurgicales de pointe répondant à une charte qualité extrêmement précise,



- Vous bénéficiez également de tarifs privilégiés pour des actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et dont les tarifs sont libres. Tarifs négociés sur les différentes techniques auprès de 30 centres partenaires.

Ce service vous permet de ne pas faire l'avance de frais. Les centres partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau dentaire de plus de 3 000 chirurgiens-dentistes, d'orthodontistes et de 90 cabinets spécialisés en implantologie orale qui propose :

- Des tarifs négociés auprès des chirurgiens-dentistes partenaires Santéclair sur les prothèses, les implants ou encore l'orthodontie :
 - Jusqu'à 30% d'économies sur certains actes d'implantologie⁵.
 - Jusqu'à 40% d'économies sur les traitements d'orthodontie adulte par aligneurs⁵.

Le certificat de traçabilité de la prothèse sur simple demande du bénéficiaire.

1. Montures du panier libre d'une valeur supérieure à 30 € et allant jusqu'à 100 € : remise de 10 % effectuée sur le prix affiché. Montures du panier libre d'une valeur supérieure à 100 € : remise de 20 % effectuée sur le prix affiché.

2. Solaires sans correction, sauf conditions particulières en magasin.

3. Sur les montures et les verres du panier libre, valable une fois par élément. En cas de nouvelle casse, une franchise de 50 % s'applique. Ne s'applique pas aux secondes paires. Cette garantie exclut les motifs suivants : rayures, utilisation anormale ou contraire à une utilisation conforme, adaptée et régulière du produit.

5. Par rapport aux prix moyens habituellement pratiqués hors réseau Santéclair. Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier au 31 décembre 2022. Comparaison à actes et matériaux strictement identiques. (***) Par rapport aux prix moyens du semestre d'orthodontie invisible par aligneurs toutes durées de traitement confondues. Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er avril 2022 au 30 juin 2022.

6. Par rapport aux tarifs habituellement pratiqués hors réseau Santéclair à référence strictement identique (appareils auditifs de classe II). Etude réalisée par Santéclair sur les devis analysés du 1er janvier 2020 au 31 octobre 2020. Comparaison portant sur les 40 références d'appareils les plus vendues. Le pourcentage de réduction varie selon les références d'appareils. Etude disponible sur demande.

7. Vous bénéficiez d'une période d'essai gratuite d'au moins 30 jours en situation de vie courante avant toute confirmation d'achat. En cas de panne de l'appareil auditif dans les 4 ans suivant l'achat, l'appareil auditif est réparé ou échangé (à l'identique ou équivalent) si celui-ci ne peut être réparé, sans franchise.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais lors de la réalisation de prothèses dentaires ou de traitements d'orthodontie. Les chirurgiens-dentistes partenaires peuvent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de plus de 1 500 centres audioprothésistes pour bénéficier :

- Jusqu'à 35%* d'économies sur l'intégralité des gammes d'appareils auditifs⁶,
- D'une économie de 20 % sur les piles et accessoires,
- D'une période d'essai d'au moins un mois⁷, et d'une garantie panne de 4 ans⁷.

Ce service permet de ne pas faire l'avance des frais. Les audioprothésistes partenaires doivent adresser à Santéclair une demande de prise en charge.

Un réseau de 390 diététiciennes qui propose :

Des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau.



Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon.

Un réseau de 370 ostéopathes et chiropracteurs partenaires :

Des prix inférieurs de 15 % par rapport aux prix pratiqués par un échantillon de professionnels de la santé référencés par Santéclair n'appartenant pas au réseau.

Etude réalisée en mars 2022 par Santéclair comparant les prix pratiqués par les professionnels partenaires du réseau aux prix pratiqués par cet échantillon.

Article 2 - Analyse de devis

Santéclair propose son service d'analyse de devis conseil.

Ce service permet de vérifier que la dépense en optique, en dentaire, en audioprothèse et en honoraires chirurgicaux est adaptée aux besoins des bénéficiaires tout en payant le juste prix. Sur simple demande, les conseillers Santéclair font l'analyse à partir du devis écrit et détaillé émis par le praticien que vous avez choisi.

Cet avis vous est donné sous 72 heures, soit par courrier soit par téléphone et depuis la plateforme sécurisée MySantéclair selon le résultat de l'analyse de devis et le conseil qui peut être apporté en toute autonomie et en temps réel en dentaire.

Article 3 - Services digitaux

Santéclair propose également de nombreux services digitaux accessibles depuis la plateforme MySantéclair mises à disposition des bénéficiaires dans l'espace adhérent MGAS :

- **Trouver un professionnel de la santé** : l'outil de géolocalisation des professionnels de la santé partenaires Santéclair (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, diététiciennes et centres de chirurgie réfractive, ostéopathes et chiropracteurs). Ce service permet également de trouver des médecins ou paramédicaux, de prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone et d'accéder à différentes informations (niveau de conventionnement, tarif...).
- **Téléconsultation*** : pour entrer directement en contact avec un médecin généraliste ou spécialiste 7j/7 et 24h/24 et avoir la possibilité d'obtenir une ordonnance. Bénéficiez de téléconsultations sans limite de nombre et sans frais incluse dans votre contrat.
- Attention, ce service n'est pas un service d'urgence, en cas d'urgence contacter le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen).
- **Palmarès des meilleurs établissements hospitaliers*** : plus de 80 disciplines dont 52 chirurgicales. Accédez à différents critères pour effectuer le choix de votre hôpital de manière objective : qualité des établissements, éloignement géographique et estimation du niveau de dépassement d'honoraires.
- **Coaching nutrition*** : Pour perdre du poids, manger plus sainement ou encore retrouver de meilleures habitudes alimentaires, le coaching Nutrition propose de se réapproprier nos sensations alimentaires (corporelles) et de prendre du recul face à nos émotions avec un apprentissage alimentaire naturel, un accompagnement par des coachs psychologues et nutritionnistes et un programme de coaching sportif sur mesure.
- **Coaching sommeil*** : ce programme permet de retrouver naturellement en 3 mois le sommeil par le biais des techniques de relaxation, de gestion émotionnelle et d'activités



comportementales et cognitives. Vous serez accompagné(e) par des psychologues, joignables par téléphone, e-mail, ou chat qui personnaliseront le programme selon vos besoins et difficultés.

- **Deuxième avis*** : accès à un service d'expertise médicale permettant un deuxième avis suite au diagnostic de plus de 650 pathologies couvertes : problèmes orthopédiques, cardiovasculaires, l'endométriose, l'infertilité, la cancérologie... Une nouvelle analyse de votre diagnostic par un médecin spécialiste de votre maladie à partir de votre dossier médical vous est envoyée sous 7 jours maximum.
- **Analyse de symptômes et d'orientation*** : bénéficiez d'un outil pensé et validé par des médecins pour obtenir rapidement un avis sur vos symptômes et être guidé dans la prise en charge. Attention, ce service n'est pas un service d'urgence, en cas d'urgence contacter le 15 (depuis la France) ou le 112 (numéro d'urgence européen)
- **Automédication** : Soignez-vous en toute sécurité avec près de 1 800 médicaments référencés et notés selon leur efficacité et leur tolérance. Accédez à des fiches conseils et au prix moyen de vente en pharmacie.
- **Infirmières à domicile*** : Mise en relation rapide en ligne auprès d'infirmières à domicile pour tous types de soins.
- **Partenariat centres d'ophtalmologie** : Accédez à 64 centres à travers la France (maillage en constante évolution). Obtenez un RDV sous 48h : dans 75% des cas (relevé effectué le 21/06/2021), les centres partenaires proposent un rdv en moins de 48h.

* Le service de téléconsultation est proposé par Santéclair, en partenariat avec Qare, SAS au capital de 23 346 240 €, 36 avenue Pierre 1er de Serbie, 75008 Paris, RCS de Paris n° 823 634 910. Téléconsultation sans frais en dehors de la participation forfaitaire le cas échéant d'un euro déduite sur vos prochains remboursements effectués par l'Assurance Maladie.

* Le service de classement hospitalier est proposé par Santéclair, en partenariat avec SEBDO (Société d'exploitation de l'hebdomadaire Le Point), 1 boulevard Victor - 75015 Paris, SA au capital de 10 100 160 €, RCS de Paris n° 312 408 784.

* Le service de coaching nutrition est proposé par Santéclair, en partenariat avec META-COACHING, 65 Rue Saint Charles à 75015 Paris, SAS au capital de 362 799 €, RCS de Paris N° B 513 782 003.

* Le service de coaching sommeil est proposé par Santéclair, en partenariat avec META-COACHING, 65 Rue Saint Charles à 75015 Paris, SAS au capital de 362 799 €, RCS de Paris N° B 513 782 003.

* Le service de deuxième avis médical est proposé par Santéclair, en partenariat avec CARIANS : 1 boulevard Pasteur, 75015 Paris, SAS au capital de 109 230 €, inscrit au RCS de Paris sous le n° 803 657 717.

* Le service d'analyse de symptômes et d'orientation est proposé par Santéclair, en partenariat avec ADA HEALTH GMBH, société de droit allemand, Karl-Liebknecht-Str. 1,10178 Berlin Germany.

* Le service d'infirmières à domicile est proposé par Santéclair, en partenariat avec HELLOSANTE : 11 Boulevard Delessert, 75016 PARIS, SAS au capital de 5 705,81 €, RCS de Paris sous le N° 813 995 313.



Annexe 4 : MGAS Assistance

TABLEAU DE GARANTIE IMA ASSISTANCE

Descriptif détaillé du service Assistance inclus dans votre contrat

DES SERVICES DISPONIBLES DES LA PRISE D'EFFET DU CONTRAT	
Prestations	Montant
Conseil social (travailleur social)	5 entretiens maximum sur 12 mois
Informations médicales	✓ Compris
Prévention nutrition santé	1 entretien - 1 fois par an avec bilan nutritionnel (à payer par l'aidant ou l'aidé)
Information juridiques et vie pratique	✓ Compris
Recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical	✓ Compris
Portail https://monespace.ima-sante.com/	✓ Compris

EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION DE L'ADHÉRENT OU DU CONJOINT	
Prestations	Montant
En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Immobilisation > 5 jours Hospitalisation imprévue > 2 jours Hospitalisation programmée > 2 jours
Aide à domicile	6h sur 10 jours
Présence d'un proche au chevet	1 AR + 2 nuits
Livraison de médicaments	1 livraison sur 10 jours
Portage de repas	1 livraison sur 10 jours
Portage d'espèces	1 livraison sur 10 jours
Livraison de courses	1 livraison sur 10 jours
Coiffure à domicile	1 déplacement sur 10 jours
En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Hospitalisation imprévue > 2 jours Hospitalisation programmée > 2 jours Immobilisation > 5 jours
Transfert et garde des animaux	Forfait de 15€ par jour (max 300€ TTC)
En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Hospitalisation imprévue > 2 jours Hospitalisation programmée > 2 jours Immobilisation imprévue > 5 jours
Fermeture du domicile quitté en urgence	Dans la limite de 100€ (trajet A/R taxi restitution des clés) - sécurisation du domicile
En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Hospitalisation imprévue > 14 jours Hospitalisation programmée > 14 jours
Préparation du retour au domicile	4h frais de taxi limité à 100€ pour la récupération des clés et 100€ pour la restitution des clés
En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Hospitalisation imprévue > 2 jours Hospitalisation programmée > 2 jours
Transfert post-hospitalisation chez un proche	200 € maximum



En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Immobilisation imprévue > 5 jours
---	-----------------------------------

Transport aux rdv médicaux et paramédicaux	1 transport A/R sur 10 jours dans un rayon de 50 km
--	---

GARANTIES FAMILLE

En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation)	Immobilisation > 5 jours Hospitalisation programmée > 2 jours
---	--

Déplacement d'un proche pour garde des enfants	1 AR
--	------

Transfert des enfants chez un proche	1 AR + accompagnateur
--------------------------------------	-----------------------

Garde des enfants	6 heures sur 10 jours
-------------------	-----------------------

Conduite à l'école et le retour au domicile des enfants	1 AR / jour sur 5 jours sur 2 semaines
---	--

Conduite aux activités extrascolaires	1 AR / semaine sur 2 semaines
---------------------------------------	-------------------------------

En cas d'accident ou de maladie (entraînant une immobilisation imprévue ou une hospitalisation) de la garde salariée habituelle des enfants	Hospitalisation imprévue > 2 jours Immobilisation imprévue > 5 jours Hospitalisation programmée > 2 jours
---	---

Remplaçante de garde d'enfant	6 heures sur 10 jours
-------------------------------	-----------------------

GARANTIES MATERNITE

Grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile supérieure à 15 jours ou un séjour prolongé à la maternité supérieur à 5 jours ou une naissance grand prématuré ou naissance multiple	
--	--

Aide-ménagère	4 heures sur 10 jours
---------------	-----------------------

Déplacement d'un proche pour garde des enfants	1 AR
--	------

Transfert des enfants chez un proche	1 AR
--------------------------------------	------

Garde des enfants	4 heures sur 10 jours
-------------------	-----------------------

EVENEMENT TRAUMATISANT

Soutien psychologique	5 entretiens téléphoniques et 3 en face à face maximum
-----------------------	--



Annexe 5 : Périmètre du Contrat

Conformément à 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 et à son rectificatif, 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)
- France compétences
- 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)

