





## Ministères sociaux et établissements publics et autorités administratives/publiques associés

### PREAMBULE ..... 3

### CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... 3

Article 1.	Objet.....	3
Article 2.	Effet /durée du Contrat.....	3
Article 3.	Résiliation du contrat.....	4
Article 4.	Information des membres participants.....	4
Article 5.	Territorialité.....	4
Article 6.	Prescription - Interruption de la prescription.....	4
Article 7.	Subrogation.....	5
Article 8.	Contrôle médical.....	5
Article 9.	Prestations indument versées.....	6
Article 10.	Déchéance des droits à prestations en cas de fraude.....	6
Article 11.	Procédure collective ouverte contre le Souscripteur.....	6
Article 12.	Lois applicables.....	6
Article 13.	Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution.....	6
Article 14.	Protection des données personnelles.....	6
Article 15.	Réclamation.....	7
Article 16.	Médiation.....	7

### CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX BÉNÉFICIAIRES..... 8

Article 17.	Bénéficiaires des garanties.....	8
Article 18.	Modalités d'adhésion.....	9
Article 19.	Effet/durée de l'adhésion.....	9
Article 20.	Maintien de garanties.....	10
Article 21.	Cessation des garanties.....	11

### CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ..... 11

Article 22.	Définition des garanties.....	11
Article 23.	Limite des remboursements.....	11
Article 24.	Exclusion de garanties.....	12
Article 25.	Caractère solidaire et responsable des garanties.....	12
Article 26.	Demande de remboursements.....	14

### CHAPITRE 4 - GARANTIES FACULTATIVES..... 15

Article 27.	Objet.....	15
Article 28.	Affiliation et modification du niveau d'une garantie facultative.....	15
Article 29.	Prise d'effet d'une modification de garantie facultative.....	16
Article 30.	Cessation et résiliation des garanties facultatives.....	17

### CHAPITRE 5 - COTISATIONS..... 17

Article 31.	Fixation des cotisations.....	17
Article 32.	Révision des cotisations et/ou de la garantie.....	18
Article 33.	Règlement de la cotisation.....	18
Article 34.	Cas de non-paiement des cotisations.....	18

### CHAPITRE 6 - GARANTIES EN INCLUSION..... 19

Article 35.	Réseau de soins Santéclair.....	19
Article 36.	Garantie d'assistance à domicile en cas d'hospitalisation.....	20
Article 37.	Garantie d'assurance scolaire.....	20

### CHAPITRE 7 – Liste des annexes..... 20



## **PREAMBULE**

La présente notice, à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2026, a pour objet, en application de l'article L221-6 du code de la mutualité, de définir les garanties prévues par le contrat collectif à adhésion obligatoire 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 à adhésion obligatoire est souscrit par les ministères sociaux et établissements publics et autorités administratives/publiques associés (ci-après dénommée 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 pour couvrir tous les salariés du souscripteur.

Un salarié du souscripteur adhérant au contrat à titre obligatoire est dénommé « Membre participant ».

## **CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

### **Article 1. Objet**

Le contrat, 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 au bénéfice des salariés des ministères sociaux et établissements publics et autorités administratives/publiques associés, ci-après dénommée aussi le Souscripteur, et le cas échéant de leurs ayants droit, tels que définis au Contrat, une garantie complémentaire collective « Frais de santé » à adhésion obligatoire.

Le Souscripteur en souscrivant un Contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de la MGAS devient membre honoraire de celle-ci.

Les salariés du Souscripteur peuvent aussi dans le cadre du Contrat souscrire auprès de la Mutuelle des garanties facultatives dont les modalités sont détaillées dans le tableau des garanties en annexe 1 de la présente notice.

### **Article 2. Effet /durée du Contrat**

#### **■ Date de prise d'effet du contrat**

Le Contrat prendra effet le 01/01/2026.

#### **■ Durée du Contrat**

Il 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<sup>er</sup> janvier de chaque année, par période d'un an**, sauf résiliation dans les conditions fixées à l'article 3.

Dans le cas de la prise d'effet du Contrat entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre, la durée initiale du Contrat est valable jusqu'au 31 décembre de l'année suivant celle de sa conclusion.



### Article 3. Résiliation du contrat

Le Contrat peut être résilié par le Souscripteur ou la Mutuelle, dans les conditions des articles L221-10, L221-10-2 et selon les modalités prévues à l'article L221-10-3 du Code de la Mutualité.

### Article 4. 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.

Le Souscripteur s'engage aussi à remettre à chaque salarié un exemplaire des statuts de la Mutuelle et de son règlement intérieur.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle et ce trois 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 de la Mutuelle aux membres participants ainsi que les informations relatives aux modifications apportées au Contrat incombe au Souscripteur.

### Article 5. Territorialité

Le Contrat s'exerce en France Métropolitaine, dans les territoires et départements français d'Outre-mer.

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.

### Article 6. Prescription - Interruption de la prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la MGAS en a eu connaissance.

- En cas de réalisation du risque, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Souscripteur, du membre participant ou de l'ayant droit contre la MGAS 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 L221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.**

**L'interruption de la prescription 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 en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou adressé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

**Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont, soit la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit une demande en justice (même en référé), non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit un acte d'exécution forcée (articles 2240 à 2246 du Code civil).**

### **Article 7. 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 8. Contrôle médical**

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).

La MGAS, dans le cadre d'une demande de prestation non prise en charge par la sécurité sociale, se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé, de son choix et dûment habilité, toute personne qui demande à bénéficier d'un remboursement pour des soins, des produits ou des dispositifs médicaux au titre de sa garantie.

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.

#### **Article 9. Prestations indument versées**

En cas de prestations versées indûment à un Membre Participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de tiers payant par un assuré postérieurement à la résiliation du contrat, ou la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au Membre Participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

#### **Article 10. 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 déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues à l'article 8 des Statuts de la Mutuelle.**

#### **Article 11. 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 L622-13 du code de commerce. En cas de résiliation du Contrat en application de l'article L622-13 du Code de Commerce, la part de cotisation afférente à la période pendant laquelle la Mutuelle ne couvre plus le risque est restituée au Souscripteur.

#### **Article 12. Lois applicables**

Le Contrat est régi par le Code de la Mutualité, les lois et les règlements en vigueur.

#### **Article 13. 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 14. Protection des données personnelles**

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 MGAS s'engage à la protection des données à caractère personnel. Dans ce cadre, la MGAS a élaboré une Charte « Vie privée » qui précise :

- ses engagements,
- les informations relatives au responsable de traitement et partenaires,
- les traitements effectués,



- leurs finalités,
  - les catégories de données concernées,
  - les particularités,
  - la liste et les modalités d'exercice des différents droits,
  - les choix possibles, en particulier en matière de consentement et de gestion des traceurs.
- 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.

## Article 15. Réclamation

**Pour être recevable, toute réclamation doit être adressée à la Mutuelle, dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance** aux coordonnées suivantes :

Par courrier :  
MGAS - Réclamation  
TSA 30129  
37206 Tours Cedex,

Par e-mail : [Relation.adherents@mgas.fr](mailto:Relation.adherents@mgas.fr)

La Mutuelle s'engage :

- À accuser réception de toute réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation,
- À apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

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 celui de l'envoi du mail.

## Article 16. Médiation

Le médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle MGAS est le médiateur de la FNMF. Ce médiateur peut être saisi soit :

- Par courrier :  
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,
- Le Membre Participant ou l'Ayant Droit a introduit sa demande auprès du médiateur dans un délai supérieur à un 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.

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 17. Bénéficiaires des garanties**

Les bénéficiaires des garanties se répartissent selon les catégories suivantes :

#### **17-1 Bénéficiaires à titre obligatoire**

Le régime complémentaire obligatoire de frais de santé s'applique aux agents dits « actifs » qui sont employés et rémunérés par l'une des entités mentionnées à l'article 3 du présent document (voir Annexe 6 : cartographie et démographie du périmètre ministériel).

L'article 2 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire liste spécifiquement les agents concernés (y compris les agents des établissements et Autorités indépendantes). Il s'agit entre autres :

- Des fonctionnaires civils de l'Etat,
- Des agents contractuels de droit public,
- Des 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,
- Des ouvriers de l'Etat mentionnés au 5o de l'article L. 6 du code général de la fonction publique,

Les agents ont la qualité de bénéficiaire actif et sont donc soumis à 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.

#### **17-2 Ayants Bénéficiaires à titre facultatif**

Les articles 4 et 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022 indique que les agents retraités ainsi que les ayants droit des agents actifs ou retraités peuvent décider d'adhérer au contrat collectif objet du présent marché.

Une information relative à la mise en place du contrat collectif sera communiquée aux bénéficiaires retraités relevant du périmètre sur la base des données à disposition de l'employeur au moment de la mise en place du contrat.

Peuvent ainsi être affiliés au régime mis en place les ayants droit d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité conformément à l'article 5 du décret 2022-633 :





- Conjoint non séparé de corps ;
- Partenaire de PACS ;
- Concubin ;
- Enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge, et qui est :
  - âgé de moins de 21 ans ;
  - âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi ;
  - reconnu handicapé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

### **Article 18. Modalités d'adhésion**

Le bénéficiaire lors de la complétion de son bulletin d'adhésion 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 au régime socle.

L'agent aura la possibilité de changer de formule dans la limite d'un changement par an, néanmoins, s'il résilie son adhésion à l'option ou qu'il décide d'en souscrire une de plus faible niveau, il doit attendre 3 ans avant de pouvoir être admis à la souscrire à nouveau et devra à ce titre s'acquitter de la cotisation correspondante.

### **Article 19. Effet/durée de l'adhésion**

Les garanties prennent automatiquement effet à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1<sup>er</sup> janvier 2026, pour les agents actifs couverts à titre obligatoire, ou à la date

d'embauche ou d'entrée dans la population du ministère, 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.

Les futurs agents retraités devront formuler leur souhait d'adhésion en qualité de retraité dans un délai de 1 an suivant leur cessation d'activité. Le titulaire doit obligatoirement faire droit à leur demande d'adhésion. Sur la base des informations disponibles, voici les données sur les retraités (voir annexe 6) :

- 20 378 agents retraités
- 2 863 réversataires d'agents retraités décédés
- Sur la base de ces éléments, les effectifs de bénéficiaires potentiels en qualité d'ayants droit sont estimés à : environ 9 000 conjoints d'agents retraités
- Environ 1 000 enfants de moins de 25 ans d'agents retraités



Pour le personnel déjà retraité à la date de prise d'effet du contrat, soit le 1er janvier 2026, le retraité dispose d'un délai de 1 an à compter de la date à laquelle il est informé de l'entrée en vigueur du contrat, pour pouvoir y adhérer. Les modalités d'information seront précisées ultérieurement.

## **Article 20. Maintien de garanties**

### **20-1 Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail**

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, 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 (article 2 du décret du 22 avril 2022).

S'il n'y a ni maintien de salaire, ni revenu de remplacement, le salarié en suspension de contrat de travail peut demander à continuer à bénéficier du contrat aux conditions identiques à celles des actifs, sous réserve du paiement direct à l'assureur de la totalité des cotisations.

### **20-2 Anciens salariés – Article 4 de la loi 89-1109 du 31 décembre 1989**

Les anciens salariés 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 les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail **ou de la fin de la période du maintien des garanties au titre de la portabilité.**

La Mutuelle a, deux mois, à compter de la rupture du contrat 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 salarié.

### **20-3 En cas de décès du salarié**

Les ayants droits d'un membre participant décédé, peuvent demander à bénéficier de la couverture « frais de santé » pour une durée minimale de 12 mois, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent le décès du membre participant.

La Mutuelle a deux mois à compter du décès du membre participant, pour transmettre une proposition, sous réserve que le Souscripteur en ait informé au préalable la Mutuelle.

### **20-4 Portabilité**

Conformément à l'article 26 du décret du 22 avril 2022, en cas de cessation de la relation de travail liant l'agent à son Employeur, les garanties seront maintenues selon les conditions précisées audit article.

Ce bénéfice est accordé à l'agent sous réserve qu'il soit inscrit comme demandeur d'emploi et indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage et qu'il en ait fait une demande justifiée.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements aient été ouverts au sein du pôle ministériel.



Les garanties maintenues sont identiques à celles des bénéficiaires actifs, y compris en cas d'évolution du régime.

## Article 21. Cessation des garanties

Les garanties du panier de base et des couvertures optionnelles cessent :

- pour les bénéficiaires actifs à la date où ils cessent d'être employés et ne remplissent plus les conditions prévues à l'article Bénéficiaires du présent CCTP ;
- pour les bénéficiaires retraités à la date de reprise d'une activité rémunérée dans les conditions prévues au II de l'article 4 du décret du 22/04/2022 ;
- pour les bénéficiaires ayants droit :
  - à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions prévues pour être définis comme ayant droit ;
  - à la même date que celle de l'agent ;

## CHAPITRE 3 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

### Article 22. Définition des garanties

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Le montant des remboursements est déterminé acte par acte selon le tableau inséré à l'annexe 1.

### Article 23. Limite des remboursements

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.

**Les remboursements ou les indemnités 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'indemnité 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 salariés, les prestations de la Mutuelle ne peuvent excéder le niveau qu'elles atteindraient si les personnes en cause relevaient du régime général des travailleurs salariés.**

#### **Article 24. Exclusion de garanties**

**Les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie et les actes antérieurs à la prise d'effet de l'adhésion ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie selon le tableau défini en annexe 1.**  
**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 début d'exécution se situent avant la date de prise d'effet de la garantie de la Mutuelle, ne peuvent donner lieu à intervention et prise en charge par celle-ci.**

#### **Article 25. Caractère solidaire et responsable des garanties**

Les garanties du contrat frais de santé souscrit par votre employeur respectent l'ensemble des règles des contrats d'assurance complémentaires de santé dits « contrats responsables » au sens des dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 ainsi que des articles L911-7 et D911-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Ces textes visant à garantir un accès sans reste à charge à certains d'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 R160-5 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 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 D911-1 1° du code de la sécurité sociale.
- 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 dento-faciale 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 D911-1 du code de la Sécurité sociale 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 une classe autre que celle à prise en charge renforcée,
- les dépenses de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dento-faciale,
- 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.

En application des dispositions des articles L.871-1 et R.871-1 du code de la Sécurité sociale, **sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :**

- **La participation forfaitaire et les franchises mentionnées respectivement au II et III de l'article L160-13 du Code de la Sécurité Sociale,**



- **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-à-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 où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'Ayant Droit âgé de 16 ans ou plus),**
- **La prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et 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 relèvent pas d'un protocole de soins),**
- **Tout autre dépassement d'honoraires, prestation ou majoration dont la prise en charge serait exclue par la législation en vigueur.**

Il est à noter que le montant des prestations servies par le régime obligatoire pourra varier si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés. **Sont exclues de la prise en charge par la Mutuelle 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.**

**Les garanties en optique comprennent la prise en charge d'un seul équipement d'optique tous les deux ans** (équipement d'optique médicale composé de deux verres et d'une monture), sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou pour certaines évolutions de la vue liées à des situations médicales définies réglementairement (un équipement par an et par bénéficiaire).

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 du code de la Sécurité sociale. Ce délai de deux 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.

**Les garanties en audiologie comprennent la prise en charge d'une aide auditive tous les quatre ans** dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

La Mutuelle communique avant la souscription et annuellement au Souscripteur :

- le ratio exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations hors taxe afférentes à ces garanties
- le ratio, exprimé en pourcentage, entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations hors taxe afférentes, ainsi que la composition de ces frais de gestion.

La Mutuelle pratique le tiers payant dans les conditions de l'Article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.

## **Article 26. Demande de remboursements**

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



### **Ces demandes devront être accompagnées des pièces justificatives suivantes :**

Grâce à la liaison Noémie, les décomptes de Sécurité sociale sont transmis directement à la Mutuelle, cependant, certains soins nécessitent l'envoi de justificatifs complémentaires :

- **L'original du décompte de la sécurité sociale ou de sa version dématérialisée,**
- **À défaut l'original de la facture détaillée, acquittée et nominative,**
- **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, une ordonnance pour les lentilles non prises en charge par la sécurité sociale,**
- **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,**
- **Toute autre pièce justificative que pourrait demander la Mutuelle pour procéder au versement d'une prestation.**

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 du tiers-payant ses adhérents. 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.

## **CHAPITRE 4 - GARANTIES FACULTATIVES**

### **Article 27. Objet**

Lorsque le Contrat le prévoit, des garanties facultatives peuvent être souscrites par un membre participant. Ces garanties facultatives sont précisées dans l'annexe 1 « détail des garanties ».

Elles permettent aux membres participants de majorer les garanties de base obligatoires prévues par le Contrat lorsque l'employeur les a souscrites.

**Ces garanties facultatives ne donnent pas lieu à participation de l'employeur souscripteur du Contrat. Leur coût est exclusivement à la charge des salariés.**

### **Article 28. Affiliation et modification du niveau d'une garantie facultative**

#### **28-1 Affiliation**

Lorsque le Contrat le prévoit, le membre participant peut opter pour la garantie facultative de son choix, dans les 12 mois de son adhésion au Contrat collectif obligatoire en adressant sa demande à la Mutuelle.

La prise d'effet de cette garantie facultative est alors :

- **la date de prise d'effet du Contrat si le choix de la garantie facultative a été fait lors de l'adhésion au Contrat,**



- **le 1er jour du mois suivant la demande du membre participant lorsque le choix a été fait dans les 12 mois suivant la date d'adhésion du membre participant au Contrat.**

Après l'expiration de ce délai de 12 mois, le membre participant peut aussi opter pour une garantie facultative mais la prise d'effet de cette garantie facultative est déterminée selon les dispositions de l'article 29 ci-après.

**Les garanties facultatives sont souscrites pour l'ensemble des ayants droit du membre participant, bénéficiaires du Contrat collectif obligatoire, que leur adhésion soit obligatoire ou facultative.**

### **28-2 Modification du niveau d'une garantie facultative**

Le membre participant a la faculté de modifier son choix de garantie facultative, en adressant une demande à la Mutuelle.

La prise d'effet de cette modification est prévue à l'article 29 ci-après.

### **Article 29. Prise d'effet d'une modification de garantie facultative**

Une modification de garantie facultative prend effet :

- En présence d'un changement de situation familiale (naissance, mariage, divorce...), au 1er jour du mois civil suivant la réception par la Mutuelle de la demande, à condition que la Mutuelle ait été informée de ce changement de situation familiale par lettre recommandée avec accusé de réception dans les deux mois suivant l'événement. Si la Mutuelle n'a pas été informée dans les deux mois suivant l'événement, la prise d'effet de la modification de la garantie facultative est celle prévue aux deux paragraphes suivants.
- Si le membre participant souhaite résilier ses garanties facultatives ou bénéficier d'un niveau de garantie facultative inférieur à celui qu'il a souscrit, le 1er janvier de l'année N + 2 suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle (exemple : pour une demande de changement reçue en 2026, le 1er janvier 2028).
- Si le membre participant souhaite adhérer à des garanties facultatives ou bénéficier d'un niveau de garantie facultative supérieur à celui qu'il a souscrit, le 1er janvier de l'année N+1 suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle (exemple : pour une demande de changement reçue en 2026, le 1er janvier 2027).

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

Pour toute modification de formule, la date de prise d'effet de cette dernière constitue le nouveau point de départ du délai de 1 an dans le cadre de l'exercice du droit de résiliation infra annuelle, tel que prévu à l'article 30.2 ci-après.





## Article 30. Cessation et résiliation des garanties facultatives

### 30.1 Cessation

Les garanties facultatives prennent fin à la rupture du contrat de travail. Elles peuvent, dans certains cas, bénéficier de la portabilité de l'article L911-8 du code de la Sécurité Sociale rappelée à l'article 20-4 ci-avant.

Les garanties facultatives prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes dans les conditions prévues à l'article 34 des Conditions générales du présent Contrat. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du membre participant, concernant les garanties facultatives celui-ci peut dénoncer son adhésion à ces garanties facultatives. La demande doit être adressée à la Mutuelle dans un délai d'un mois à compter de la date à laquelle les modifications lui ont été signifiées conformément à l'article 4 des présentes Conditions générales.

### 30.2 Résiliation infra annuelle

Conformément aux dispositions de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion aux seules garanties facultatives, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.

Dans le souci de maintenir l'équilibre du contrat, 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 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 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 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.

## CHAPITRE 5 - COTISATIONS

### Article 31. Fixation 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.



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

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

### **Article 32. Révision des cotisations et/ou de la garantie**

Chaque année, les cotisations sont susceptibles d'évolution.

En cas de changement législatif ou réglementaire tel que notamment un désengagement de la Sécurité Sociale ou des augmentations ou création de nouvelles taxes ou contributions, la Mutuelle peut réviser unilatéralement les cotisations et/ou les prestations en dehors des périodes de renouvellement.

Le Souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander la résiliation du Contrat dans les 30 jours suivant la date d'envoi de la révision par la Mutuelle. La résiliation prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande de résiliation.

Les cotisations sont par ailleurs révisables chaque année, en fonction, d'une part, du résultat technique global constaté par la Mutuelle pour l'ensemble du portefeuille collectif ou du résultat technique propre à chaque contrat et d'autre part, des prévisions des dépenses de santé au plan national.

Le nouveau taux de cotisation est applicable de plein droit en l'absence de résiliation du Contrat par le Souscripteur notifiée à la Mutuelle dans le délai d'un mois à compter de la réception du nouveau taux de cotisation.

Le Souscripteur est, en outre, tenu d'informer les membres participants des modifications apportées, dans les conditions définies par l'article 4 ci-avant.

### **Article 33. Règlement de la cotisation**

Les cotisations relatives aux garanties de bases obligatoires sont dues par le Souscripteur à la Mutuelle et payables, en France et en euros, trimestriellement ou mensuellement à terme échu par prélèvement ou virement.

Les cotisations relatives aux garanties facultatives, souscrites par le salarié le cas échéant, sont dues exclusivement par le salarié à la Mutuelle et payable en France, mensuellement par prélèvement bancaire ou virement.

### **Article 34. Cas de non-paiement des cotisations**

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 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 jours après la mise en demeure du Souscripteur. **Pendant la période de suspension, les prestations ne sont pas versées.**



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

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

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.

Concernant les garanties facultatives souscrites par le membre participant, lorsque celui-ci ne paie pas sa cotisation correspondant à ces garanties facultatives le membre participant pour ces garanties facultatives peut être exclu pour ces garanties facultatives exclusivement.

L'exclusion au titre des garanties facultatives ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure au membre participant. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes au titre des garanties facultatives doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties facultatives. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement au titre des garanties facultatives.

## **CHAPITRE 6 - GARANTIES EN INCLUSION**

Les conditions et prestations des garanties mentionnées dans ce chapitre sont décrites en annexes 2, 3 et 4.

### **Article 35. Réseau de soins Santéclair**

La Mutuelle fait bénéficier ses membres participants et 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 36. Garantie d'assistance à domicile en cas d'hospitalisation**

En application de l'article L221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès d'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 participant 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 37. Garantie d'assurance scolaire**

En application de l'article L221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de La Sauvegarde (société anonyme d'assurance, entreprise régie par le code des Assurances, dont le siège social est situé au 76 rue de Prony – 75857 Paris Cedex 17, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le n° B 612 007 674) pour faire bénéficier les ayants droit des membres participants ayant souscrit une formule obligatoire ou facultative d'un niveau égal ou supérieur à la formule 1, de garanties d'assurance scolaire/étudiante, dont la référence de contrat est T 171-274.001 T.

### **CHAPITRE 7 – LISTE DES ANNEXES**

- Annexe 1 : Détail des garanties
- Annexe 2 : Santéclair
- Annexe 3 : MGAS Assistance
- Annexe 4 : Garanties d'assurance scolaire/étudiante

