

**DIRECTION GÉNÉRALE DE L'AVIATION
CIVILE (DGAC) / MGAS**

**CONTRAT COLLECTIF
SURCOMPLÉMENTAIRE À ADHÉSION
FACULTATIVE**

**FRAIS DE SANTÉ
GARANTIES OPTIONNELLES**

CONDITIONS PARTICULIÈRES

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

| | |
|---|--|
| PRÉAMBULE | 5 |
| CHAPITRE I. | DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF5 |
| Article 1. | Parties au Contrat5 |
| Article 2. | Prise d'effet du Contrat5 |
| Article 3. | Modification du Contrat5 |
| Article 4. | Résiliation du Contrat6 |
| Article 5. | Présentation du bilan à la Commission paritaire de pilotage et de suivi6 |
| Article 6. | Respect des documents et pièces de la consultation7 |
| CHAPITRE II. | DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF8 |
| Article 7. | Droit d'adhésion.....8 |
| Article 8. | Conditions et modalités d'adhésion8 |
| a. | Bulletin individuel d'adhésion8 |
| b. | Espace sécurisé dédié.....9 |
| Article 9. | Prise d'effet de l'adhésion et des garanties9 |
| Article 10. | Actes de gestion.....10 |
| CHAPITRE III. | DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES11 |
| Article 11. | Objet et nature des garanties frais de santé.....11 |
| CHAPITRE IV. | DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS12 |
| Article 12. | Montant des cotisations12 |
| Article 13. | Paiement des cotisations12 |
| Article 14. | Évolution des cotisations.....12 |
| Article 15. | Gratuité des cotisations.....13 |
| Article 16. | Cotisations additionnelles.....13 |
| Article 17. | Participation aux bénéfices13 |
| CHAPITRE V. | DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS |
| COMPLEMENTAIRES |14 |
| Article 18. | Prévention.....14 |
| Article 19. | Fonds d'aide aux retraités14 |
| Article 20. | Assistance14 |
| ANNEXES | 18 |
| ANNEXE 1 : PERIMETRE DU CONTRAT |18 |
| ANNEXE 2 : FRAIS DE SANTE – GARANTIES SOCLE ET OPTIONNELLES. |19 |

POUR LE SOUSCRIPTEUR :

Raison sociale : [à compléter]

Adresse, SIREN : [à compléter]

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

Ci-après dénommé « le Souscripteur »,

POUR LA MUTUELLE :

La Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS),

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

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

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

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

Et

RELYENS,

Par Relyens, on entend, les personnes morales, actuelles et futures, ci-après mentionnées :

- 1) La société Relyens Mutual Insurance, société d'assurance mutuelle, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 18, rue Édouard Rochet — 69372 LYON CEDEX 08, immatriculée au RCS de Lyon sous le no 779 860 881,
- 2) La société Relyens Life Insurance, société anonyme à conseil d'administration, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 18, rue Edouard Rochet — 69372 LYON CEDEX 08, immatriculée au RCS de Lyon sous le no 487 632 861 00018,

Représentées par Monsieur Dominique GODET agissant en qualité de Directeur Général de Relyens Mutual Insurance et Président Directeur Général de Relyens Life Insurance et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Et

MGEN,

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège est situé 3, square Max Hymans 75015 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 399,

Représentée par [civilité, nom et prénom du Représentant à compléter] agissant en qualité de [qualité à compléter] et ayant tout pouvoir à l'effet des présentes,

Ci-après dénommés collectivement « les Parties ».

PROJET

PRÉAMBULE

Le Contrat se compose des parties suivantes :

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

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

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

CHAPITRE I. DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1. Parties au Contrat

Un groupement de commandes a été constitué afin de passer le marché dénommé *Protection sociale complémentaire (volet santé) des agents rattachés à la DGAC, à l'ENAC et au BEA*. Dès lors, pour l'application du présent Contrat, ont la qualité de Souscripteur chaque ministère, établissement public, autorité administrative indépendante ou autorité publique indépendante associée listé à l'Annexe 1 des présentes Conditions Particulières.

Le soumissionnaire est un groupement d'opérateurs économiques répondant aux définitions, critères et conditions posés par les articles R.2142-19 et suivants du Code de la commande publique.

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

Article 2. Prise d'effet du Contrat

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

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

Les adhésions individuelles réalisées postérieurement à cette date prennent effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

Article 3. Modification du Contrat

En complément de l'article 3 des Conditions Générales, et si la modification s'avère nécessaire à la bonne réalisation du marché, le Souscripteur peut solliciter la modification du Contrat dans le respect des

dispositions des documents et pièces de la consultation N°PRA031348 et de celles du Code de la Commande publique.

Article 4. Résiliation du Contrat

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

La première période de couverture des agents est d'une durée de douze (12) mois à compter du 1^{er} janvier 2026.

Le Contrat est ensuite reconductible tacitement cinq (5) fois pour une période de douze (12) mois et pour une durée maximale de six (6) ans.

En cas de non-reconduction du marché, la décision est notifiée par le Souscripteur à la Mutuelle deux (2) mois avant la date d'échéance du marché.

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

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

Conformément à l'article 8.11 du CCTP, la Mutuelle s'engage à participer, au minimum à deux (2) réunions annuelles de la commission de suivi des régimes frais de santé (et leurs réunions préparatoires) et y présenter les éléments suivants :

- Avant le 30 juin de l'exercice en cours
 - o Les comptes de résultats techniques définitifs arrêtés au 31 décembre de l'exercice précédent, et présentés pour chaque garantie (panier de base, option 1 et option 2) par exercice comptable, par catégorie de bénéficiaires et par exercice de survenance,
 - o Une analyse détaillée de la consommation médicale par grands postes de soins et par catégorie de bénéficiaires,
 - o Les éléments techniques permettant la justification complète des cotisations,
 - o Les lignes de décomptes frais de santé,
 - o Le suivi des indicateurs de gestion,
 - o Le suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités,
 - o Pour le premier exercice, les premières tendances observées pour l'exercice en cours.
- Avant le 30 septembre de l'exercice en cours, pour chacun des régimes Prévoyance
 - o Les prévisions sur les comptes de résultats techniques de l'exercice en cours, et présentés pour chaque garantie (panier de base, option 1 et option 2) par exercice comptable, par catégorie de bénéficiaires et par exercice de survenance, ainsi que sur la consommation médicale,
 - o Une information précise et détaillée des volontés d'aménagement des garanties et/ou des revalorisations des cotisations souhaités par la Mutuelle pour la prochaine échéance annuelle, basée sur les résultats provisionnels du régime pour l'exercice en cours,
 - o Les éléments techniques permettant la justification complète des cotisations,

- Le suivi des indicateurs de gestion,
- Le suivi de l'alimentation et de l'utilisation du fonds d'action sociale et du fonds d'aide aux retraités.
- Tout au long de l'année
 - Toute étude ou analyse technique et actuarielle permettant le pilotage et la maîtrise du risque, demandée par l'employeur ou la CPPS de la DGAC.

En sus de la participation à ces réunions de la commission de suivi de l'accord prévoyance, la Mutuelle pourra être amenée à participer aux réunions que la DGAC estimera nécessaire pour assurer le pilotage du contrat.

Article 6. Respect des documents et pièces de la consultation

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

- le règlement de la consultation et ses annexes,
- le cahier des clauses techniques particulières volet santé et ses annexes,
- le cahier des clauses administratives particulières,
- l'acte d'engagement du lot 1,
- le cadre de réponse technique du lot 1,
- 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'Etat,
- 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'Etat,
- l'accord du 27 février 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident au sein de la direction générale de l'aviation civile (DGAC).

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

Article 7. Droit d'adhésion

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

Peuvent bénéficier des garanties du Contrat :

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

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

- le conjoint non séparé de corps,
- le partenaire (personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire),
- le concubin,
- l'enfant ou le petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou de leur partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge, et qui est :
 - o âgé de moins de 21 ans,
 - o âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi,
 - o 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 (1) an à compter de la date du décès du bénéficiaire.

Article 8. Conditions et modalités d'adhésion

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

- a. Bulletin individuel d'adhésion

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

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

Seuls les bénéficiaires retraités remplissent le bulletin d'adhésion.

b. Espace sécurisé dédié

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

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

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

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

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

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

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

Article 10. Actes de gestion

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

Ces engagements portent sur les thématiques suivantes :

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

PROJET

CHAPITRE III. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Article 11. Objet et nature des garanties frais de santé

Les garanties frais de santé mises en œuvre par le Contrat ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre Participant, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

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

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

PROJET

CHAPITRE IV. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

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

Article 12. Montant des cotisations

Conformément au chapitre III du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 et à l'article 7 du CCTP, le montant des cotisations est déterminé selon les catégories de bénéficiaires du Contrat :

- pour les ayants droit des bénéficiaires actifs : elles ne varient ni en fonction de leur état de santé ni en fonction de l'âge (à l'exception de la majoration des cotisations enfants et petits-enfants à compter de 21 ans),
- pour les bénéficiaires retraités et leurs ayants droit : elles peuvent évoluer en fonction de l'âge du bénéficiaire mais, au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, le montant n'évolue plus en fonction de l'âge.

Article 13. Paiement des cotisations

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

La cotisation est acquittée intégralement et directement auprès de la Mutuelle sous la seule responsabilité du Membre Participant concerné mensuellement par prélèvement bancaire.

Article 14. Évolution des cotisations

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

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

Conformément aux exigences fixées par le Souscripteur, les propositions d'évolution de la cotisation sont présentées par la Mutuelle lors d'une réunion de la CPPS avant le 31 août de chaque exercice selon les modalités suivantes :

- analyse, justification et proposition d'évolution pour la cotisation d'équilibre en euros, le cas échéant,
- analyse, justification et proposition d'évolution pour les cotisations des ayants droit conjoints des agents actifs, ayants droit enfants et agents retraités en pourcentage de la cotisation d'équilibre, le cas échéant,
- analyse, justification et proposition d'évolution pour les cotisations des ayants droit conjoints des retraités en euros, le cas échéant.

Ces différentes propositions d'évolution sont soumises à l'accord de la CPPS.

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

Article 15. Gratuité des cotisations

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

- pour les agents bénéficiaires actifs qui deviennent anciens agents non retraités : maintien des garanties à titre gratuit pendant une durée maximum de douze (12) mois, sous réserve du respect des exigences posées par l'article 24 des Conditions Générales et par l'article 26 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022,
- pour les ayants droit des bénéficiaires actifs et retraités : à compter du troisième enfant âgé de moins de 21 ans, sous réserve d'une disposition réglementaire plus favorable, conformément aux dispositions de l'article 25 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022.

Article 16. Cotisations additionnelles

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

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

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

Article 17. Participation aux bénéfices

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

Le taux d'attribution attaché à cette participation aux bénéfices ne peut pas être inférieur à 85 % du résultat technique.

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

En cas de résiliation du contrat d'assurance, cette réserve est intégralement transférée au nouvel assureur, sans pénalité, dans un délai qui ne peut excéder neuf (9) mois au-delà de la résiliation des conventions d'assurance.

CHAPITRE V. DISPOSITIONS RELATIVES AUX ACTIONS ET PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES

Article 18. Prévention

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

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

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

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

Article 19. Fonds d'aide aux retraités

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

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

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

Article 20. Assistance

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

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

L'assureur des garanties assistance est :

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

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

- conseil et accompagnement psychosocial (travailleur social),
- informations médicales,
- prévention nutrition santé,
- information juridiques et vie pratique,
- recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical,
- mise à disposition d'un espace web dédié.

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

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

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

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

PROJET

Fait à PARIS,

Le jj/mm/aaaa

SIGNATURES :

Pour le SOUSCRIPTEUR
[prénom nom, qualité]

[signature]

POUR LA MUTUELLE
[prénom nom, qualité]

[signature]

PROJET

ANNEXES

ANNEXE 1 : PERIMETRE DU CONTRAT

Conformément à l'article 2 du CCTP lot 2 et à l'article 2 du CCAP, le régime collectif prévoyance instauré par le Contrat s'applique aux agents employés et rémunérés par :

- la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC),
- l'Ecole Nationale de l'Aviation Civile (ENAC),
- le Bureau d'Enquêtes et d'Analyses (BEA).

Le périmètre comprend des bénéficiaires relevant du régime général ainsi que du régime local Alsace-Moselle.

PROJET

ANNEXE 2 : FRAIS DE SANTE – GARANTIES SOCLE ET OPTIONNELLES

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

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

| Poste de soins | Remboursement | Option 1 | Option 2 |
|--|----------------|-------------|-------------|
| Hospitalisation | | | |
| Honoraires (1) | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150% | 180% | 220% |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130% | 150% | 200% |
| Forfait journalier hospitalier | | | |
| Forfait journalier hospitalier | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait patient urgence (FPU) | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Forfait hospitalier et frais de séjour | | | |
| Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €) | Frais réels | Frais réels | Frais réels |
| Frais de séjour | 100% | 100% | 100% |
| Chambre particulière (sans limitation de durée) | | | |
| Court séjour et maternité | 50 € / nuit | 60 € / nuit | 70 € / nuit |
| Soins de suite | 40 € / nuit | 60 € / nuit | 70 € / nuit |
| Psychiatrie | 45 € / nuit | 60 € / nuit | 70 € / nuit |
| Ambulatoire | 25 € / jour | 35 € / jour | 45 € / jour |
| Frais d'accompagnant | | | |
| Etablissement conventionné | 38,50 € / nuit | 45 € / nuit | 55 € / nuit |
| Etablissement non conventionné | 25 € / nuit | 35 € / nuit | 45 € / nuit |
| Prestation de séjour hospitalier | | | |
| Prestation de séjour hospitalier | | 10 € / jour | 10 € / jour |
| Soins courants | | | |
| Honoraires médicaux | | | |
| Consultations / Visites de médecins généralistes | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 100% | 150% | 200% |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 100% | 130% | 180% |
| Consultations / Visites de médecins spécialistes | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150% | 170% | 220% |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130% | 150% | 200% |
| Actes techniques médicaux | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 150% | 170% | 200% |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 130% | 150% | 180% |
| Actes d'imagerie médicale | | | |
| Praticien OPTAM/OPTAM-CO | 130% | 170% | 200% |
| Praticien non OPTAM/OPTAM-CO | 100% | 150% | 180% |
| Honoraires paramédicaux | | | |

CONDITIONS PARTICULIÈRES FRAIS DE SANTÉ | GARANTIES OPTIONNELLES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes | 100% | 130% | 150% |
| Masseurs-kinésithérapeutes | 130% | 130% | 150% |
| Analyses et examens de laboratoire | | | |
| Analyses et examens de laboratoire | 100% | 150% | 200% |
| Médicaments | | | |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 % | 100% | 100% | 100% |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 % | 100% | 100% | 100% |
| Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % | 100% | 100% | 100% |
| Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse) | 70 € / an | 80 € / an | 100 € / an |
| Matériel médical | | | |
| Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) | 200% | 200% | 250% |
| Frais de transport en véhicule sanitaire | | | |
| Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR) | 100% | 100% | 100% |
| Dentaire | | | |
| Soins et prothèses 100 % Santé (2) | | | |
| Soins et prothèses 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée |
| Soins (hors 100 % Santé) | | | |
| Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS) | 100% | 100% | 100% |
| Prothèses (hors 100 % Santé) | | | |
| Panier Maîtrisé | | | |
| Prothèses fixes (couronnes et bridges) | 375% | 375% | 400% |
| Prothèses amovibles | 375% | 375% | 400% |
| Prothèses provisoires | 375% | 375% | 400% |
| Inlay Core | 375% | 375% | 400% |
| Inlays onlays d'obturation | 150% | 300% | 400% |
| Panier Libre | | | |
| Prothèses fixes (couronnes et bridges) | Dent visible : 300 % | 300% | 400% |
| | Dent non visible : 250 % | 300% | 400% |
| Prothèses amovibles | Dent visible : 300 % | 300% | 400% |
| | Dent non visible : 250 % | 300% | 400% |
| Prothèses provisoires | 300% | 300% | 400% |
| Inlay Core | 200% | 300% | 400% |
| Inlays onlays d'obturation | 150% | 250% | 400% |
| Implantologie | | | |
| Implants | 500 € / implant (limite 2 implants / an) | 500 € / implant (limite 2 implants / an) | 800 € / implant (limite 2 implants / an) |
| Couronne sur implant | 200 € / couronne | 200 € / couronne | 200 € / couronne |

CONDITIONS PARTICULIÈRES FRAIS DE SANTÉ | GARANTIES OPTIONNELLES

| | (limite 2 couronnes / 2 ans) | (limite 2 couronnes / 2 ans) | (limite 2 couronnes / 2 ans) |
|---|--|--|--|
| Orthodontie | | | |
| Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale) | 250% | 300% | 400% |
| Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale) | 400 € / semestre | 450 € / semestre | 500 € / semestre |
| Parodontologie | | | |
| Parodontologie (non remboursée par la Sécurité sociale) | | 100 € / an | 400 € / an |
| Aides auditives | | | |
| Equipements 100 % Santé (2) (3) | | | |
| Equipements 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée |
| Equipements à tarif libre (3) | | | |
| Equipements à tarif libre pour les plus de 20 ans | 800 € | 900 € | 1 100 € |
| Equipements à tarif libre pour les 20 ans et moins ou atteint de cécité | 1 400 € | 1 400 € | 1 400 € |
| Frais d'entretien et réparation | | | |
| Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale | 100% | 100% + 40 € / an | 100% + 60 € / an |
| Optique | | | |
| Equipements 100 % Santé (2) | | | |
| Equipements 100 % Santé | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée | Remboursement total de la dépense engagée |
| Equipements à tarif libre | | | |
| Monture | 50 € | 70 € | 100 € |
| Verres | Cf. grille optique | Cf. grille optique | Cf. grille optique |
| Autres prestations optique | | | |
| Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4) | 100 € / an | 125 € / an | 200 € / an |
| Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil) | 400 € / an | 500 € / an | 600 € / an |
| Grille optique (remboursement par verre) | | | |
| Verre unifocal, sphérique | | | |
| Sphère de - 6 à + 6 (simple) | 60 € | 80€ | 100 € |
| Sphère < 6 ou Sphère > 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Verre unifocal, sphéro-cylindrique | | | |
| Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 (simple) | 60 € | 80€ | 100 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 (simple) | 60 € | 80€ | 100 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0 (complexe) | 110 € | 150 € | 200 € |
| Verre multifocal ou progressif sphérique | | | |
| Sphère de - 4 à + 4 (complexe) | 150 € | 175€ | 200 € |
| Sphère < - 4 ou > + 4 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique | | | |

CONDITIONS PARTICULIÈRES FRAIS DE SANTÉ | GARANTIES OPTIONNELLES

| | | | |
|--|--|--|---|
| Cylindre $\leq + 4$, sphère de - 8 à 0 (complexe) | 150 € | 175€ | 200 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $\leq + 8$ (complexe) | 150 € | 175€ | 200 € |
| Cylindre $> + 4$, sphère de - 8 à 0 (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Sphère > 0 et (sphère + cylindre) $> + 8$ (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Cylindre $\geq + 0,25$, sphère $< - 8$ (très complexe) | 200 € | 275 € | 350 € |
| Autres postes | | | |
| Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale | | | |
| Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport | 100% | 100% + 75 € / an | 100% + 150 € / an |
| Allocation naissance / adoption | | | |
| Allocation naissance / adoption | | 150 € | 300 € |
| Médecines additionnelles et de prévention | | | |
| Médecine douce | | | |
| Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue | 2 séances / an (limite 40 € / séance) | 4 séances / an (limite 40 € / séance) | 5 séances / an (limite 40 € / séance) |
| Diététicien | | 3 séances / an (limite 20 € / séance) | 3 séances / an (limite 20 € / séance) |
| Psychologue | | | |
| Psychologues conventionnés, pris en charge par la Sécurité Sociale dans la limite de 12 séances par an | 50 € par séance | 50 € par séance | 50 € par séance |
| Psychologue | 4 séances / an (limite 30 € / séance) | 6 séances / an (limite 30 € / séance) | 12 séances / an (limite 30 € / séance) |
| Accompagnement psychologique et psychothérapeutique | | | |
| Accompagnement psychologique et psychothérapeutique (sur prescription médicale) | | 4 séances / an (limite 60 € / séance) | 4 séances / an (limite 60 € / séance) |
| Actes refusés par la sécurité Sociale | | | |
| Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique | 80 € / an | 100 € / an | 120 € / an |
| Contraception, tests de grossesse | 80 € / an | 80 € / an | 80 € / an |
| Vaccin contre la grippe | | Frais réels | Frais réels |
| Aide à la reprise du sport après une ALD | | 50 € par an | 50 € par an |
| Prévention | | | |
| Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif | 183 € / acte | 183 € / acte | 183 € / acte |
| Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale | 100% | 100% | 100% |

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques

(2) Tels que définis réglementairement.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.