

RÈGLEMENT MUTUALISTE

VITA SANTÉ 2



La mutuelle référencée pour plus de 300 000 agents publics

2020

RÈGLEMENT MUTUALISTE VITA SANTÉ 2

(applicable au 1^{er} janvier 2020)

TITRE I – LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE	page 4
CHAPITRE I – CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS	page 4
Article 1-1: Cotisations des adhérents	page 4
Article 1-2: Fixation des cotisations	page 6
Article 1-3: Majoration de cotisation	page 6
Article 1-4: Cotisation de maintien	page 7
CHAPITRE II – PAIEMENT DES COTISATIONS	page 7
Article 1-5: Modes de paiement	page 7
Article 1-6: Exonération de cotisations	page 7
CHAPITRE III – INFORMATION DE LA MUTUELLE	page 7
Article 1-7: Justifications	page 7
Article 1-8: Gestion des prestations	page 7
TITRE II – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS	page 8
CHAPITRE I – LES GARANTIES	page 8
Article 2-1: Garanties	page 8
Article 2-2: Conditions	page 8
Article 2-3: Prise d'effet	page 8
Article 2-4: Plafond de prise en charge	page 8
Article 2-5: Prescription et forclusion	page 8
Article 2-6: Dérogations	page 8
Article 2-7: Subrogation générale	page 8
Article 2-8: Subrogation particulière	page 8
CHAPITRE II – PRESTATIONS SANTÉ	page 9
Article 2-9: Prestations accrochées	page 9
Article 2-10: Prestations complémentaires	page 9
Article 2-11: Prestations spécifiques	page 9

CHAPITRE III – INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	page 9
Article 2-12: Définition	page 9
Article 2-13: Modalités de calcul	page 9
Article 2-14: Conditions et durée d'attribution	page 9
Article 2-15: Dispositions particulières	page 10
CHAPITRE IV – PRÉVENTION	page 10
Article 2-16: Généralités	page 10
Article 2-17: Cadre de la prévention	page 10
CHAPITRE VI – ASSISTANCE	page 10
Article 2-18: Définition	page 10
CHAPITRE VII – PRÉVOYANCE	page 10
Article 2-19: La prévoyance statutaire en inclusion	page 10
Article 2-20: La prévoyance facultative	page 10
TITRE III – RÉCLAMATION - MÉDIATION	page 11
Article 3-1: Réclamation	page 11
Article 3-2: Médiation	page 11

Conformément aux dispositions de l'article 4 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des engagements entre les membres participants ou honoraires et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

TITRE I - LES OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE I - CATÉGORIES D'ADHÉRENTS, CONDITIONS D'ADHÉSION, COTISATIONS

Article 1-1: Cotisations des adhérents

a) Les cotisations des membres participants directs définis à l'article 9-1 des statuts se composent d'une part proportionnelle et d'une part forfaitaire. Elles sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS	ADHÉRENT EN ACTIVITÉ FONCTIONNAIRE OU AGENT PUBLIC	ADHÉRENT RETRAITÉ OU ASSIMILÉ	ADHÉRENT AYANT UNE ACTIVITÉ RÉMUNÉRÉE EN DEHORS DE L'ADMINISTRATION
Cotisations part proportionnelle: Taux	2,00 % du TIB	1,37 % du TIB porté sur le titre de pension (sauf application de l'indice minimum garanti) ou du dernier salaire brut (sauf application de l'allocation minimum vieillesse)	2,00 % du salaire brut pour son montant imposable équivalent à un temps plein
Minimum mensuel	29,98 €	20,52 €	29,98 €
Maximum mensuel	63,07 €	43,18 €	63,07 €
Cotisations: part forfaitaire mensuelle (âge apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans 21,72 € 21 / 25 ans 24,58 € 26 / 30 ans 26,08 € 31 / 35 ans 28,62 € 36 / 40 ans 31,67 € 41 / 45 ans 33,28 € 46 / 50 ans 36,01 € 51 / 55 ans 38,95 € 56 / 60 ans 41,80 € 61 / 65 ans 43,31 € 66 / 70 ans 46,14 €	≤ 45 ans 33,28 € 46 / 50 ans 36,01 € 51 / 55 ans 38,95 € 56 / 60 ans 41,80 € 61 / 65 ans 43,31 € 66 / 70 ans 46,14 € > 70 ans 51,74 €	≤ 20 ans 21,72 € 21 / 25 ans 24,58 € 26 / 30 ans 26,08 € 31 / 35 ans 28,62 € 36 / 40 ans 31,67 € 41 / 45 ans 33,28 € 46 / 50 ans 36,01 € 51 / 55 ans 38,95 € 56 / 60 ans 41,80 € 61 / 65 ans 43,31 € 66 / 70 ans 46,14 €
Majoration de cotisation	Oui selon les dispositions suivantes: - Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 (article 16-2) - Arrêté du 19 décembre 2007 - Article 1-3 du présent règlement mutualiste		

b) Les cotisations forfaitaires des membres participants associés définis à l'article 9-2 des statuts sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS	MONTANT DES COTISATIONS	
Cotisations forfaitaires mensuelles (âge apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans	19,21€
	21 / 25 ans	34,38€
	26 / 30 ans	48,31€
	31 / 35 ans	52,30€
	36 / 40 ans	57,20€
	41 / 45 ans	60,87€
	46 / 50 ans	65,72€
	51 / 55 ans	70,45€
	56 / 60 ans	74,46€
	61 / 65 ans	74,92€
	66 / 70 ans	78,44€
> 70 ans	82,53€	
Majoration de cotisation membres âgés de 65 ans et plus au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion	Cotisation forfaitaire + 50%	

c) Les cotisations forfaitaires des ayants droit des membres participants définis à l'article 10 des statuts, sont calculées selon les modalités définies dans le tableau ci-après :

AYANTS DROIT	MONTANT DES COTISATIONS*	
Cotisations forfaitaires mensuelles (âge apprécié au 1 ^{er} janvier de l'année d'adhésion ou de renouvellement de garantie)	≤ 20 ans	14,89€
	21 / 25 ans	29,55€
	26 / 30 ans	43,00€
	31 / 35 ans	46,85€
	36 / 40 ans	51,60€
	41 / 45 ans	55,15€
	46 / 50 ans	59,82€
	51 / 55 ans	64,40€
	56 / 60 ans	68,27€
	61 / 65 ans	68,72€
	66 / 70 ans	72,11€
> 70 ans	76,07€	

* au-delà de deux enfants, la cotisation n'est pas appelée pour le ou les enfants ayants droit supplémentaires.

d) La cotisation de maintien est ouverte aux membres participants définis dans le tableau ci-après. Son montant est calculé selon les modalités qui suivent :

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS	COTISATION PROPORTIONNELLE MENSUELLE	COTISATION FORFAITAIRE ANNUELLE
MEMBRES PARTICIPANTS DIRECTS		
En détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée	Néant	60€
Bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI		
Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, du concubin ou de la personne signataire d'un PACS	0,95% du TIB (cotisation obligatoire)	60€
Actifs bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire	Néant	60€
Retraités résidant à l'étranger		
Retraités bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires		
MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS		
Actifs et retraités	Néant	60€
Étudiants effectuant un stage à l'étranger (hors Union européenne)		

e) La cotisation des membres honoraires est fixée à 60€ par an.

Article 1-2: Fixation des cotisations

La première période d'adhésion se termine au 31 décembre de l'année en cours. Les garanties se renouvellent ensuite d'année en année, par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations de l'année antérieure.

La cotisation est annuelle et exigible au 1^{er} janvier de l'année de garantie. En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation est exigible au 1^{er} jour du mois qui suit la date de l'acte d'adhésion et correspond, prorata temporis, à la couverture pour la période de l'année civile restant à courir.

Les cotisations comprennent la cotisation mensuelle forfaitaire d'action sociale par membre participant appelée par la MGEFI, en application d'une convention d'appel et d'encaissement, pour le compte des mutuelles énumérées à l'article 11 des présents statuts et afférente à leurs activités.

Les membres participants bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou d'un contrat de sortie CSS relèvent d'un régime particulier d'ordre public. Ils sont donc exonérés du paiement de cette cotisation, les règlements mutualistes des mutuelles énumérées à l'article 11 des Statuts de la MGEFI précisant la situation des membres participants au regard de l'action sociale.

Les cotisations comprennent également les primes liées à la garantie d'assistance et les cotisations spéciales destinées aux organismes auxquels la Mutuelle adhère.

Chaque année, les plafonds, plannings et cotisations forfaitaires sont susceptibles d'évolution, pour chacun des choix et par catégorie d'adhérents, en fonction notamment de l'évolution des dépenses de santé, sur décision de l'assemblée générale.

Ces évolutions s'inscrivent pour les membres participants directs, leurs ayants droit, leurs veufs, veuves et orphelins, dans les conditions fixées par la convention de référencement.

Article 1-3: Majoration de cotisation

• Membres participants directs

Majoration de cotisation relevant du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la Fonction publique d'État.

En application des dispositions de l'article 16-2° du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de l'un de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007, la Mutuelle applique une majoration de cotisation en cas d'adhésion tardive.

Ces dispositions ne sont pas applicables :

- Aux adhérents bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI.

• Membres participants associés

Dès lors que la demande d'adhésion intervient à l'âge de 65 ans et plus au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, la personne rejoignant la Mutuelle en qualité de membre participant associé acquitte une cotisation forfaitaire majorée de 50%.

Article 1-4: Cotisation de maintien

1- Membres participants directs

Les membres participants directs :

- En situation de détachement, hors cadre, en disponibilité, en congé parental, en congé formation, bénéficiant d'une retraite à jouissance différée ;
- Bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un PACS ;
- Bénéficiant d'un contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI ;
- Bénéficiant de la Complémentaire Santé Solidaire et ayant fait le choix de la Mutuelle pour la gestion de leurs prestations complémentaires ;

- Retraités exerçant une activité privée et bénéficiant d'un contrat collectif obligatoire ;
- Retraités résidant à l'étranger ;

peuvent opter en cours d'année et dès le fait générateur, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-1-d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit au contrat statutaire de prévoyance en inclusion moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

Les membres participants bénéficiant du contrat collectif du conjoint, concubin ou de la personne signataire d'un PACS et les membres participants actifs bénéficiant de la Complémentaire Santé

Solidaire conservent le bénéfice des indemnités pour perte de traitement et de salaire dans les conditions fixées par le chapitre III du titre II du présent règlement. Leur cotisation de maintien comprend obligatoirement une part proportionnelle fixée à 0,95 % du TIB.

En outre, la cotisation de maintien permet aux membres de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives prévues à l'article 2-20 du présent règlement moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants directs bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

2 - Membres participants associés

Les membres participants associés peuvent opter, en cours d'année, pour le versement d'une cotisation de maintien dont le montant est calculé selon les modalités définies à l'article 1-1-d du présent règlement.

Toutefois, pour toute nouvelle adhésion, l'option n'est ouverte qu'à compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit l'acte d'adhésion.

Cette cotisation de maintien n'ouvre pas droit aux prestations mais permet de demeurer inscrit ou de bénéficier des garanties de prévoyance facultatives moyennant le versement des cotisations correspondantes.

Les membres participants associés bénéficiaires du contrat collectif "collaborateurs" assuré par la MGEFI sont exonérés du paiement de la cotisation de maintien.

Article 1-4b: Modes de paiement

Les dispositions du contrat collectif "Accès santé" souscrit par un bénéficiaire du dispositif ACS avant le 1^{er} novembre 2019 demeurent valides jusqu'à leur terme, sauf résiliation anticipée demandée par le bénéficiaire dans les conditions fixées par la réglementation.

CHAPITRE II - PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 1-5: Modes de paiement

La cotisation peut être réglée mensuellement par fractionnement de la cotisation annuelle.

Du seul fait de leur adhésion, les membres participants directs autorisent la Mutuelle à faire effectuer sur leurs traitements, leurs émoluments ou leurs pensions la retenue mensuelle des cotisations dont ils sont redevables au titre du contrat mutualiste.

Dans le cas où cette retenue est techniquement impossible, les cotisations sont payables par prélèvement sur leur compte bancaire ou postal.

Les cotisations des membres participants associés sont prélevées sur leur compte bancaire ou postal. Toutefois, les membres participants peuvent choisir de régler, par avance, la totalité de leur cotisation annuelle par chèque, mandat ou virement.

Article 1-6: Exonération de cotisations

Le membre participant est dispensé du paiement de ses cotisations pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité.

Il bénéficie de plein droit, dès son retour, des avantages de la Mutuelle dès lors qu'il s'acquitte, à partir de cette date, de ses obligations statutaires.

Pendant la durée de la mobilisation ou de la captivité, le membre participant n'a pas droit aux avantages accordés par la Mutuelle, le bénéfice en reste cependant acquis à ses ayants droit au sens de la Sécurité sociale.

CHAPITRE III - INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article 1-7: Justifications

Les adhérents ont l'obligation d'informer la Mutuelle, dans un délai de deux mois, à compter du fait générateur, de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits et obligations.

À défaut, la Mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des prestations indûment versées et l'adhérent ne pourrait prétendre au remboursement des cotisations indûment payées.

Article 1-8: Gestion des prestations

Les membres participants de la Mutuelle perçoivent les prestations par le canal des services de l'Union mutualiste dite "MFP-Services" à laquelle adhère la Mutuelle s'agissant des prestations assurance maladie obligatoire ou par le canal de la gestion déléguée à Almerys s'agissant des prestations frais de santé ou par des versements directement effectués par la Mutuelle s'agissant des prestations pour perte de traitements et de salaires ou de prévoyance.

À la demande de la Mutuelle, les membres participants doivent mettre à jour leur carte d'assuré social Vitale et le cas échéant celle de leur ayant droit.

En cas de non restitution, à la demande de la Mutuelle, des cartes mutualistes d'ouverture de droits, les cotisations correspondant aux garanties figurant sur ces cartes seront mises en recouvrement.

TITRE II - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHÉRENTS

CHAPITRE I - LES GARANTIES

Article 2-1: Garanties

Les garanties ci-après sont ouvertes aux catégories d'adhérents définies au Titre I - chapitre I - du présent règlement, ayant fait le choix de l'offre Vita Santé 2.

CATÉGORIES D'ADHÉRENTS		SANTÉ	INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES	PRÉVENTION	ASSISTANCE	PRÉVOYANCE STATUTAIRE EN INCLUSION	PRÉVOYANCE FACULTATIVE
Membres participants directs	Actifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
	Retraités		Non				
Membres participants associés		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Ayants droit au sens de la Sécurité sociale		Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non
Membres participants bénéficiant de la cotisation de maintien		Non	Non (1)	Non	Non	Oui (2)	Oui
Membres honoraires		Non	Non	Non	Non	Non	Non

(1) sauf pour les membres participants directs bénéficiant du contrat collectif obligatoire du conjoint, concubin, personne signataire d'un PACS.

(2) uniquement pour les membres participants directs.

Article 2-2: Conditions

Pour bénéficier des prestations et services, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 2-3: Prise d'effet

Le droit aux prestations et services prend effet au 1^{er} jour du mois suivant l'acte d'adhésion.

Article 2-4: Plafond de prise en charge

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations pécuniaires ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article 2-5: Prescription et forclusion

Toutes actions dérivant des opérations liées aux garanties santé sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions définies à l'article L 221-11 du Code de la mutualité.

Conformément à l'article L 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue:

- Par une des clauses ordinaires d'interruption de la prescription;
- Par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque;
- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation;

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

La prescription est également suspendue en cas de saisine du médiateur par l'adhérent.

Les demandes de paiement des prestations santé accompagnées des justifications nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de six mois à compter de la date du décompte effectué par la caisse d'Assurance maladie.

Concernant les garanties prévoyance, les conditions de prescription, d'interruption de prescription et de forclusion sont celles mentionnées dans les notices d'information de chaque contrat.

Article 2-6: Dérégations

Sauf dérogations expressément prévues à l'article 2-11 ci-après, la Mutuelle n'intervient que pour les dépenses prises en charge par les caisses d'Assurance maladie.

Le patient choisit librement ses praticiens, fournisseurs et établissements de soins.

Article 2-7: Subrogation générale

La Mutuelle reçoit, des adhérents, mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux.

Elle reçoit également des adhérents délégation générale pour procéder, pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers.

Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

Article 2-8: Subrogation particulière

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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'indemnis 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.

CHAPITRE II - PRESTATIONS SANTÉ

Article 2-9: Prestations accrochées

Lorsque les prestations servies par les caisses primaires d'Assurance maladie comportent un ticket modérateur, la Mutuelle assure les compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4.

Article 2-10: Prestations complémentaires

Lorsque les prestations servies par les caisses d'Assurance maladie ne comportent pas de ticket

modérateur et que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, la Mutuelle assure des compléments portés au tableau des prestations annexé au présent règlement, dans les limites fixées dans son article 2-4.

Article 2-11: Prestations spécifiques

Par dérogation aux principes de l'article 2-6, la Mutuelle intervient pour les dépenses non prises en charge par les caisses d'Assurance maladie,

portées dans le tableau des prestations annexé au présent règlement dans les limites fixées par l'article 2-4 du présent règlement. Sont exclus de la prise en charge des prestations spécifiques, les soins à l'étranger, non inopinés, effectués en dehors de l'Union Européenne et de la Suisse.

CHAPITRE III - INDEMNITÉS POUR PERTE DE TRAITEMENTS ET SALAIRES

Article 2-12: Définition

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la maladie ou l'accident, la Mutuelle verse au membre participant direct en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "incapacité" pour perte de traitements et de salaires.

En cas de réduction ou de perte de traitements ou de salaires, motivée par la reconnaissance d'un état d'invalidité temporaire, la Mutuelle verse au membre participant direct, en activité, une prestation pécuniaire dénommée indemnité "invalidité" pour perte de traitements et de salaires.

Article 2-13: Modalités de calcul

L'indemnité "incapacité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 100% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, déduction faite des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale, des cotisations sociales et de la retenue pension civile.

L'indemnité "invalidité" pour perte de traitement et de salaire est calculée au taux de 45% du traitement indiciaire brut (TIB) ou du salaire brut servant au calcul de la part proportionnelle de la cotisation, en complément des sommes versées par l'administration ou par l'employeur ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Toute information relative à l'évolution du Traitement Indiciaire Brut (TIB) ou du salaire brut doit être communiquée à la mutuelle avant le 31 octobre de chaque année pour une prise en compte au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 2-14: Conditions et durée d'attribution

1. Indemnité "incapacité"

S'agissant des membres participants directs fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée à compter du jour et tant que le membre participant, en arrêt

de travail, est rémunéré à demi-traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 9 mois pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire ;
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé longue maladie ;
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée hors du service ;
- 3 ans pour les bénéficiaires d'un congé de longue durée par suite de maladie contractée dans le service ;
- 3 ans pour les adhérents placés en position de disponibilité d'office pour raisons de santé.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié, mis à la retraite pour invalidité ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

S'agissant des membres participants directs, agents non titulaires :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des Indemnités Journalières de la Sécurité sociale (IJSS) dès le 1^{er} jour qui suit la cessation du paiement du plein traitement par l'administration. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé maladie ordinaire,
- 2 ans pour les bénéficiaires d'un congé de grave maladie.

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

S'agissant des membres participants directs salariés de droit privé :

L'indemnité "incapacité" est versée en complément des IJSS. Les éventuelles indemnités complémentaires (conventionnelles ou contractuelles) viennent en déduction du montant de l'indemnité "incapacité" versée par la Mutuelle. Les durées maximales d'attribution de l'indemnité "incapacité" sont les suivantes :

- 360 jours pour les bénéficiaires d'un congé ordinaire de maladie,
- 2 ans en cas d'arrêt de travail en raison d'un accident de travail ou de maladie professionnelle,
- 3 ans pour les adhérents atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD).

En outre, l'indemnité "incapacité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé ou licencié ou qu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Elle ne peut en aucun cas être versée aux retraités qui exercent une activité salariée.

2. Indemnité "invalidité"

S'agissant des membres participants directs, fonctionnaires titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité temporaire.

Est reconnu en état d'invalidité temporaire, le membre participant direct qui, atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail, ne peut ni reprendre immédiatement ses fonctions, ni être mis ou admis à la retraite.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est mis à la retraite pour invalidité ou licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, agents non titulaires :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

S'agissant des membres participants directs, salariés de droit privé :

L'indemnité "invalidité" est versée dès la reconnaissance de l'état d'invalidité.

CHAPITRE IV - PRÉVENTION**Article 2-16: Généralités**

La Mutuelle développe une politique de prévention et promotion de la santé. Cette politique est basée sur une démarche participative de l'adhérent dans le cadre :

Est reconnu en état d'invalidité, le membre participant direct qui, après une maladie ou un accident, d'origine non professionnelle, voit sa capacité de travail réduite d'au moins 2/3.

La durée maximale d'attribution de l'indemnité "invalidité" est de 3 ans.

L'indemnité "invalidité" n'est plus accordée dès que le membre participant reprend ses fonctions, qu'il est reclassé, démissionnaire, licencié ou encore lorsqu'il a fait valoir ses droits à la retraite.

Article 2-15: Dispositions particulières**1. Justificatifs**

Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant direct donne son accord pour que son employeur communique à la Mutuelle les informations relatives à sa situation professionnelle et à sa rémunération, ces informations étant strictement réservées à la bonne gestion et à la liquidation des indemnités pour perte de traitements et salaires.

2. Obligation de reversement

Une décision rétroactive de l'administration ou de l'employeur peut conduire l'adhérent à bénéficier d'un traitement ou d'un salaire à taux plein ou à être placé en retraite pour invalidité tout en ayant bénéficié du versement par la Mutuelle d'indemnités pour perte de traitements et salaires couvrant la même période. Dans ce cas, les indemnités constituent sur la période concernée des prestations indûment versées. Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant aux indemnités indûment versées.

Tout versement d'indemnités au-delà des durées d'attribution prévues à l'article 2-14 du présent règlement constitue une avance remboursable consentie par la Mutuelle. Par son adhésion à la MGEFI, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle, dès la première demande de cette dernière, le montant correspondant à ces avances.

- de la convention conclue avec le ministère dans le cadre de l'action sociale ministérielle;

- des actions initiées ou mises en œuvre par les structures mutualistes, notamment dans le cadre de Priorité Santé Mutualiste (PSM);

- des actions spécifiques initiées par la Mutuelle

Article 2-17: Cadre de la prévention

Les actions de prévention peuvent être développées au plan national ou local.

CHAPITRE V - ASSISTANCE**Article 2-18: Définition**

Les membres participants et leurs ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

imprévue ou programmée, d'événements traumatisants de pathologie lourde ou de perte d'autonomie peuvent prétendre à une garantie assistance.

Les conditions et modalités des garanties sont précisées en annexe II.

CHAPITRE VI - PRÉVOYANCE**Article 2-19: La prévoyance statutaire en inclusion**

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité et à l'article 3-2 des statuts, la Mutuelle a contracté auprès de MFPrévoyance au profit de ses membres participants directs, des garanties de prévoyance collective couvrant les risques vie et non-vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures.

L'adhésion à la Mutuelle entraîne l'inscription du membre participant direct au contrat collectif de prévoyance M022 couvrant les risques

invalidité, décès, dépendance, rente survie dans les conditions fixées par la notice d'information annexée au présent règlement (annexe III).

Le contrat de prévoyance 6046X couvrant les risques décès-invalidité demeure en inclusion pour ses bénéficiaires.

Article 2-20: La prévoyance facultative**1. Garantie "perte de primes"**

En cas de réduction ou de perte de rémunérations accessoires liées à une incapacité de travail, la Mutuelle propose à ses membres participants directs actifs une garantie à adhésion facultative "perte de primes".

Les conditions et modalités de la garantie sont précisées en annexe IV du présent règlement.

2. Souscription par la Mutuelle de contrats de prévoyance

Afin de les proposer à ses membres participants, ainsi qu'à leurs conjoints, concubins ou personnes signataires d'un pacte civil de solidarité, la Mutuelle a souscrit auprès de par l'intermédiaire de MFPrévoyance des contrats de prévoyance couvrant les risques vie et non vie.

Ces garanties ouvrent droit à des prestations définies dans les conditions prévues par les statuts et les règlements mutualistes de ces structures et des notices d'information remises aux adhérents bénéficiaires

Plus généralement, la Mutuelle peut souscrire, dans l'intérêt de ses adhérents, tous contrats de prévoyance auprès d'institutions spécialisées.

TITRE III - RÉCLAMATION - MÉDIATION

Article 3-1: Réclamation

Pour tout litige ou différend concernant les garanties du présent règlement mutualiste, le membre participant peut adresser, par courrier simple, une réclamation à : **MGEFI** - 6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10

Article 3-2: Médiation

Si le litige ou le différend subsiste, le membre participant peut saisir le médiateur, en adressant sa demande par courrier ou par mail au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

Adresse postale: 255, rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

Adresse courriel: mediation@mutualite.fr

Site internet: <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation>

Les modalités d'intervention du médiateur sont précisées à l'article 79 des statuts et au Titre V du règlement intérieur de la Mutuelle.

ANNEXES

ANNEXE I – Tableau des prestations “Vita Santé 2”

(Applicable au 1^{er} janvier 2020)

Les pourcentages sont exprimés en référence à la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (BR).

Les pourcentages de participation de la Sécurité sociale ou les montants correspondants à la part du régime obligatoire tel qu'existant au 01/01/2020 et les totaux sont donnés pour information. Les montants sont fixés en application de la législation en vigueur le 1^{er} janvier 2020 (tarif conventionnel ou tarif de responsabilité).

La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire prévue à l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale et s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60.

Les garanties respectent l'ensemble des règles des contrats responsables.

Dans le cadre des contrats responsables, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des

médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie - article 20 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application.

- La majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant article 7 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés).
- Les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant - article 8 de la loi 2004-810 du 13 août 2004 et ses textes d'application (non respect du parcours de soins coordonnés).
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel - article 3 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application.

- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée - article 6 de la loi 2004 - 810 du 13/08/2004 et ses textes d'application

- Les franchises sur les médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation), les actes d'auxiliaires médicaux (à l'exception de ceux effectués au cours d'une hospitalisation) et les transports (à l'exception des transports d'urgence) - décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007.

En outre, la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux est minorée de 20% du tarif conventionnel lorsque le médecin n'est pas signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou de l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obsétrique (Optam-Co) conformément au 2° de l'article R871-2 CSS).

HOSPITALISATION**HONORAIRES**

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	80% BR	Jusqu'à 70% BR	Jusqu'à 150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux y compris en ambulatoire Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	80% BR	Jusqu'à 50% BR	Jusqu'à 130% BR

FRAIS DE SÉJOUR

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Frais de séjour et de structure	80% BR	20% BR	100% BR

FORFAIT JOURNALIER

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Forfait journalier	Néant	Frais réels	Prestation purement mutuelle
Forfait journalier en psychiatrie	Néant	Frais réels	

CHAMBRE PARTICULIÈRE

ACTES	PARTICIPATION SÉCURITÉ SOCIALE	MATERNITÉ	COURT SÉJOUR	PSYCHIATRIE	SOINS DESUITE ET RÉADAPTATION	OBSERVATIONS
-------	--------------------------------	-----------	--------------	-------------	-------------------------------	--------------

Chambre particulière dans le cadre d'un établissement conventionné

Chambre particulière	Néant	Forfait de 50€ / jour	Forfait de 45€ / jour	Forfait de 40€ / jour	Forfait de 35€ / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par la MFP dans le cadre du RFH. Application du tiers payant.
Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec chirurgie et anesthésie ambulatoire sans nuitée	Néant	Néant	Forfait de 15€	Néant	Néant	Prestation purement mutuelle. Établissement conventionné RFH ayant intégré le Conventionnement Hospitalier Mutualiste (CHM) pour la chambre particulière en ambulatoire Application du tiers payant

BR: Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

MFP: Mutualité Fonction Publique.

RFH: règlement fédéral d'hospitalisation.

CHAMBRE PARTICULIÈRE (SUITE)

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE			OBSERVATIONS
		Médecine, chirurgie, obstétrique	Psychiatrie	Soins de suite et réadaptation	

Chambre particulière hors établissement conventionné

Chambre particulière	Néant	Forfait de 33€ / jour	Forfait de 30€ / jour	Forfait de 18,50€ / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée. Remboursement sur présentation de facture acquittée.
----------------------	-------	--------------------------	--------------------------	-----------------------------	--

FRAIS D'ACCOMPAGNANT

Frais d'accompagnant dans le cadre d'un établissement conventionné

Frais d'accompagnant (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap)	Néant	Forfait de 38,50€ / jour	Forfait de 38,50€ / jour	Forfait de 38,50€ / jour	Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite du tarif négocié par la MFP* dans le cadre du RFH. Application du tiers payant
---	-------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

* MFP: Mutualité Fonction Publique

Frais d'accompagnant hors établissement conventionné

Frais d'accompagnant (enfants de moins de 16 ans, adultes de plus de 70 ans, personnes en situation de handicap)	Néant		Forfait de 25€ / jour		Sans condition de durée. Prestation purement mutuelle pour hébergement comportant au moins une nuitée. Remboursement sur présentation de facture acquittée.
---	-------	--	--------------------------	--	--

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Consultations ou visites de médecins généralistes ou de médecins spécialistes	70% BR	30% BR	100% BR
Actes médicaux Médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	70% BR	Jusqu'à 80% BR	Jusqu'à 150% BR
Actes médicaux Médecin n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO	70% BR	Jusqu'à 60% BR	Jusqu'à 130% BR
Actes d'imagerie et d'échographie	70% BR	30% BR	100% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses médicales	60% BR	40% BR	100% BR
--------------------	--------	--------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Consultations ou visites de sages femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	40% BR	

BR: Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

MÉDICAMENTS

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Pharmacie prise en charge à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Pharmacie prise en charge à hauteur de 30 % par la Sécurité sociale	30 % BR	40 % BR	70 % BR
Pharmacie prise en charge à hauteur de 15 % par la Sécurité sociale	15 % BR	Néant	15 % BR
Vaccinations inscrites sur la liste de l'arrêté du 8 juin 2006 article R871-2	65 % BR	35 % BR	100 % BR
Contraceptifs pris en charge par la Sécurité sociale	65 % BR	35 % BR	100 % BR

FRAIS DE TRANSPORT

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Frais de transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR

FORFAIT PRÉVENTION

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Vaccins prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	150€	Forfait annuel sur présentation de la facture acquittée
Contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale			
Test de grossesse non pris en charge par la Sécurité sociale			
Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale			
Caryotype foetal non pris en charge par la Sécurité sociale			
Bilan acoustique du nouveau né			
Substituts nicotiniques non pris en charge par la Sécurité sociale			
Consultation de diététicien			

FORFAIT MÉDECINES ALTERNATIVES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Ostéopathie/Chiropratique	Néant	100€	Forfait annuel Sur présentation de la facture acquittée Prise en charge limitée à 4 séances par an dans la limite de 25 € par séance
Sophrologie / Acupuncture*			
Pédicure/podologie			
Bilan psychomotricité			
Psychologie			

* Pour l'acupuncture, le ticket modérateur (30% BR) est également pris en charge par la Mutuelle

CURES THERMALES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70% BR	30% BR	100% BR
Forfait thermal Frais d'hébergement Frais de transport	65% BR	35% BR	100% BR

MATÉRIEL MÉDICAL

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Appareillage pris en charge à hauteur de 60% par la Sécurité sociale: aérosol, glucomètre, béquille...	60% BR	140% BR	200% BR
Appareillage pris en charge à hauteur de 100% par la Sécurité sociale: véhicule pour handicapé, lit médical, ortho prothèse, prothèse oculaire et autre grand appareillage...	100% BR	100% BR	200% BR
Location appareillage	60% BR	140% BR	
Orthèses dont bas, collants, chaussettes ou bande de contention, semelle orthopédique, collier cervical, ceinture lombaire...	60% BR	140% BR	200% BR
Prothèses mammaires (1)	60% BR	40% BR + forfait annuel jusqu'à 228,15€	Total maximum de 270€
Lingerie spécifique. Fournitures complémentaires (coussinets de maintien, produits d'entretien...) (1)	Néant		
Prothèse capillaire totale de classe I (1)	60% BR	40% BR	Total maximum de 350€
Prothèse capillaire totale de classe II (1)	60% BR	Forfait annuel jusqu'à 350€	Total maximum de 500€
Prothèse capillaire partielle (1)	60% BR	40% BR	Total de 125€

(1) sur présentation d'une facture acquittée.

BR: Base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

AIDES AUDITIVES

PROTHÈSE AUDITIVE DANS RÉSEAU AUDISTYA

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Prothèse auditive de classe I ou II Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	Forfait jusqu'à 750€	Jusqu'à 1400€ pour un appareil de classe I Jusqu'à 1590€ pour un appareil de classe II
Prothèse auditive de classe I ou II Bénéficiaire de 20 ans ou plus	60% BR	Forfait de 650€	Soit un total de 860€

PROTHÈSE AUDITIVE HORS RÉSEAU AUDISTYA

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Prothèse auditive de classe I ou II Bénéficiaire de moins de 20 ans ou atteint de cécité	60% BR	Forfait de 420€	1260€
Prothèse auditive de classe I ou II Bénéficiaire de 20 ans ou plus	60% BR	Forfait de 420€	630€

ACCESSOIRES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Entretien, fournitures et accessoires (piles, embout auriculaire, coque...)	60% BR	Forfait de 50€	Selon tarif d'homologation Application du tiers payant dans le réseau AUDISTYA

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100 % SANTÉ ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ – REMBOURSEMENT INTÉGRAL

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Monture (M01/ M02)	60% BR	24,60 €	30 €
Verre simple (V01)	60% BR	de 16,40 € à 43,05 €	de 20 € à 52,50 €
Verre complexe (V02/ V03)	60% BR	de 36,90 € à 96,35 €	de 45 € à 117,50 €
Verre très complexe (V04)	60% BR	de 49,20 € à 139,40 €	de 60 € à 170 €

ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ – TIERS PAYANT DANS LE CADRE DU RÉSEAU KALIXIA

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Monture (M03/ M04)	60% BR	60 €	60,03 €
Verre simple unifocal (VU1/ VU2/ VU3)	60% BR	60 €	60,03 €
Verre complexe unifocal (VU4/ VU5/ VU6/ VU7)	60% BR	135 €	135,03 €
Verre complexe multifocal ou progressif (VM1/ VM2/ VM3)	60% BR	135 €	135,03 €
Verre très complexe multifocal ou progressif (VM4/ VM5/ VM6/ VM7)	60% BR	135 €	135,03 €

ÉQUIPEMENTS À TARIFS LIBRES ⁽¹⁾⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ – HORS RÉSEAU KALIXIA

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Monture (M03/ M04)	60% BR	50 €	50,03 €
Verre simple unifocal (VU1/ VU2/ VU3)	60% BR	35 €	35,03 €
Verre complexe unifocal (VU4/ VU5/ VU6/ VU7)	60% BR	85 €	85,03 €
Verre complexe multifocal ou progressif (VM1/ VM2/ VM3)	60% BR	85 €	85,03 €
Verre très complexe multifocal ou progressif (VM4/ VM5/ VM6/ VM7)	60% BR	85 €	85,03 €

LENTILLES CORRECTRICES ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale *	60% BR	100 €	Application du tiers payant dans le réseau KALIXIA
Lentilles prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant		

Le ticket modérateur (40% BR) est également pris en charge en plus du forfait annuel

OPTIQUE

SUPPLÉMENTS OPTIQUES ⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ - APPLICATION DU TIERS PAYANT MUTUELLE DANS LE RÉSEAU KALIXIA

Références des suppléments	PART SÉCURITÉ SOCIALE			PARTICIPATION MUTUELLE			OBSERVATIONS SOIT UN TOTAL DE:		
	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans	Avant 6 ans	Moins de 18 ans	Plus de 18 ans
Prisme souple l'unité	13,46 €			16,54 €			30,00 €		
Lunettes à coques	25,62 €			24,38 €			50,00 €		
Prisme incorporé		9,60 €	2,39 €		10,40 €	17,61 €		20,00 €	20,00 €
Système antiptosis		46,38 €	46,38 €		53,62 €	53,62 €		100,00 €	100,00 €
Filtre chromatique ou UV		5,49 €	Néant		14,51 €	20,00 €		20,00 €	20,00 €
Verre iséiconique		Selon devis	Selon devis		28,00 €	28,00 €		28,00 € + part SS	28,00 € + part SS
Filtre occlusion unité	2,20 €			7,80 €			10,00 €		

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUE ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Chirurgie réfractive	Néant	Forfait annuel de 250 €	Prestation purement Mutuelle par œil
Autres prestations optiques (prestations d'adaptation et d'appairage, matériel pour amblyopie)	60% BR	40% BR	100%

(1) Tel que défini réglementairement

(2) Modalités de renouvellement selon la réglementation en vigueur:

- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois par bénéficiaire de moins de 6 ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les ans par bénéficiaire de moins de 16 ans à partir de la date de facturation.
- Un équipement complet (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans par bénéficiaire de 16 ans et plus à partir de la date de facturation et par dérogation, tous les ans en cas d'évolution de la vue.
- sans condition de durée et pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières (glaucome, opération récente de la cataracte, chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois...).

(3) Forfait annuel apprécié en année civile

(4) Sur présentation de la facture acquittée et/ou de l'ordonnance

(5) remboursement incluant les tarifs spéciaux

(6) Les lentilles jetables sont assimilables aux lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

(7) remboursement des lentilles achetées sur les sites internet agréés par l'Assurance maladie

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Consultation, radiologie, soins et chirurgie dentaire	70 % BR	30 % BR	100 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival	70 % BR	30 % BR	100 % BR

PARODONTOLOGIE ET ENDODONTIE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Acte thérapeutique sur parodonte pris en charge par la Sécurité sociale*	70 % BR	Forfait annuel de 250 €	Forfait annuel de 250 €
Acte non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant		

ORTHODONTIE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale • Traitement	100 % BR	400 € par semestre	Soit un total de 593,50 € par semestre
• Autres actes Visites, examen, suivi contention	70 % BR 100 % BR	180 % BR 150 % BR	Total de 250 % BR

SOINS ET PROTHÈSES 100 % SANTÉ*

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Couronne transitoire pour couronne entrant dans la catégorie du 100 % Santé	70 % BR	53 €	60 €
Inlay core pour couronne entrant dans la catégorie du 100 % Santé	70 % BR	112 €	175 €
Couronne métallique	70 % BR	206 €	290 €
Couronne céramo-monolithique (zircone) hors molaire	70 % BR	356 €	440 €
Couronne céramo-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine ou 1 ^{er} prémolaire	70 % BR	416 €	500 €
Couronne céramo-métallique sur incisive, canine ou 1 ^{er} prémolaire	70 % BR	416 €	500 €
Bridge céramo-métallique 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire) sur incisives	70 % BR	1269,35 €	1465 €
Bridge métallique 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire)	70 % BR	674,35 €	870 €

* tels que définis réglementairement

DENTAIRE**PROTHÈSES HORS 100% SANTÉ* À TARIFS MAÎTRISÉS OU LIBRES**

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Inlay-onlay	70% BR	60€	130€
Inlay core	70% BR	100€	163€
Couronne transitoire	70% BR	50,70€	57,70€
Couronne céramo-monolithique (zircone) sur molaire	70% BR	195,15€	279,15€
Couronne céramo-monolithique (hors zircone) sur 2° prémolaire et molaire	70% BR	195,15€	279,15€
Couronne céramo-métallique sur 2° prémolaire et molaire	70% BR	195,15€	279,15€
Couronne céramo-céramique sur incisive, canine ou 1° prémolaire	70% BR	397,95€	481,95€
Couronne céramo-céramique sur 2° prémolaire et molaire	70% BR	195,15€	279,15€
Bridge céramo-métallique 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire) sur canines, prémolaires et molaires	70% BR	1000€	1195,65€
Bridge céramo-céramique 3 éléments (2 piliers et 1 élément intermédiaire)	70% BR	1000€	1195,65€
2° et 3° élément intermédiaire	70% BR	110€	110,07€
À partir du 4° élément intermédiaire	70% BR	110€	117,53€
Pilier supplémentaire	70% BR	110€	185,25€

* tels que définis réglementairement

IMPLANTOLOGIE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Implant (à l'exclusion du pilier implantaire ou du faux moignon)	Néant	Forfait de 480€	Prestation purement mutuelle dans la limite de 2 implants sur une période de 2 ans ⁽¹⁾
Couronne implantoportée	70% BR	Forfait de 169,25€	244,50€ par prothèse

PROTHÈSES AMOVIBLES AVEC PLAQUE BASE RÉSINE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Prothèse de transition de 1 à 4 dents	70% BR	Forfait de 124€	Jusqu'à 176,67€
Prothèse de transition de 5 à 8 dents	70% BR	Forfait de 155€ à 248€	De 215,20€ à 330,78€
Prothèse de transition de 9 à 13 dents	70% BR	Forfait de 279€ à 403€	De 369,30€ à 523,40€
Prothèse de transition de 14 dents	70% BR	Forfait de 434€	561,93€
Prothèse définitive à partir de 9 dents et jusqu'à 13 dents	70% BR	Forfait de 800€	De 890,30€ à 920,40€
Prothèse définitive de 14 dents	70% BR	Forfait de 900€	1027,93€

(*) Le ticket modérateur (30% BR) est également pris en charge par la Mutuelle en plus du forfait annuel

DENTAIRE

PROTHÈSES AMOVIBLES AVEC CHASSIS MÉTALLIQUE OU STELLITE

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Prothèse définitive de 1 à 4 dents	70% BR	Forfait de 600 €	De 735,45 € à 742,97 €
Prothèse définitive de 5 à 8 dents	70% BR	Forfait de 750 €	De 900,50 € à 923,08 €
Prothèse définitive de 9 à 13 dents	70% BR	Forfait de 1000 €	De 1180,60 € à 1210,70 €
Prothèse définitive de 14 dents	70% BR	Forfait de 1100 €	1318,23 €

PROTHÈSES AMOVIBLES AUTRES ACTES

ACTES	PART SÉCURITÉ SOCIALE	PARTICIPATION MUTUELLE	OBSERVATIONS
Rebasage	Néant	Forfait de 244 €	Plafonné à 244 €
Réparation sur fêlure ou fracture, adjonction de dents et crochets	70% BR	30% BR + forfait mutuelle	Plafonné à 244 €

Les annexes au règlement mutualiste, citées ci-dessous, sont disponibles sur notre site internet: www.mgefi.fr

ANNEXE II

Notice d'assistance

ANNEXE III

Notice d'information

Contrat prévoyance M022 en inclusion souscrit par la MGEFI

ANNEXE IV

Dispositions générales et particulières de la garantie Indemu - Maintien de primes

MGEFI 004-0120

mgefi.fr

Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - Siren : 499 982 098
6, rue Bouchardon - CS 50070 - 75481 Paris Cedex 10 - www.mgefi.fr

