



MGEN. Première mutuelle des agents du service public

Notice d'information

Contrat collectif

Frais de santé

Bénéficiaires actifs

et ayants droit

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	6
I. BÉNÉFICIAIRES.....	8
ARTICLE 1. BÉNÉFICIAIRES ACTIFS.....	8
ARTICLE 1.1. BÉNÉFICIAIRES ACTIFS	8
ARTICLE 1.2. CAS DE DISPENSES D'ADHÉSION	9
ARTICLE 2. BÉNÉFICIAIRES AYANTS DROIT	9
ARTICLE 2.1. CONJOINTS.....	9
ARTICLE 2.2. ENFANTS.....	10
ARTICLE 2.3. CONJOINT SURVIVANT ET ENFANT ORPHELIN D'UN BÉNÉFICIAIRE ACTIF DÉCÉDÉ ..	10
II. AFFILIATION OU ADHÉSION - PRISE D'EFFET - MODIFICATION DES GARANTIES - TERME DES GARANTIES.....	11
ARTICLE 3. CONDITIONS ET MODALITÉS D’AFFILIATION OU D’ADHÉSION.....	11
ARTICLE 4. PRISE D’EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHÉSION	11
ARTICLE 4.1. AFFILIATION OBLIGATOIRE DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS AUX GARANTIES SOCLE	11
ARTICLE 4.2. ADHÉSIONS FACULTATIVES	11
ARTICLE 4.3. DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L’ADHÉSION	12
ARTICLE 5. MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIE OPTIONNELLE	12
ARTICLE 6. RENONCIATION AUX ADHÉSIONS FACULTATIVES.....	12
ARTICLE 7. RÉSILIATION PAR LE BÉNÉFICIAIRE ACTIF EN CAS D’ADHÉSION FACULTATIVE.....	13
ARTICLE 7.1. RÉSILIATION D’UNE GARANTIE	13
ARTICLE 7.2. RADIATION D’UN AYANT DROIT	13
ARTICLE 8. CESSATION DE L’ADHÉSION	13
ARTICLE 8.1. BÉNÉFICIAIRE ACTIF DANS LE CADRE D’UN CONTRAT COLLECTIF OBLIGATOIRE	14
ARTICLE 8.2. BÉNÉFICIAIRE AYANT DROIT	14
III. GARANTIES ET PRESTATIONS.....	15
ARTICLE 9. TERRITORIALITÉ.....	15
9.1. PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL ET OPTIONS.....	15
9.2. PANIER DE SOINS À L’ÉTRANGER.....	15
ARTICLE 10. GARANTIES « SOCLE » DU PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL ET GARANTIES DU PANIER DE SOINS À L’ÉTRANGER	15
10.1. GARANTIES « SOCLE » DU PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL	15

10.2. GARANTIES DU PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER.....	16
ARTICLE 11. GARANTIES OPTIONNELLES FACULTATIVES	17
ARTICLE 12. CRITÈRES DU CONTRAT « RESPONSABLE » ET « SOLIDAIRE »	17
ARTICLE 13. LIMITE DE REMBOURSEMENTS.....	17
ARTICLE 14. EXCLUSIONS	18
ARTICLE 14.1. EXCLUSIONS LIÉES À L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DU CONTRAT RESPONSABLE	18
ARTICLE 14.2. AUTRES EXCLUSIONS.....	18
ARTICLE 15. DEMANDE DE PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	19
ARTICLE 16. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ	19
ARTICLE 16.1. CALCUL DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 16.2. FORMALITÉS	19
ARTICLE 17. DÉLAIS DE VERSEMENT	20
ARTICLE 18. REPRISE DES INDUS	20
ARTICLE 19. TIERS PAYANT	20
ARTICLE 20. EXPERTISE MÉDICALE.....	20
 IV. MAINTIEN DES GARANTIES	 22
ARTICLE 21. SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL INDEMNISÉE	22
ARTICLE 22. SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL NON INDEMNISÉE	22
ARTICLE 23. PORTABILITÉ DES DROITS POUR VOUS ET VOS AYANTS DROIT À LA SUITE D'UNE RUPTURE DE LA RELATION DE TRAVAIL	22
ARTICLE 23.1. CHAMP D'APPLICATION, CONDITIONS ET DURÉE DU MAINTIEN.....	22
ARTICLE 23.2. FIN DES DROITS.....	23
ARTICLE 24. DÉCÈS DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS	23
 V. LES COTISATIONS	 24
ARTICLE 25. COTISATIONS AUX GARANTIES « SOCLE » ET AUX GARANTIES DU PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER	24
ARTICLE 25.1. COTISATION D'ÉQUILIBRE.....	24
ARTICLE 25.2. COTISATIONS DES BÉNÉFICIAIRES ACTIFS (EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER).....	24
ARTICLE 25.3 COTISATION DES AGENTS EN SUSPENSION DE LA RELATION DE TRAVAIL.....	25
ARTICLE 25.4. COTISATION D'UN AYANT DROIT CONJOINT	25
ARTICLE 25.5. COTISATION D'UN AYANT DROIT ENFANT OU PETIT-ENFANT.....	25
ARTICLE 25.6 COTISATION D'UN AYANT DROIT SURVIVANT APRÈS LE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE ACTIF.....	25
ARTICLE 26. COTISATIONS AUX GARANTIES OPTIONNELLES	26
ARTICLE 27. COTISATIONS ADDITIONNELLES	26

ARTICLE 28. MODALITÉS DE VERSEMENT DES COTISATIONS	26
ARTICLE 28.1 VERSEMENT DE VOTRE COTISATION (BÉNÉFICIAIRE ACTIF)	26
ARTICLE 28.2. VERSEMENT DES COTISATIONS AUX CONTRATS FACULTATIFS (AYANTS DROIT ET OPTIONS)	27
ARTICLE 29. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS DES OPTIONS ET AYANTS DROIT.....	27
 VI. FONDS DE SOLIDARITE	 28
ARTICLE 30. SOLIDARITÉ À DESTINATION DES BÉNÉFICIAIRES RETRAITÉS : FONDS D'AIDE AUX RETRAITÉS	28
ARTICLE 31. FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL	28
ARTICLE 31.1. GÉNÉRALITÉS	28
ARTICLE 31.2. LES ACTIONS DU FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DÉDIÉ AU RÉGIME	28
 VII. ASSISTANCE	 29
ARTICLE 32. ASSISTANCE	29
 VIII. GARANTIES ADDITIONNELLES	 30
ARTICLE 33. GARANTIE ADDITIONNELLE FRAIS D'OBSÈQUES	30
ARTICLE 34. GARANTIE ADDITIONNELLE PERTE D'AUTONOMIE	30
 IX. PRÉVENTION	 31
ARTICLE 35. ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ	31
 X. CADRE JURIDIQUE DU RÉGIME	 32
ARTICLE 36. REPRÉSENTATION DES MEMBRES PARTICIPANTS AU SEIN DE MGEN	32
ARTICLE 37. DÉCHÉANCE.....	32
ARTICLE 38. RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE.....	32
ARTICLE 39. PRESCRIPTION	32
ARTICLE 40. SUBROGATION	33
ARTICLE 41. RÉCLAMATION - MÉDIATION.....	33
ARTICLE 42. LOI APPLICABLE - DIFFÉRENDS	34
ARTICLE 43. AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION	34
ARTICLE 44. LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	34
ARTICLE 45. LUTTE CONTRE LA CORRUPTION ET LE TRAFIC D'INFLUENCE.....	34

ARTICLE 46. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	35
ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTERIEL » ET DES GARANTIES OPTIONNELLES	37
ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES DU PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER	44

PREAMBULE

Le présent document constitue la notice d'Information référencée 2604-06EBS des contrats collectifs d'assurance complémentaire Santé souscrits au profit de **leurs agents actifs en France et exerçant à l'étranger** (ci-après dénommés « bénéficiaires actifs ») et de leurs ayants droit par :

- le Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MENESR),
- le Ministère des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative (MSJVA),
- ainsi que les entités publiques qui leur sont rattachées,

ci-après dénommés « **Souscripteurs** » ou « **Employeurs** » selon le contexte ;

auprès de :

- **MGEN**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 775 685 399 et agréée pour pratiquer les opérations relevant des branches 1 (accidents) et 2 (maladie), dont le siège est situé au 3, Square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15 ;
- **CNP Assurances**, société anonyme à conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 341 737 062 et agréée pour pratiquer les opérations relevant des branches 1 (accidents) et 2 (maladie), dont le siège social est situé au 4 promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux,

ci-après dénommées « **Coassureurs** ».

Les contrats collectifs sont souscrits par les Souscripteurs auprès des Coassureurs. L'ensemble de ces contrats collectifs sont dénommés « **le régime** » dans la présente notice d'information.

Les Coassureurs sont représentés par MGEN ayant reçu mandat pour agir en qualité d'apérateur des contrats collectifs frais de santé auprès des Souscripteurs. A cet effet, une convention de coassurance a été établie en application des articles L. 116-1 du code des assurances et L. 227-1 du code de la mutualité portant sur les contrats collectifs Santé souscrits par le MENESR et le MSJVA.

Les activités de gestion sont assurées, pour le compte des Coassureurs, par MGEN, ci-après dénommée « **la Mutuelle** ».

Les contrats collectifs ont pour objet de vous garantir, en complément le cas échéant, des prestations en nature versées par la sécurité sociale, le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé engagées à la suite d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident, dans la limite des frais que vous avez réellement engagés.

Ils sont conclus à effet du 1^{er} mai 2026.

La présente notice d'Information définit les garanties prévues par les contrats collectifs et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Elle fait partie intégrante des contrats suivants :

- contrat collectif à adhésion obligatoire relatif aux garanties « Socle » du panier de soins interministériel pour les bénéficiaires actifs ;
- contrat collectif à adhésion obligatoire relatif aux garanties du « panier de soins à l'étranger » pour les bénéficiaires actifs exerçant à l'étranger ;
- contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties « Socle » du panier de soins interministériel pour les ayants droit des bénéficiaires actifs en France et exerçant à l'étranger ;
- contrat collectif à adhésion facultative relatif aux garanties optionnelles pour les bénéficiaires actifs en France et leurs ayants droit.

A l'égard de MGEN et en application du code de la mutualité, les « bénéficiaires actifs » affiliés au régime sont appelés « membres participants ». A l'égard de CNP Assurances, au titre du code des assurances, ils sont appelés « adhérents ». Toutefois, par simplicité, ils peuvent, dans les stipulations ci-après, être désignés par l'une ou l'autre des deux expressions, sans jamais que cela ne change leurs droits.

I. BENEFICIAIRES

Article 1. Bénéficiaires actifs

Article 1.1. Bénéficiaires actifs

Par bénéficiaires actifs, il faut entendre les agents employés et rémunérés par les Souscripteurs des contrats collectifs auprès des Coassureurs.

Sous réserve des cas de dispense d'adhésion listés à l'article 1.2 de la présente notice, vous êtes obligatoirement affilié au régime en tant que bénéficiaire actif si vous êtes :

- fonctionnaire titulaire ou stagiaire ;
- agent contractuel de droit public ;
- agent contractuel de droit privé lorsque vous n'êtes pas couvert, par ailleurs, par un contrat collectif à adhésion obligatoire ;
- maître contractuel des établissements d'enseignement privés sous contrat d'association mentionnés au 6° de l'article L. 6 du code général de la fonction publique (délégué et documentaliste des établissements d'enseignement privé sous contrat d'association).

Vous conservez la qualité de bénéficiaire actif et restez affilié au régime, si vous êtes placé dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle ;
- bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

De façon générale, vous bénéficiez du contrat collectif de la structure qui vous rémunère :

- le **fonctionnaire détaché** est rémunéré par son administration d'accueil et relève en conséquence du contrat collectif frais de santé souscrit par son administration d'accueil ;
- le **fonctionnaire mis à disposition**, rémunéré par son administration d'origine, relève du contrat collectif frais de santé de son administration d'origine ;
- le **fonctionnaire en position normale d'activité** doit être rattaché au contrat collectif frais de santé de l'administration en charge de la rémunération principale.

Si vous êtes employé par plusieurs employeurs, vous relevez du contrat collectif frais de santé de votre employeur principal, c'est-à-dire celui auprès duquel vous exercez la plus grande amplitude horaire.

Si vous disposez de deux contrats de travail à temps incomplet de temps de travail identique (50/50), vous êtes affilié au contrat collectif frais de santé de l'employeur de votre choix. Vous devrez justifier auprès de votre autre employeur que vous bénéficiez déjà d'un contrat collectif frais de santé.

Article 1.2. Cas de dispense d'adhésion

Conformément à l'article 3 du décret du 22 avril 2022, vous pouvez être dispensé d'affiliation au contrat collectif obligatoire des bénéficiaires actifs, dès lors que vous en faites la demande et attestez :

- être bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire. Cette dispense est possible jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de cette couverture ;
- être couvert par un contrat individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif ou à la date de votre prise de fonctions, si elle est postérieure. Cette dispense est possible jusqu'à la date d'échéance du contrat individuel, dans la limite de douze mois ;
- avoir conclu un contrat de travail à durée déterminée, à la condition que vous bénéficiiez d'une couverture individuelle des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident ;
- être bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, en tant qu'assuré ou ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :
 - couverture collective à adhésion obligatoire mise en place dans une entreprise de droit privé ;
 - couverture individuelle financée par le « versement santé » d'un employeur ;
 - régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
 - couverture collective dans la fonction publique territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique ;
 - couverture collective des militaires en application de l'article L. 4123-3 du code de la défense.

Vous pouvez, à tout moment, renoncer à votre dispense. Aussi, dès lors que les conditions ayant justifié la dispense d'affiliation cessent ou en cas de non-respect des modalités prévues pour s'en prévaloir (le maintien des dispenses est subordonné à la fourniture annuelle d'une attestation sur l'honneur) **vous serez automatiquement affilié au contrat collectif obligatoire au lendemain de la date de fin d'effet de votre dispense. Dans ce cas, aucune majoration de cotisation ne peut vous être appliquée.**

L'attestation sur l'honneur doit comporter le motif précis de dispense parmi la liste rappelée ci-dessus et doit être dûment complétée, datée et signée.

La demande de dispense doit être renouvelée le cas échéant selon le motif de la dispense.

Article 2. Bénéficiaires ayants droit

Vous pouvez faire bénéficier vos ayants droit du régime.

Article 2.1. Conjoints

Est considéré comme conjoint :

- votre conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander une copie du livret de famille ;
- votre partenaire de PACS désignant la personne avec laquelle vous avez conclu un Pacte civil de solidarité (PACS) en vertu des articles 515-1 et suivants du code civil. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander la transmission d'une copie du récépissé d'enregistrement du PACS ou un extrait d'acte de naissance sur lequel le PACS est mentionné ;
- votre concubin désignant la personne vivant en couple avec vous de manière stable et continue dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du code civil. A titre de preuve, la Mutuelle peut demander la transmission d'un certificat de vie commune ou de concubinage ou une déclaration sur l'honneur accompagnée d'un justificatif de domicile commun.

Article 2.2. Enfants

Peuvent bénéficier du régime vos enfants ou petit-enfants ou ceux de votre conjoint ou de votre partenaire de PACS ou vivant en concubinage avec vous ou les enfants qui vous sont confiés par décision de justice, à votre charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle.

Ces enfants ou petits-enfants doivent être :

- âgés de moins de 21 ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion ;
- âgés de moins de 25 ans au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion :
 - s'ils justifient de la poursuite de leurs études, y compris en contrat d'apprentissage. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un certificat de scolarité ou un contrat d'apprentissage ;
 - ou sont demandeurs d'emploi au sens de l'article L. 5411-11 du code du travail. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre un justificatif d'inscription à France Travail ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. A titre de preuve, la Mutuelle pourra demander de transmettre le justificatif de l'attribution d'une carte mobilité inclusion portant la mention invalidité (prévue par l'article L. 241-3 du code de l'action sociale et des familles) ou de l'Allocation d'Enfant Handicapé ou de l'Allocation d'Adulte Handicapé (prévue à l'article L. 541-1 ou L. 821-1 du code de la sécurité sociale).

Vous devrez transmettre régulièrement les pièces justificatives de la qualité d'ayant droit à la demande de la Mutuelle afin de maintenir leur couverture.

A défaut de transmission de pièces justificatives, l'ajout de l'ayant droit ne sera pas pris en compte ou ses droits aux garanties cesseront.

Article 2.3. Conjoint survivant et enfant orphelin d'un bénéficiaire actif décédé

Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le 2° de l'article 4 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif.

Pour cela, l'ayant droit (conjoint survivant ou enfant orphelin) doit formuler sa demande d'adhésion dans le délai d'un an à compter du décès.

II. AFFILIATION OU ADHÉSION - PRISE D'EFFET - MODIFICATION DES GARANTIES - TERME DES GARANTIES

Article 3. Conditions et modalités d'affiliation ou d'adhésion

L'adhésion ou l'affiliation au présent régime suppose la réunion de deux conditions :

- avoir la qualité de bénéficiaire actif ou bénéficiaire ayant droit ;
- être soumis à la législation française de sécurité sociale ou affilié à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ou assuré volontaire géré par la Caisse des Français de l'Étranger contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L. 762-5 à L. 762-6-5 du code de la sécurité sociale.

Si vous êtes bénéficiaire actif en France, vous pouvez, pour compléter les garanties Socle, souscrire des garanties optionnelles (option 1 ou option 2) à adhésion facultative et en faire bénéficier vos ayants droit. Si vous êtes bénéficiaire actif exerçant à l'étranger, vous ne pouvez pas souscrire les garanties optionnelles.

Votre affiliation est effectuée par voie dématérialisée via un espace dédié avec fourniture des éventuelles pièces justificatives.

L'adhésion ou l'affiliation des bénéficiaires au présent régime intervient sans limite d'âge (à l'exception des bénéficiaires enfants), sans questionnaire médical ou ancienneté de service.

Vous devez également déclarer à la Mutuelle, dans les plus brefs délais, tout changement relatif à votre situation (changement de coordonnées de contact, d'organisme d'assurance maladie, de coordonnées bancaires etc.) ou tout changement lié à la situation de vos ayants droit couverts par le régime.

Article 4. Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Article 4.1. Affiliation obligatoire des Bénéficiaires actifs aux garanties Socle

Vous êtes bénéficiaire actif, votre affiliation prend effet :

- à la même date que le contrat collectif obligatoire si vous êtes déjà dans l'effectif des Souscripteurs lors de son entrée en vigueur, sauf cas de dispense ;
- à la date d'embauche si vous êtes recruté postérieurement à la date d'effet du contrat ;
- à compter de la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d'une dispense d'affiliation ou renoncez à une dispense d'affiliation si la Mutuelle en reçoit la notification dans les trois (3) mois suivant la date de fin de dispense. A défaut, l'affiliation prend effet à la date de réception par la Mutuelle de la déclaration d'affiliation par les Souscripteurs.

Article 4.2. Adhésions facultatives

- **Adhésion facultative aux garanties optionnelles**

L'adhésion à une garantie optionnelle prend effet :

- à la même date d'effet que celle des garanties socle en cas de demande simultanée ;
- à défaut, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande complète.

L'adhésion s'applique automatiquement à vos ayants droit couverts par le régime, dont le choix du niveau d'option ne peut être dissocié du votre.

▪ Adhésion d'un ayant droit

L'adhésion de vos ayants droit prend effet :

- à la même date d'effet que votre affiliation au même niveau de garantie en cas de demande simultanée ;
- pour les autres cas, au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande complète ;
- pour une naissance ou une adoption : à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant si la Mutuelle a reçu la demande dans les trois (3) mois suivant l'événement.

Article 4.3. Durée et renouvellement de l'adhésion

Sont valables jusqu'au 31 décembre qui suit la date d'adhésion :

- votre adhésion aux garanties optionnelles ;
- l'adhésion de vos ayants droit aux garanties Socle et optionnelles.

Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par la présente notice d'information.

Article 5. Modification du niveau de garantie optionnelle

Si vous êtes bénéficiaire actif exerçant en France et avez adhéré à une option, vous pouvez modifier votre choix, à la hausse ou à la baisse, à effet du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande complète par la Mutuelle :

- à condition de justifier d'une durée d'adhésion minimale de 12 mois à l'option déjà souscrite ;
- sans condition de durée d'adhésion, en cas de changement de situation familiale entraînant l'ajout ou la radiation d'un bénéficiaire ayant droit, sous réserve que la Mutuelle réceptionne la demande complète (incluant les éventuelles pièces justificatives) dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'événement.

Votre choix d'option emporte automatiquement adhésion à cette même option de vos ayants droit, bénéficiaires du panier de soins en France ; chaque ayant droit ne peut pas adhérer à une option distincte de la vôtre.

Par ailleurs, vous disposez du droit de résilier l'option choisie après un (1) an d'adhésion, en le notifiant à la Mutuelle selon les modalités de l'article 7.1 ci-dessous.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande de souscription à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un (1) an.

Article 6. Renonciation aux adhésions facultatives

Dans le cadre d'une adhésion facultative, vous disposez d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus pour y renoncer sans justification, à compter du jour où vous êtes informé que l'adhésion a pris effet.

Cette renonciation doit être effectuée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle. Toutefois, si des prestations ont été versées, vous devrez intégralement les rembourser avant tout remboursement préalable des cotisations par la Mutuelle.

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

Pour rappel, en tant que bénéficiaire actif, vous ne disposez d'aucun droit de renonciation à l'affiliation au contrat collectif obligatoire.

Article 7. Résiliation par le bénéficiaire actif en cas d'adhésion facultative

L'affiliation étant obligatoire pour tous les bénéficiaires actifs du régime, sa résiliation n'est pas possible. La résiliation concerne les seules adhésions facultatives, à savoir l'adhésion facultative des ayants droit et l'adhésion aux garanties optionnelles.

Article 7.1. Résiliation d'une garantie

En tant que bénéficiaire actif, vous pouvez résilier votre adhésion à une garantie optionnelle.

La résiliation s'effectue dans les conditions suivantes :

- au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- à tout moment après l'expiration d'un délai minimal d'adhésion d'un an. La résiliation prend effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu la notification ;
- dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modifications apportées à vos droits et obligations.

La résiliation à l'échéance annuelle ou en cours d'année est notifiée à la Mutuelle, selon l'une des modalités suivantes :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- par le même mode de communication, lorsque la Mutuelle propose la souscription par un mode de communication à distance.

La Mutuelle atteste par écrit de la réception de la notification.

La résiliation de votre garantie optionnelle entraînera également la résiliation de la garantie optionnelle pour l'ensemble de vos ayants droit.

Article 7.2. Radiation d'un ayant droit

En tant que bénéficiaire actif, vous pouvez radier vos ayants droit avec une prise d'effet un mois après que la Mutuelle en a reçu la notification.

Toutefois, en cas de changement de votre situation familiale, le retrait de votre ayant droit prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'événement, sous réserve que la Mutuelle réceptionne la demande dans les trois (3) mois suivant la survenance de l'événement, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

La radiation de vos ayants droit est systématique dès que vous n'êtes plus en mesure de transmettre les pièces justificatives répondant à leur qualité d'ayant droit.

Article 8. Cessation de l'adhésion

La cessation de l'affiliation ou de l'adhésion entraîne la cessation de vos garanties et le cas échéant celles de vos ayants droit.

La cessation de l'affiliation ou de l'adhésion aux garanties socle entraîne la cessation de l'adhésion à la garantie optionnelle que vous avez éventuellement souscrite pour vous-même et vos ayants droit.

Toute sortie du groupe assuré doit faire l'objet d'une information immédiate à la Mutuelle.

Article 8.1. Bénéficiaire actif dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire

Votre affiliation cesse :

- à la date à laquelle vous cessez d'appartenir à la catégorie assurée, sous réserve que la Mutuelle en ait reçu la notification dans les 3 mois, sauf situations de maintien des garanties décrites au Chapitre IV ;
- à défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la notification de l'événement ;
- à la date de résiliation ou au terme du présent régime ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions de l'article 29 ;
- à la date de votre décès.

Article 8.2. Bénéficiaire ayant droit

L'adhésion de vos ayants droit cesse :

- à la même date que la vôtre, sauf situations de maintien des garanties décrites au chapitre IV ;
- au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition d'ayant droit si la Mutuelle en a reçu notification à cette date, et au plus tard au 31 décembre de l'année au cours de laquelle les conditions ne sont plus remplies ; à défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la notification de l'information ;
- si vous effectuez une demande de radiation, un mois après que la Mutuelle en a reçu la notification ;
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions de l'article 29 ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit l'affiliation de votre ayant droit à une couverture complémentaire santé obligatoire ou l'attribution à votre ayant droit de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), si la Mutuelle en a reçu notification à cette date et a reçu le justificatif nécessaire. A défaut, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande ;
- à la date du décès de votre ayant droit.

III. GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 9. Territorialité

9.1. Panier de soins interministériel et options

Si vous êtes bénéficiaire actif en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités d'outre-mer, les garanties du panier de soins interministériel et, le cas échéant, les garanties optionnelles s'appliquent aux frais engagés sur ces territoires.

Les garanties s'appliquent par ailleurs pour des soins inopinés ou médicalement nécessaires, sous réserve de prise en charge préalable par le régime français de sécurité sociale, lors de séjours temporaires à l'étranger.

Si vous êtes bénéficiaire actif exerçant à l'étranger, vos frais engagés lors de vos séjours en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités d'outre-mer sont remboursés sur la base des garanties Socle du panier de soins interministériel.

9.2. Panier de soins à l'étranger

Les garanties s'appliquent aux frais engagés hors de France métropolitaine, départements et régions d'outre-mer et collectivités d'outre-mer, en complément des remboursements de la caisse de sécurité sociale française à laquelle est rattaché le bénéficiaire, notamment la Caisse des Français de l'Étranger.

Lorsque les soins et équipements effectués à l'étranger ont été réglés en devises, ils font l'objet d'un remboursement en euros selon le taux de change constaté à la date de traitement du dossier.

Article 10. Garanties « Socle » du panier de soins interministériel et garanties du panier de soins à l'étranger

Seuls les frais intervenus postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion font l'objet d'une prise charge.

10.1. Garanties « Socle » du panier de soins interministériel

Le panier de soins interministériel a pour objet de verser des prestations en complément du régime de base de la sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, de la maternité ou d'un accident, sous réserve du respect des règles relatives aux contrats « solidaires et responsables » et des exclusions de prise en charge prévues par la présente notice d'information.

La prise en charge est identique pour vous-même et vos ayants droit, quel que soit l'âge, l'état de santé ou la date d'adhésion au régime.

Les prestations suivantes sont versées sous déduction des remboursements de la sécurité sociale, selon le niveau et les montants prévus au tableau des garanties, annexé à la présente notice :

- soins courants ;
- hospitalisation (les hospitalisations effectuées à l'étranger sont remboursées sur la base de la garantie des frais de séjour non conventionnés) ;
- dentaire ;
- optique ;
- aides auditives.

La prise en charge par la Mutuelle des médicaments, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), du matériel médical (appareillages et dispositifs médicaux dont orthopédie, prothèses oculaires, prothèses capillaires, prothèses mammaires), et des aides auditives est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la

sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site internet respecte des critères de santé publique.

Sur les prestations remboursées par la sécurité sociale (RSS), des précisions s'appliquent :

- les consultations, actes techniques médicaux et actes d'imagerie réalisés par des stomatologues sont couverts selon les garanties dédiées dans le poste Honoraires médicaux ;
- les lentilles remboursées par la sécurité sociale font l'objet d'un complément de la Mutuelle au niveau du ticket modérateur après épuisement de la garantie forfaitaire partagée avec les lentilles non remboursées par la sécurité sociale ;
- les consultations réalisées par un chirurgien-dentiste libéral sont couvertes selon la garantie Soins conservateurs dentaires ;
- les prothèses dentaires, lorsqu'elles concernent plusieurs dents (bridges, prothèses amovibles, etc.), sont remboursées selon les garanties relatives aux dents visibles (incisives, canines et prémolaires) dès lors qu'elles concernent au minimum une dent visible ;
- les implants dentaires pris en charge par la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un complément de la Mutuelle sur la base de la garantie Implantologie.

La Mutuelle peut également prendre en charge des frais qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la sécurité sociale, sous réserve d'être expressément prévus aux tableaux de garanties.

Des limites s'appliquent sur les garanties suivantes.

- **Lentilles non prises en charge par la sécurité sociale**

La Mutuelle intervient pour le remboursement des lentilles correctrices non remboursées par la sécurité sociale. La garantie forfaitaire est partagée avec le poste Lentilles prises en charge par la sécurité sociale.

- **Chirurgie réfractive de l'œil**

La Mutuelle intervient pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste, non remboursées par la sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiquée. La Mutuelle n'intervient pas pour les implants cornéens non remboursés par la sécurité sociale.

- **Médecine additionnelle et de prévention**

La Mutuelle intervient pour les séances effectuées par un praticien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. La Mutuelle intervient pour le remboursement des consultations d'homéopathe et non pour les produits homéopathiques couverts par une autre garantie. Lorsqu'elle est réalisée par un médecin ou une sage-femme, la Mutuelle intervient pour les frais d'acupuncture lorsque la garantie relative aux honoraires médicaux ne permet pas de couvrir le tarif appliqué par le praticien.

- **Prestations annexes**

La Mutuelle intervient pour le remboursement des psychothérapies effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre.

- **Cures thermales acceptées et prises en charge par la sécurité sociale.**

10.2. Garanties du panier de soins à l'étranger

Si vous êtes un agent actif exerçant à l'étranger, vous êtes affilié obligatoirement aux garanties du panier de soins à l'étranger, ainsi que vos éventuels ayants droit.

Les soins réalisés à l'étranger sont remboursés sous condition d'intervention de la caisse de sécurité sociale à laquelle vous et vos éventuels ayants droit êtes rattachés, notamment la Caisse des Français de l'Étranger.

Les soins sont remboursés selon les garanties prévues au tableau de garanties, après déduction des remboursements de votre caisse de sécurité sociale.

Pour les soins reçus à l'étranger, les garanties du « Panier de soins à l'étranger » s'appliquent. **Les remboursements sont plafonnés à hauteur de 300 000 € par an et par bénéficiaire (hors garantie rapatriement).**

Le panier de soins à l'étranger n'est pas soumis au respect des critères du contrat « responsable » défini à l'article 12 de la présente notice d'information.

Si vous êtes rattaché à la Caisse des Français de l'Étranger, pour les soins non pris en charge par cette dernière, mais qui auraient été pris en charge par la sécurité sociale française, les soins sont remboursés :

- à hauteur du ticket modérateur calculé sur la base de remboursement reconstituée de la sécurité sociale française ;
- dans la limite de la dépense engagée.

Article 11. Garanties optionnelles facultatives

Si vous êtes bénéficiaire actif en France, vous pouvez, pour compléter les garanties Socle, souscrire une garantie optionnelle (option 1 ou option 2) à adhésion facultative et en faire bénéficier vos ayants droit. Si vous êtes bénéficiaire actif exerçant à l'étranger, vous ne pouvez pas souscrire les garanties optionnelles.

Les garanties optionnelles respectent les critères du contrat « responsable » défini à l'article 12 de la présente notice d'information. Elles sont exprimées sous déduction du remboursement de la sécurité sociale et de la garantie « socle ».

Le choix d'une option emporte automatiquement adhésion à cette même option de vos ayants droit, bénéficiaires du panier de soins en France ; de sorte que chaque ayant droit ne peut pas adhérer à une option distincte de la vôtre.

En cas de résiliation, toute nouvelle demande d'adhésion à une option ne peut intervenir, au plus tôt, qu'à l'expiration d'un délai d'un an.

Article 12. Critères du contrat « responsable » et « solidaire »

Le contrat est qualifié de « solidaire » et « responsable » conformément à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et de ses textes d'application. Le contrat est dit :

- « solidaire » dès lors que la souscription au contrat n'est pas subordonnée à une sélection médicale et que les cotisations sont fixées indépendamment de l'état de santé ;
- « responsable » lorsqu'il respecte les obligations et les exclusions de prise en charge définies aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

En aucun cas les termes des contrats collectifs ne peuvent contrevenir aux dispositions des contrats responsables, excepté le panier de soins à l'étranger. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris en cas d'évolutions futures, priment sur les présentes dispositions.

Article 13. Limite de remboursements

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit et avant 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 sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Pour le deuxième niveau, vous devrez produire les justificatifs de remboursement de l'organisme assureur intervenant en premier niveau de remboursement complémentaire.

Article 14. Exclusions

Article 14.1. Exclusions liées à l'application des dispositions du contrat responsable

La Mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale ;
- les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale dans les conditions et limites prévues par l'article D. 160-9 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation visée à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (non désignation d'un médecin traitant ou consultation d'un médecin sans prescription médicale du médecin traitant, situations dites « hors du parcours de soins ») et visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical partagé et à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription préalable du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L. 162-5, 18° du code de la sécurité sociale ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Article 14.2. Autres exclusions

La Mutuelle ne prend pas en charge :

- sauf s'ils sont prévus dans le tableau des garanties les actes ou prescriptions non pris en charge par la sécurité sociale ou hors nomenclature, tels que les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique ;
- les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour (y compris les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes - EHPAD), les frais liés aux séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées-Mas) sauf obligation réglementaire de prise en charge par la Mutuelle et plus largement dans les établissements ne relevant pas du code de la santé publique ;
- les frais engagés en dehors de la période de garantie : soins engagés avant la date d'entrée en vigueur de la garantie ou après sa date de cessation ou avant la date d'affiliation ou d'adhésion du bénéficiaire ;
- les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations liées à un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait valoir renonciation tacite, de sa part, au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 15. Demande de prestations frais de santé

Toute demande de prestations frais de santé doit être adressée via l'espace personnel mis à votre disposition ou à l'adresse suivante :

MGEN
FPE Éducation et Enseignement Supérieur
TSA 71522
53106 MAYENNE CEDEX

Pour être recevable, la demande de prestations doit comporter les pièces justificatives selon la nature des soins ainsi que toute pièce utile à l'appui de la demande.

Article 16. Règlement des prestations frais de santé

Article 16.1. Calcul des prestations

Les prestations dues sont calculées acte par acte pour les frais postérieurs à la date d'affiliation ou d'adhésion au régime et pendant la durée de cette affiliation/adhésion.

Seule la date des soins figurant sur le décompte de la sécurité sociale est prise en considération pour le bénéfice des prestations. Pour les prestations non remboursées par la sécurité sociale et prises en charge par la Mutuelle, la date de la facture ou la date d'exécution de l'acte du praticien, ou en dentaire la date de fin de chaque fraction de traitement, est prise en compte pour apprécier le droit à prestation. Pour les hospitalisations, le droit à prestation est apprécié à la date de début de séjour.

Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (« BR ») de la sécurité sociale sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement reconstituée sont réglées sur la base de la nomenclature française des actes et tarifs appliqués par la sécurité sociale à la date des soins (LPP, CCAM, NGAP, etc.).

Le montant de remboursement peut être exprimé en forfait euros, c'est-à-dire sous forme d'un montant en euros.

L'adhésion à une option ou le changement de niveau de garanties est sans effet sur les compteurs annuels ou pluriannuels précisés aux tableaux de garanties, notamment en optique et audioprothèse, qui continuent à courir sur la nouvelle option ou le nouveau niveau de garanties jusqu'à leur terme.

Par ailleurs, les plafonds et forfaits ne sont ni reportables ni cumulables d'une période sur l'autre.

Article 16.2. Formalités

- Échanges d'information NOÉMIE

La Mutuelle a développé des échanges d'information par télétransmission (norme NOÉMIE) avec les organismes de sécurité sociale.

Ces échanges vous dispensent de l'envoi des décomptes de remboursements effectués par la sécurité sociale pour les soins effectués en France, sauf opposition de votre part lors de votre adhésion ou au cours de celle-ci.

Dans certains cas, vous devrez fournir des pièces justificatives complémentaires.

Dans les cas où la prestation n'est pas prise en charge par les organismes de sécurité sociale ou si la télétransmission est inopérante (notamment en cas de refus de votre part), vous devrez fournir le décompte de la sécurité sociale et une facture nominative acquittée et/ou une facture dûment acquittée.

- Pièces justificatives à fournir

La Mutuelle peut demander la fourniture des pièces justificatives suivantes :

- le décompte de la sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission NOÉMIE) ou de tout autre organisme ;
- pour l'ensemble des prestations fournies : les factures nominatives, acquittées, datées, détaillées des actes et prestations et comportant le montant des frais par acte, le cas échéant leurs codifications, le cachet et la signature du professionnel de santé avec son numéro d'identification, la note d'honoraires du praticien, la prescription médicale ;
- les pièces demandées conformément aux règles applicables dans le réseau de professionnels de santé conventionnés avec la Mutuelle après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles ;
- pour les médecines additionnelles et de prévention : la facture nominative acquittée, portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature, le cas échéant, son n° ADELI et/ou son n° RPPS et/ou le n° FINESS de l'établissement le cas échéant, et précisant la date des séances.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander toute autre pièce complémentaire qu'elle jugerait nécessaire, avant ou après le paiement des prestations.

Article 17. Délais de versement

Les prestations garanties sont versées dans un délai maximum de quarante-huit (48) heures en échange NOÉMIE ou de quatre (4) jours ouvrés hors flux NOÉMIE à réception de l'ensemble des pièces nécessaires au traitement du dossier y compris les éventuels renseignements complémentaires demandés par la Mutuelle. Ces délais s'entendent hors délais bancaires, hors cas de force majeure et hors activation du plan de continuité de l'activité de la Mutuelle.

Article 18. Reprise des indus

Toutes les sommes indûment versées feront l'objet d'une réclamation de la part de la Mutuelle. Vous devrez restituer l'indu à la Mutuelle. La Mutuelle est autorisée à compenser les sommes éventuellement dues en exécution du contrat sur les prestations futures.

Article 19. Tiers Payant

Vous disposez du service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) pour les garanties entrant dans le périmètre des contrats responsables, au moins à hauteur du tarif de responsabilité et conformément aux modalités prévues par la législation et la réglementation en vigueur et notamment l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

La Mutuelle délivre une carte de tiers payant ou une attestation de droit à tiers payant qui doit lui être restituée lorsque les garanties cessent.

Article 20. Expertise médicale

La Mutuelle se réserve la possibilité de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du régime, avant ou après le paiement des prestations.

En cas de refus de vous soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats démontrent que la demande de prestation est infondée ou ne correspond pas aux dépenses engagées les actes ne seront pas remboursés par la Mutuelle.

En cas de désaccord constaté dans un écrit et adressé par lettre recommandée avec avis de réception dans les trente jours suivant la notification des résultats de l'expertise, vous pourrez désigner un médecin de votre choix qui devra trouver avec le médecin de la Mutuelle une position commune.

Si le désaccord persiste, les parties désigneront un médecin tiers, expert. A défaut d'accord entre elles sur la désignation de ce médecin tiers, le médecin est désigné par le président du tribunal compétent du lieu de votre résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son propre médecin, ceux du troisième médecin et les frais de désignation de celui-ci sont supportés pour moitié par la Mutuelle et par vous.

L'avis rendu par le médecin expert s'impose aux parties, et en fonction de cet avis, la Mutuelle pourra ne pas verser la prestation ou exiger la restitution des sommes indûment versées.

IV. MAINTIEN DES GARANTIES

Article 21. Suspension de la relation de travail indemnisée

Si vous vous trouvez dans une situation autre que celles visées au 3^e alinéa de l'article 1.1. de la présente notice (congé parental, disponibilité pour raison de santé etc.), que votre relation de travail est suspendue et que vous bénéficiez d'une indemnisation versée par votre employeur sous la forme :

- soit d'un maintien total ou partiel de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées en tout ou partie par votre employeur ;
- soit d'un revenu de remplacement versé par votre employeur ;

vous restez soumis à l'obligation d'affiliation et à ce titre continuez de bénéficier des garanties frais de santé ainsi que, le cas échéant, vos ayants droit.

Les garanties et le versement des cotisations sont maintenues dans les mêmes conditions que les bénéficiaires actifs pour toute la période de suspension de la relation de travail.

Article 22. Suspension de la relation de travail non indemnisée

En cas de suspension de la relation de travail non indemnisée, autre que les situations visées au 3^e alinéa de l'article 1.1 de la présente notice, les garanties frais de santé sont suspendues à la date à laquelle la rémunération n'est plus versée par votre employeur.

La suspension s'achève dès votre reprise du travail sous réserve que la Mutuelle soit informée par votre employeur dans les trois (3) mois suivant la reprise.

Toutefois, vous pouvez demander le maintien à titre facultatif des garanties pour vous-même et, le cas échéant, pour vos ayants droit, sous réserve :

- d'adresser votre demande complète à la Mutuelle au plus tard dans les trente (30) jours suivant la date de suspension de votre relation de travail ;
- de payer la cotisation forfaitaire qui est intégralement à votre charge.

Article 23. Portabilité des droits pour vous et vos ayants droit à la suite d'une rupture de la relation de travail

Article 23.1. Champ d'application, conditions et durée du maintien

Conformément à l'article 26 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, en tant qu'ancien agent non retraité vous conservez votre affiliation au contrat collectif frais de santé souscrit par votre employeur, sous réserve d'être inscrit comme demandeur d'emploi et d'être indemnisé à ce titre par votre régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties ne peut excéder douze (12) mois et correspond à la période d'indemnisation au titre de l'assurance chômage limitée à :

- la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs et sans période d'interruption de plus de deux (2) mois avec le même employeur ;
- la durée de votre dernière période d'activité, appréciée en mois entiers.

Vos bénéficiaires ayants droit continuent également de bénéficier du maintien des garanties dans les mêmes conditions et même durée que vous.

Les garanties ainsi maintenues sont celles en vigueur, options comprises, pendant toute la durée du maintien de l'adhésion (y compris en cas d'évolution du régime).

Vous devez justifier auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article.

Aucune cotisation n'est due pour la période de portabilité.

Article 23.2. Fin des droits

Le maintien des garanties cesse :

- à la fin de la période de portabilité à laquelle vous avez droit ;
- à la date à laquelle vous ne pouvez plus justifier de votre statut de demandeur d'emploi indemnisé par le régime d'assurance chômage ;
- à la date de résiliation du régime ;
- à la date de votre décès.

Article 24. Décès des bénéficiaires actifs

En cas de décès d'un bénéficiaire actif, ses ayants droit - le conjoint survivant et l'enfant orphelin - titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes visés par le 2° de l'article 4 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, et qui bénéficiaient effectivement des garanties, peuvent demander le maintien de leur couverture santé.

Ils conservent leur qualité de bénéficiaire ayant droit, sous réserve d'en faire la demande dans le délai d'un (1) an à compter du décès du bénéficiaire actif. Toute demande postérieure à ce délai est forclosée.

Cette nouvelle couverture prend effet à compter de la date du décès en cas de demande dans les trois (3) mois suivant le décès. Au-delà, le maintien prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

V. LES COTISATIONS

Article 25. Cotisations aux garanties « Socle » et aux garanties du panier de soins à l'étranger

Les montants des cotisations sont recouvrés en euros.

Les cotisations relatives aux garanties « socle » et aux garanties du panier de soins à l'étranger sont déterminées selon les conditions décrites ci-après.

L'assiette de cotisation est la rémunération mensuelle brute assujettie à la CSG et à la CRDS.

Les cotisations sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions législatives et réglementaires, mais aussi de l'évolution de la sinistralité et des évolutions démographiques.

Cas particulier : régime Alsace-Moselle

Les cotisations aux garanties Socle sont minorées en proportion du financement des garanties complémentaires déjà prises en charge par le régime local d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle défini à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale pour les bénéficiaires relevant de ce régime.

Article 25.1. Cotisation d'équilibre

L'article 14 du décret du 22 avril 2022 pose le principe et les caractéristiques de la cotisation d'équilibre, déterminée pour chaque contrat collectif souscrit pour les bénéficiaires actifs, et définit les cotisations des différents bénéficiaires par référence à cette cotisation d'équilibre.

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

Article 25.2. Cotisations des bénéficiaires actifs (en France et à l'étranger)

Vos cotisations ne varient pas en fonction de votre âge.

Conformément à l'article 15 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, votre cotisation se décompose en trois parts :

- une part acquittée par votre employeur correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre calculée conformément à l'article 14 du décret ;
- une part individuelle forfaitaire acquittée par vous, constituant une fraction de 20 % de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle solidaire acquittée par vous, fixée en fonction de votre rémunération mensuelle brute dans la limite du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). Elle représente en moyenne 30 % de la cotisation d'équilibre.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations additionnelles visées à l'article 27 de la présente notice.

Si vous êtes en rémunération partielle, la cotisation se compose des mêmes éléments que ci-dessus. Le calcul, le précompte, le versement et la déclaration de la cotisation relèvent du même processus que les bénéficiaires actifs ayant une rémunération complète.

Cas particulier pour les agents sans rémunération

Si vous êtes placé dans l'une des situations visées au 3^e alinéa de l'article 1.1 de la présente notice (ex : congé parental, etc.), vous devez vous acquitter d'une cotisation forfaitaire égale à 100 % de la cotisation d'équilibre majorée des cotisations additionnelles. Vous devez la régler en intégralité à la Mutuelle.

Article 25.3 Cotisation des agents en suspension de la relation de travail

- Suspension de la relation de travail indemnisée

Comme vous demeurez obligatoirement couvert par le régime, votre cotisation est calculée et versée selon les mêmes modalités que les bénéficiaires actifs.

- Suspension de la relation de travail non indemnisée

La cotisation correspond à la cotisation d'équilibre (100 %) à laquelle s'ajoutent les cotisations additionnelles. Vous devez la régler en intégralité à la Mutuelle.

Article 25.4. Cotisation d'un ayant droit conjoint

Conformément à l'article 18 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, la cotisation de votre ayant droit conjoint (ou partenaire de PACS ou concubin) est plafonnée à 110 % de la cotisation d'équilibre. Elle est majorée des cotisations additionnelles. Vous devez la régler directement à la Mutuelle.

Article 25.5. Cotisation d'un ayant droit enfant ou petit-enfant

Pour vos enfants et petits-enfants de moins de 21 ans, les cotisations sont plafonnées à 50 % de la cotisation d'équilibre et majorées des cotisations additionnelles, jusqu'au 31 décembre de leur 21^{ème} anniversaire, avec gratuité à compter du 3^{ème} enfant.

Dès lors qu'il y a 2 enfants de moins de 21 ans, la cotisation du 3^{ème} enfant de moins de 21 ans et des suivants sera gratuite.

Pour vos enfants de 21 ans et plus (et jusqu'au 31 décembre suivant leur 25^e anniversaire), s'ils justifient de la poursuite de leurs études ou sans limite d'âge s'ils sont reconnus en situation de handicap, les cotisations sont plafonnées à 100 % du montant de la cotisation d'équilibre et majorées des cotisations additionnelles. Les enfants de 21 ans et plus ne sont pas pris en compte pour l'application de la gratuité de la cotisation du 3^{ème} enfant.

Vous devez régler ces cotisations directement à la Mutuelle.

Article 25.6 Cotisation d'un ayant droit survivant après le décès du bénéficiaire actif

Il s'agit du conjoint veuf ou de l'orphelin bénéficiaire d'une pension de réversion mentionnés à l'article 24 de la présente notice d'information.

Les ayants droit survivants d'un bénéficiaire actif décédé pourront souscrire aux garanties « socle » aux mêmes conditions tarifaires que les ayants droit d'un bénéficiaire actif.

Les cotisations devront être réglées directement à la Mutuelle.

Article 26. Cotisations aux garanties optionnelles

Si vous êtes un bénéficiaire actif n'exerçant pas à l'étranger, vous et vos ayants droit pouvez bénéficier des garanties optionnelles en acquittant une cotisation supplémentaire de celle due au titre du panier de soins interministériel (France).

Les cotisations sont forfaitaires et n'évoluent donc pas par tranche d'âge.

Les cotisations des garanties optionnelles sont exprimées en euros.

Le montant des cotisations aux options acquittées au titre de vos ayants droit enfants âgés de moins de 21 ans varie en fonction du rang de l'enfant et est égale à :

- 50 % de votre cotisation à l'option pour le premier enfant ;
- 25 % de votre cotisation à l'option pour le deuxième enfant ;

La gratuité s'applique dans les mêmes conditions que l'article 25.5 de la présente notice d'information.

Le montant de la cotisation de vos ayants droit enfants de plus de 21 ans est égal au montant de votre cotisation à l'option.

Le montant de la cotisation de votre ayant droit conjoint est égal au montant de votre cotisation à l'option.

Les ayants droit survivants d'un bénéficiaire actif décédé pourront souscrire aux garanties optionnelles aux mêmes conditions tarifaires que les ayants droit d'un bénéficiaire actif.

La cotisation d'adhésion aux options est ajustée chaque année par rapport à la cotisation d'équilibre, en fonction du bilan constaté relatif à ces options.

Article 27. Cotisations additionnelles

Les cotisations additionnelles sont destinées à financer le fonds d'aide aux retraités et le fonds d'accompagnement social.

Les cotisations additionnelles s'appliquent sur vos parts de cotisations individuelles (part fixe et part variable), hors part de l'employeur, ainsi que sur l'ensemble des cotisations de vos ayants droit au titre des garanties Socle.

Article 28. Modalités de versement des cotisations

Article 28.1 Versement de votre cotisation (bénéficiaire actif)

Votre part de cotisations relative aux garanties « socle » obligatoires incluant les cotisations additionnelles est prélevée mensuellement à terme échu sur votre paie par votre employeur selon la procédure du précompte, puis reversée mensuellement à la Mutuelle.

Toutefois, si vous êtes bénéficiaire actif exerçant à l'étranger ou bénéficiaire actif sans aucune rémunération, placé dans l'une des situations visées au 3^{ème} alinéa de l'article 1.1 de la présente notice d'information (ex : congé parental, etc.), vous devez payer directement à la Mutuelle l'intégralité de la cotisation (votre part et la part de votre employeur).

Article 28.2. Versement des cotisations aux contrats facultatifs (ayants droit et options)

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables d'avance.

La Mutuelle prélève mensuellement sur votre compte bancaire :

- les cotisations de votre adhésion à une option ;
- les cotisations de l'adhésion de vos ayants droit aux garanties Socle et à l'option que vous avez souscrite.

La Mutuelle prélève mensuellement auprès des ayants droit des bénéficiaires actifs décédés, sur leur compte bancaire, les cotisations de l'adhésion aux garanties Socle et à l'éventuelle option.

Article 29. Défaut de paiement des cotisations des options et ayants droit

En application des dispositions de l'article L. 221-8 II du code de la mutualité, si vous ne payez pas vos cotisations aux garanties facultatives (cotisations aux options et cotisations de vos ayants droit), la Mutuelle peut vous envoyer une lettre de mise en demeure au plus tôt dix (10) jours après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la cessation du bénéfice de vos garanties optionnelles et, le cas échéant, des garanties Socle et optionnelles dont bénéficient vos ayants droit.

La cessation des garanties ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. La cessation des garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous avez versées antérieurement.

Les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de la cessation des garanties restent à payer. La Mutuelle a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tout moyen de droit.

VI. FONDS DE SOLIDARITE

Article 30. Solidarité à destination des bénéficiaires retraités : fonds d'aide aux retraités

Le fonds d'aide aux retraités prend en charge une partie des cotisations des bénéficiaires retraités, en tenant compte de leurs ressources.

Il est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée en pourcentage des cotisations hors taxes acquittées par vous et vos ayants droit.

Le fonds est automatiquement alimenté et se constitue au fil de l'eau de l'encaissement des cotisations sur l'année.

Il est géré par la Commission Paritaire de Pilotage et de Suivi (CPPS), compétente pour en fixer les modalités de mise en œuvre et suivre l'évolution des sommes collectées et le montant des dépenses par nature.

Article 31. Fonds d'accompagnement social

Article 31.1. Généralités

La Mutuelle met en œuvre des prestations d'accompagnement social accessibles à vous et vos ayants droit, attribuées en fonction de votre état de santé et de vos ressources.

La nature des prestations, critères et modalités d'attribution sont définies dans un règlement de fonctionnement du fonds élaboré par la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS).

Ce fonds est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée en pourcentage des cotisations hors taxes acquittées par vous et vos ayants droit.

Il est automatiquement alimenté et se constitue au fil de l'eau de l'encaissement des cotisations sur l'année.

Article 31.2. Les actions du fonds d'accompagnement social dédié au régime

Dès la prise d'effet du régime et sans attendre la constitution du fonds, la Mutuelle déploiera les actions d'accompagnement social définies par la CPPS.

VII. ASSISTANCE

Article 32. Assistance

En application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme assistant en vue de vous faire bénéficier ainsi que vos ayants droit, des prestations d'assistance définies dans la notice d'information rédigée par cet assistant.

L'assureur des garanties assistance est RMA, Ressources Mutuelles Assistance, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682, dont le siège social est situé au 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex.

VIII. GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 33. Garantie additionnelle Frais d'obsèques

Vous et vos ayants droit conjoint pouvez souscrire la garantie additionnelle dénommée NÉOBSIA en vue de bénéficier de prestations obsèques définies dans les conditions générales de l'organisme assureur de cette garantie.

L'assureur des garanties NÉOBSIA est MUTEX, société anonyme au capital de 37 302 300 euros, entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 529 219 040 et dont le siège social est situé au 140 avenue de la République - 92320 Châtillon.

Article 34. Garantie additionnelle Perte d'autonomie

Vous et vos ayants droit conjoint pouvez souscrire à une garantie additionnelle Perte d'autonomie dénommée « Complément Autonomie MGEN » en adhérant au contrat collectif à adhésion facultative n° 1094 P souscrit par la Mutuelle auprès de CNP Assurances.

CNP Assurances est une société anonyme au capital de 686 618 477 euros entièrement libéré, entreprise régie par le code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 341 737 062, dont le siège social est situé au 4 promenade Cœur de Ville 92130 Issy-les-Moulineaux.

Cette garantie est définie dans la notice d'information établie par CNP Assurances.

IX. PRÉVENTION

Article 35. Actions de prévention en santé

La Mutuelle vous propose des actions de prévention innovantes, après avis ou sur proposition de la commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS). Ces actions ne se substituent pas aux actions de prévention que votre employeur doit mettre en œuvre au titre de ses obligations en matière de santé et de sécurité au travail.

La CPPS participe à la définition et au pilotage de ces actions de prévention en santé.

Globalement, les actions de prévention visent à réduire l'exposition au risque, les dépenses de santé tout en améliorant votre bien être.

Tenant compte de vos spécificités et de vos besoins, la Mutuelle propose notamment les actions de prévention suivantes :

- la réalisation de campagnes de prévention en santé ;
- la mise à disposition des réseaux de prévention permettant de bénéficier d'informations et de conseils en santé ;
- la diffusion de contenus d'informations sur la santé.

X. CADRE JURIDIQUE DU RÉGIME

Article 36. Représentation des membres participants au sein de MGEN

Les membres participants sont représentés à l'assemblée générale de la Mutuelle dans les conditions définies par les statuts de celle-ci.

Article 37. Déchéance

Compte tenu de l'augmentation croissante des fraudes aux assurances, des dispositifs de contrôle ont été mis en place par la Mutuelle afin de repérer efficacement les tentatives d'escroquerie.

La Mutuelle effectue, préalablement ou postérieurement au versement des prestations, toute enquête qu'elle juge nécessaire et peut solliciter, dans un souci d'authentification auprès de vous, la communication de pièces justificatives, lesquelles seront sujettes à vérification.

Dans le cas d'une suspicion de document frauduleux, la Mutuelle se réserve la faculté, durant une période qui ne peut excéder quinze (15) jours, de suspendre ou d'interrompre le versement de la prestation afin d'effectuer les vérifications appropriées et/ou dans l'attente des justificatifs demandés auprès des divers intervenants : bénéficiaire(s), professionnel(s) de santé, interlocuteurs de la sécurité sociale. La Mutuelle vous adressera, le cas échéant, un courrier de notification.

Si vous ne transmettez pas les justificatifs sollicités dans le délai ci-dessus ou si les éléments transmis ou utilisés se révélaient erronés, fabriqués et/ou falsifiés, la Mutuelle refusera ou annulera le paiement de la prestation.

Dans les cas visés au paragraphe supra, la Mutuelle vous notifie, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, la déchéance à indemnisation, et vous rappelle qu'elle a la possibilité d'engager des poursuites pénales à votre encontre pour des faits d'escroquerie, de tentative d'escroquerie, de faux, d'usage de faux notamment.

Article 38. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Les conditions du contrat sont basées sur vos déclarations et celles transmises par votre Employeur.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 39. Prescription

Conformément aux articles L. 114-1 du code de assurances et L. 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand votre action ou celle de votre ayant droit contre la Mutuelle 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 vous ou votre ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun, visées par les articles 2240 et suivants du code civil, et que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas suivants :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec avis de réception (par la Mutuelle à vous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par vous à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation).

La prescription est suspendue à compter du jour de la saisine du Médiateur (conformément à l'article 41 ci-après) par l'une des parties au contrat.

Le cours de la prescription est temporairement arrêté et recommence à courir à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le Médiateur déclarent que la médiation est terminée.

Article 40. Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du code de la mutualité, pour le paiement des prestations frais de santé à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans vos droits et actions ou de ceux de vos ayants droit contre les tiers responsables.

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.

Afin que la Mutuelle exerce son droit de subrogation, vous vous engagez à déclarer à la Mutuelle tous les accidents dont vous êtes victime, vous-même ou vos ayants droit.

Article 41. Réclamation - Médiation

Vous, vos ayants droit ou toute autre personne pouvez formuler une réclamation.

La réclamation peut être adressée :

- via le formulaire de contact disponible sur votre espace personnel,
- par courrier à l'adresse postale suivante :

MGEN

FPE Éducation et Enseignement Supérieur

TSA 71522

53106 MAYENNE CEDEX

- par téléphone au 09 72 72 16 17.

La Mutuelle accusera réception de votre réclamation dans un délai de quatre (4) jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, votre réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de son envoi.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la Mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation, vous pouvez saisir le Médiateur.

Conformément aux articles L. 616-1 et R. 616-1 du code de la consommation, la Mutuelle a mis en place un dispositif de médiation de la consommation. L'entité de médiation retenue est MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV.

En cas de litige, vous pourrez déposer votre réclamation sur le site <https://medconsodev.eu> ou par voie postale en écrivant à MEDIATION CONSOMMATION DEVELOPPEMENT/MED CONSO DEV - Centre d'Affaires Stéphanois SAS - Immeuble l'Horizon - Esplanade de France - 3, rue J. Constant MILLERET - 42000 SAINT-ÉTIENNE.

Article 42. Loi applicable - Différends

Les relations contractuelles établies entre vous, vos ayants droit et les Coassureurs sont régies par la loi française, notamment le code de la mutualité et le code des assurances.

En cas de différend et à défaut de règlement amiable, il sera porté devant la juridiction compétente.

Article 43. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Les Coassureurs sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

Article 44. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Les Coassureurs doivent respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener les Coassureurs à solliciter auprès de vous la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur votre identification, l'identification des parties prenantes ou sur l'opération concernée.

En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles les Coassureurs sont assujettis. La souscription, l'adhésion et l'application des garanties sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées le cas échéant.

Article 45. Lutte contre la corruption et le trafic d'influence

Vous vous engagez, pendant toute la durée d'exécution du présent régime :

- à respecter la loi n° 2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique dite « Loi Sapin 2 » et toute autre réglementation afférente à la lutte contre la corruption et au trafic d'influence ;
- à ne pas participer à un acte ou tentative de corruption ou de trafic d'influence mais également à ne pas participer à une action qui, pour un tiers de bonne foi, donnerait l'apparence d'un acte de corruption ou de trafic d'influence ;
- à procurer à la Mutuelle toute assistance nécessaire pour répondre à une demande relative à tout acte de corruption ou de trafic d'influence devant les juridictions compétentes.

Article 46. Protection des données personnelles

Dans le cadre de son activité, MGEN, 3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15, réalise en qualité de responsable du traitement différents traitements de données à caractère personnel vous concernant ainsi que vos ayants droit.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de réaliser les opérations suivantes :

- certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec votre contrat ;
- certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN : pour vous informer, pour vous proposer des prestations et services analogues à ceux qui vous sont déjà fournis ou compris dans votre offre (par communication électronique, courrier et téléphone) ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis (en enrichissant vos données avec celles de partenaires et en évaluant votre situation), pour piloter vos activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques. Sauf opposition, vos données pourront également être utilisées dans le cadre de profilage ;
- certaines basées sur le respect d'une obligation légale ou réglementaire à laquelle la Mutuelle est soumise : notamment afin de se conformer à ses obligations relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, la réalisation des déclarations obligatoires aux demandes des autorités et organismes publics, les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées, la gestion des contrats en déshérence ;
- certaines basées sur votre consentement ou celui de vos ayants droit : pour proposer d'autres prestations et services enrichissant votre parcours (notamment en partageant si vous le souhaitez, vos données aux partenaires de MGEN, et en évaluant votre situation) ; Sur demande du Souscripteur, la Mutuelle peut également être amenée à collecter votre consentement pour toute communication commerciale.

Le traitement par MGEN des données relatives à la santé est réalisé conformément à l'article 9.2. b) du Règlement Général sur la Protection des Données (nécessaire aux fins d'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à MGEN ou de vos droits et ceux de vos ayants droit, en matière de droit à la protection sociale).

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises au coassureur ainsi qu'aux sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

S'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant, la Mutuelle vous informera alors ou vos ayants droit et, si nécessaire, vous demandera votre consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Dès lors que vous ou vos ayants droit retirez votre consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, vous ne pouvez alors plus bénéficier de cette prestation.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de vos données après votre décès.

Pour l'exercice de ces droits, vous et vos ayants droit pouvez envoyer une demande par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de services de la Verrière - Protection des données Gestion CNIL - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex, ou en écrivant au DPO : MGEN - Data Protection Officer - 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Un justificatif d'identité comportant votre signature pourra être demandé le cas échéant.

Les demandes peuvent également être faites depuis votre espace personnel.

Vous et vos ayants droit peuvent également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez, après avoir contacté la Mutuelle, que vos droits ne sont pas respectés.

Vous pouvez enfin, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Vous pouvez consulter le site <https://www.mgen.fr> pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.

ANNEXE 1 : TABLEAUX DES GARANTIES DU « PANIER DE SOINS INTERMINISTÉRIEL » ET DES GARANTIES OPTIONNELLES

Les garanties sont exprimées en % de la base de remboursement (BR) de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Les garanties du panier de soins interministériel s'entendent sous déduction de l'intervention de la sécurité sociale (sauf mention contraire).

Les garanties des options s'entendent sous déduction des garanties du panier de soins interministériel.

Poste de soins	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
	Remboursement	Option 1	Option 2
Hospitalisation			
Honoraires (1)			
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	150 %	200 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	130 %	175 %	175 %
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfaits et frais de séjour			
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (sans limitation de durée)			
Court séjour et maternité	50 € / nuit	60 € / nuit	60 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit	50 € / nuit	50 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit	55 € / nuit	55 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour	25 € / jour	25 € / jour
Frais d'accompagnant			
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit

(1) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
Poste de soins	Remboursement	Option 1	Option 2
Soins courants			
Honoraires médicaux (1)			
Consultations / Visites de médecins généralistes			
Praticien OPTAM	100 %	100 %	100 %
Praticien non OPTAM	100 %	100 %	100 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	130 %	150 %	175 %
Actes techniques médicaux			
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO ou actes de sages-femmes	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	130 %	150 %	175 %
Actes d'imagerie médicale			
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	130 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	100 %	150 %	175 %
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-ACO	130 %	250 %	250 %
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	100 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux			
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	150 %	150 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %	150 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %

(1) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

Poste de soins	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
	Remboursement	Option 1	Option 2
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	150 € / an	150 € / an
Matériel médical			
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique) : semelles orthopédiques et autres prothèses acceptées par la sécurité sociale	200 %	200 %	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire			
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %	100 %	100 %

	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
Poste de soins	Remboursement	Option 1	Option 2
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 remboursée par la sécurité sociale	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 %	150 %	400 %
Panier Libre			
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible	300 %	300 %	350 %
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible	250 %	250 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent visible	300 %	300 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent non visible	250 %	250 %	350 %
Prothèses provisoires	300 %	300 %	350 %
Inlay Core	200 %	200 %	350 %
Inlays onlays d'obturation	150 %	150 %	400 %
Implantologie			
Couronne sur implant <i>Remboursement à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait</i>	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)	500 € / implant (limite 2 implants / an)	650 € / implant (limite 2 implants / an)
Orthodontie			
Orthodontie (remboursée par la sécurité sociale)	250 %	250 %	300 %
Orthodontie (non remboursée par la sécurité sociale)	400 € / semestre	400 € / semestre	500 € / semestre

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
Poste de soins	Remboursement	Option 1	Option 2
Aides auditives			
Equipements 100 % Santé (2) (3)			
Equipements 100 % Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre (3)			
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité	1 400 €	1 400 €	1 400 €
Bénéficiaire de 20 ans et plus	800 €	800 €	1 000 €
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 (5)			
Monture	50 €	50 €	50 €
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	100 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an	400 € / an	400 € / an
Grille optique (remboursement par verre)			
Verre unifocal, sphérique			
Sphère de - 6 à + 6	60 €	60 €	80 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €	110 €	130 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €	60 €	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €	60 €	80 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €	110 €	130 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €	110 €	130 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €	110 €	130 €
Verre multifocal ou progressif sphérique			
Sphère de - 4 à + 4	150 €	150 €	190 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €	200 €	240 €
Verre multifocal ou progressif sphéro- cylindrique			
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €	150 €	190 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €	150 €	190 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €	200 €	240 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €	200 €	240 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €	200 €	240 €

	Panier de soins interministériel	Garanties optionnelles	
Poste de soins	Remboursement	Option 1	Option 2
Autres postes			
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale			
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %	100 %	100 %
Médecines additionnelles et de prévention			
Médecine douce			
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	2 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)	4 séances / an (limite 40 € / séance)
Dispositif <i>Mon soutien psy</i>	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Psychologue	4 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)	10 séances / an (limite 40 € / séance)
Actes refusés par la sécurité sociale			
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an	80 € / an	80 € / 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 %

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du bénéficiaire.

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

(5) Pour les bénéficiaires de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois 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.

Pour les bénéficiaires de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

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 d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par la réglementation relative au contenu des contrats responsables, dans la limite des frais réels engagés.

ANNEXE 2 : TABLEAU DES GARANTIES DU PANIER DE SOINS À L'ÉTRANGER

Les montants des remboursements sont exprimés selon les postes de soins :

- en % de la Base de Remboursement (BR) de la sécurité Sociale,
- en % de la Base de Remboursement Reconstituée (BRR) en vigueur à la date d'effet du contrat
- en % des Frais Réels (FR)
- ou en forfait en euros.

Les garanties du panier de soins pour les agents exerçant à l'étranger s'entendent sous déduction de l'intervention de la sécurité sociale (sauf mention contraire)

Poste de soins	Panier de soins à l'étranger Soins réalisés à l'étranger (1)
Hospitalisation	
Frais de séjour	
Frais de séjour	90 % FR
Honoraires (2)	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Forfaits	
Forfait journalier hospitalier	-
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	-
Forfait patient urgences	-
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	68 € / nuit
Soins de suite	68 € / nuit
Psychiatrie	68 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	38,50 € / nuit

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000€ / an / bénéficiaire hors rapatriement.

(2) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

Poste de soins	Panier de soins à l'étranger Soins réalisés à l'étranger (1)
Soins courants	
Honoraires médicaux (2)	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM	90 % FR
Praticien non OPTAM	90 % FR
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Actes techniques médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO et actes de sages-femmes	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	90 % FR
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	90 % FR
Masseurs-kinésithérapeutes	90 % FR
Psychologues	50 €/ séance dans la limite de 8 séances sans notion de prise en charge par la sécurité sociale
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	90 % FR
Affection longue durée (prise en charge 100% par la sécurité sociale française)	100 % FR
Médicaments	
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	90 % FR
Médicaments à service médical rendu modéré	90 % FR
Médicaments à service médical rendu faible	90 % FR
Pharmacie prescrite non remboursée par la sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	100 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	150 % BRR
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	90 % FR

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000€ / an / bénéficiaire hors rapatriement.

(2) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux, de ceux des médecins non adhérents.

Poste de soins	Panier de soins à l'étranger Soins réalisés à l'étranger (1)
Dentaire	
Soins et prothèses 100 % Santé (3)	
Soins et prothèses 100 % Santé	Non applicable
Soins (hors 100 % Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée par la sécurité sociale)	90 % FR
Prothèses (hors 100 % Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Non applicable
Prothèses amovibles	Non applicable
Prothèses provisoires	Non applicable
Inlay Core	Non applicable
Inlays onlays d'obturation	Non applicable
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	320 % BRR
Prothèses amovibles sur dent visible	320 % BRR
Prothèses provisoires	320 % BRR
Inlay Core	140 % BRR
Inlays onlays d'obturation	140 % BRR
Implantologie	
Couronne sur implant - Prise en charge à hauteur de 125 % BR après épuisement du forfait	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Implants dentaires	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	
Prothèses dentaires non prises en charge par la sécurité sociale	225 % BRR
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la sécurité sociale)	255 % BRR
Orthodontie (non remboursée par la sécurité sociale)	225 % BRR
Aides auditives	
Equipements 100 % Santé (3) (4)	
Equipements 100 % Santé (3) (4)	Non applicable
Equipements à tarif libre (4)	
Bénéficiaire de moins de 20 ans ou bénéficiaire atteint de cécité	1 200 € par prothèse
Bénéficiaire de 20 ans et plus	1 200 € par prothèse

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000€ / an / bénéficiaire hors rapatriement.

(3) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(4) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du bénéficiaire

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

Poste de soins	Panier de soins à l'étranger Soins réalisés à l'étranger (1)
Optique	
Equipements 100 % Santé (3)	
Equipements 100 % Santé	Non applicable
Equipements à tarif libre (6)	
Monture	100 €
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (5)	130 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	400 € / an
Grille optique (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	125 € par verre
Sphère < 6 ou Sphère > 6	300 € par verre
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	125 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	300 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	300 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	300 € par verre
Sphère < - 4 ou > + 4	350 € par verre
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	300 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	300 € par verre
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	350 € par verre
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	350 € par verre
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	350 € par verre

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000€ / an / bénéficiaire hors rapatriement.

(3) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

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

(6) Pour les bénéficiaires de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois 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.

Pour les bénéficiaires de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les bénéficiaires de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

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 d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par la réglementation relative au contenu des contrats responsables, dans la limite des frais réels engagés

Poste de soins	Panier de soins à l'étranger Soins réalisés à l'étranger (1)
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 % BRR
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étioathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	40€ / séance (limité à 2 séances / an)
Actes refusés par la sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	80 € / an
Contraception, tests de grossesse	80 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la sécurité sociale	100 % BRR
Services spécifiques	
Rapatriement sanitaire	Oui

(1) Les remboursements sont plafonnés à 300 000€ / an / bénéficiaire hors rapatriement.

MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code la mutualité,
Inscrite au répertoire SIRENE sous le SIREN n° 775 685 399
Et sous l'identifiant LEI : 9695002XFDDIA8FN1325
Siège social : 3, square Max Hymans – 75748 PARIS Cedex 15



CNP Assurances,
Société Anonyme à conseil d'administration au capital de 686 618 477 euros
entièrement libéré,
SIRET N° 341 737 062 00966 – 341 737 062 RCS Nanterre,
Entreprise régie par le code des assurances,
Dont le siège social est situé 4 promenade Cœur de ville – 92130 Issy-les-Moulineaux



**Assurons
un monde
plus ouvert**

Ministères de l'Éducation, de la Jeunesse, des Sports, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche

Garanties Santé

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



HOSPITALISATION	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Honoraires ⁽¹⁾				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	80 %	150 %	200 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	80 %	130 %	175 %	175 %
Forfaits et frais de séjour				
Forfait journalier hospitalier	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24€)	Non pris en charge	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80 %	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)				
Court séjour et maternité	Non pris en charge	50 €/nuit	60 €/nuit	60 €/nuit
Soins de suite	Non pris en charge	40 €/nuit	50 €/nuit	50 €/nuit
Psychiatrie	Non pris en charge	45 €/nuit	55 €/nuit	55 €/nuit
Ambulatoire	Non pris en charge	25 €/jour	25 €/jour	25 €/jour
Frais d'accompagnant				
Établissement conventionné	Non pris en charge	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit	38,50 €/nuit
Établissement non conventionné	Non pris en charge	25 €/nuit	25 €/nuit	30 €/nuit

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

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

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

FR = Frais réels.

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

(1) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés

SOINS COURANTS	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Honoraires médicaux ⁽¹⁾				
Consultations/Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM	70 %	100 %	100 %	100 %
Praticien non OPTAM	70 %	100 %	100 %	100 %
Consultations/Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	150 %	175 %
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	150 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	150 %	175 %
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	175 %	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	100 %	150 %	175 %
Mammographie praticien OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	130 %	250 %	250 %
Mammographie praticien non OPTAM/OPTAM-ACO	70 %	100 %	200 %	200 %
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 %	100 %	150 %	150 %
Masseurs-kinésithérapeutes	60 %	130 %	150 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	Non pris en charge	70 €/an	150 €/an	150 €/an
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optiques) : semelles orthopédiques et autres prothèses remboursées par la Sécurité sociale	60 %	200 %	200 %	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 %	100 %	100 %	100 %

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

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

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

FR = Frais réels.

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

(1) Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Anesthésie-Chirurgie-Obstétrique) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés

DENTAIRE		SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
				OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses totalement remboursés ⁽²⁾				
	Soins et prothèses « 100 % Santé »	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » Soins et prothèses					
Soins					
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie remboursés par la Sécurité sociale		60 %	100 %	100 %	100 %
Prothèses					
Panier maîtrisé					
Prothèses fixes (couronnes et bridges)		60 %	375 %	375 %	400 %
Prothèses amovibles		60 %	375 %	375 %	400 %
Prothèses provisoires		60 %	375 %	375 %	400 %
Inlay Core		60 %	375 %	375 %	400 %
Inlays onlays d'obturation		60 %	150 %	150 %	400 %
Panier libre					
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent visible		60 %	300 %	300 %	350 %
Prothèses fixes (couronnes et bridges) sur dent non visible		60 %	250 %	250 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent visible		60 %	300 %	300 %	350 %
Prothèses amovibles sur dent non visible		60 %	250 %	250 %	350 %
Prothèses provisoires		60 %	300 %	300 %	350 %
Inlay Core		60 %	200 %	200 %	350 %
Inlays onlays d'obturation		60 %	150 %	150 %	400 %
Implantologie					
Couronne sur implant Remboursement à hauteur de 125% BR après épuisement du forfait		60 %	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)	200 €/couronne (limite 2 couronnes/2 ans)
Implants		Non pris en charge	500 €/implant (limite 2 implants/an)	500 €/implant (limite 2 implants/an)	650 €/implant (limite 2 implants/an)
Orthodontie					
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)		100 % - 60 %	250 %	250 %	300 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)		Non pris en charge	400 €/semestre	400 €/semestre	500 €/semestre

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).
Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).
FR = Frais réels.
* Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(2) Tels que définis réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.

AIDES AUDITIVES		SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
				OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements remboursés totalement ⁽²⁾⁽³⁾				
	Équipements « 100 % Santé »	60 %		Remboursement total de la dépense engagée	
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » ⁽³⁾ Équipements					
Mutualiste de moins de 20 ans ou mutualiste atteint de cécité		60 %	1400 €	1400 €	1400 €
Mutualiste de 20 ans et plus		60 %	800 €	800 €	1000 €

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).
Garanties exprimées en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (sauf mention contraire).
FR = Frais réels.
* Taux de prise en charge de la Sécurité sociale donnés à titre indicatif. Le montant du remboursement de la mutuelle peut être modulé en fonction du niveau de remboursement de la Sécurité sociale.
(2) Tels que définis réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.
(3) Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

OPTIQUE		SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
				OPTION 1	OPTION 2
100 % SANTÉ	PANIER « 100 % SANTÉ » Équipements (monture et verres) remboursés totalement ⁽²⁾				
	Équipements « 100 % Santé »	60 %	Remboursement total de la dépense engagée		
HORS PANIER « 100 % SANTÉ » ⁽²⁾ Équipements (monture et verres)					
Équipements à tarif libre ⁽⁴⁾					
Monture		60 %	50€	50€	50€
Verres		60 %	Cf. grille optique	Cf. grille optique	Cf. grille optique
Autres prestations optiques					
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables ⁽⁵⁾		60 % - Non pris en charge	100 €/an	100 €/an	150 €/an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)		Non pris en charge	400 €/an	400 €/an	400 €/an
Grille optique (remboursement par verre)					
Verre unifocal, sphérique					
Sphère de - 6 à + 6		60 %	60€	60€	80€
Sphère < 6 ou sphère > 6		60 %	110€	110€	130€
Verre unifocal, sphéro-cylindrique					
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0		60 %	60€	60€	80€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6		60 %	60€	60€	80€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6		60 %	110€	110€	130€
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6		60 %	110€	110€	130€
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0		60 %	110€	110€	130€
Verre multifocal ou progressif sphérique					
Sphère de - 4 à + 4		60 %	150€	150€	190€
Sphère < - 4 ou > + 4		60 %	200€	200€	240€
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique					
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0		60 %	150€	150€	190€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8		60 %	150€	150€	190€
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0		60 %	200€	200€	240€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8		60 %	200€	200€	240€
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8		60 %	200€	200€	240€

NB : La mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

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

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

FR = Frais réels.

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

(2) Tels que définis réglementairement par le Code de la Sécurité sociale.

(4) Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois 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. Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

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 d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

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

AUTRES POSTES	SÉCURITÉ SOCIALE*	PANIER DE SOINS INTERM. REMBOURSEMENT	GARANTIES OPTIONNELLES	
			OPTION 1	OPTION 2
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale				
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	70 % - 55 %	100 %	100 %	100 %
Médecines additionnelles et de prévention				
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	Non pris en charge	2 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)	4 séances/an (limite 40 €/séance)
Psychologue	Non pris en charge	4 séances/an (limite 30 €/séance)	8 séances/an (limite 40 €/séance)	10 séances/an (limite 40 €/séance)
Dispositif Mon soutien psy	60 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes refusés par la Sécurité sociale				
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	Non pris en charge	80 €/an	80 €/an	80 €/an
Contraception, tests de grossesse	Non pris en charge	80 €/an	80 €/an	80 €/an
Prévention				
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non Invasif	100 %	183€/acte	183 €/acte	183 €/acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	70 % - 60 %	100 %	100 %	100 %



→ Vos remboursements en toute clarté

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

Tarif déterminé par la Sécurité sociale pour chaque acte ou équipement médical. Sur la base de ce tarif, la Sécurité sociale définit son niveau de remboursement en pourcentage.

Dépassements d'honoraires

Différence entre les honoraires demandés par le praticien et le tarif de la Sécurité sociale.

Franchises médicales

Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale sur chaque boîte de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux et transport sanitaire. Non pris en charge par la mutuelle.

Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens (OPTAM-CO)

Permet d'être mieux remboursé des dépassements d'honoraires. Pour savoir si un médecin spécialiste y a adhéré, rendez-vous sur le site annuaire.sante.ameli.fr (rubrique Annuaire Santé).

Participation forfaitaire de 2€

Montant déduit de vos remboursements par la Sécurité sociale et non pris en charge par la mutuelle pour chaque consultation par un médecin et sur les actes de biologie ou radiologie.

Participation forfaitaire de la Sécurité sociale (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale).

La participation forfaitaire de 24€ est applicable pour les actes médicaux coûteux dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60.

Prestations MGEN

Elles sont calculées sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, des frais réels ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du Ticket Modérateur, la participation MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

Ticket Modérateur (TM)

Différence laissée à votre charge entre la Base de Remboursement et le montant remboursé par la Sécurité sociale. Cette différence est prise en charge par MGEN (sauf actes hors du parcours de soins coordonnés).

Tiers Payant (TP)

Prise en charge par la Sécurité sociale et la mutuelle de tout ou partie des dépenses de santé. La présentation de votre carte d'adhérent MGEN peut vous permettre de bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Site de la MGEN
Informations et simulateur

<https://www.mgen.fr/psc-agents-en-esr-js/>