



Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

Régie par le livre II du Code de la Mutualité

STATUTS

en vigueur au 1^{er} janvier
2018







SOMMAIRE

STATUTS 2018

→ TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} : FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE (Articles 1 à 5) /p 5

CHAPITRE 2 : RESSORT ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Section I - Ressort de la Mutuelle (Article 6) /p 5

Section II - Composition de la Mutuelle (Articles 7 à 10)..... /p 5

CHAPITRE 3 : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION, SUSPENSION

Section I - Démission, radiation, exclusion (Articles 11 à 16) /p 6

Section II - Suspension (Article 17)..... /p 7

→ TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} : ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section I - Composition (Articles 18 à 23) /p 7

Section II - Réunions de l'Assemblée générale (Articles 24 à 26) /p 7

Section III - Compétences de l'Assemblée générale (Articles 27 et 28)..... /p 8

Section IV - Règles de quorum et majorités requises (Article 29)..... /p 8

Section V - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale (Article 30)..... /p 8

CHAPITRE 2 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section I - Composition, élections (Articles 31 à 36)..... /p 9

Section II - Réunions du Conseil d'administration (Articles 37 à 40) /p 9

Section III - Attributions du Conseil d'administration (Articles 41 et 46)..... /p 9

Section IV - Statut des administrateurs (Articles 47 à 52)..... /p 10

CHAPITRE 3 : DIRIGEANTS EFFECTIFS ET BUREAU

Section I - Le Président (Articles 53 à 54)..... /p 11

Section II - Le Bureau (Articles 55 à 58)..... /p 11

CHAPITRE 4 : ORGANISATION FINANCIÈRE

Section I - Produits et charges (Article 59)..... /p 12

Section II - Modes de placement et de retrait des fonds -

Règles de sécurité financière (Articles 60 à 61) /p 12

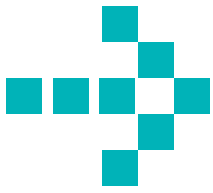
Section III - Commissaire aux comptes (Article 62) /p 12

Section IV - Fonds d'établissement (Article 63) /p 12

→ TITRE III – DISPOSITIONS DIVERSES (Articles 64 à 69) /p 12

RÈGLEMENTS

- RÈGLEMENT DES DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS /p 14
- RÈGLEMENT GÉNÉRAL /p 17
- RÈGLEMENT MALADIE /p 20
- RÈGLEMENT "ACTION SOCIALE" /p 61
- RÈGLEMENT INTÉRIEUR /p 62
- RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION" /p 63
- GARANTIE "INVALIDITÉ" /p 65
- GARANTIE "CAPITAL DÉCÈS" /p 66
- GARANTIE "FRAIS D'OBSÈQUES" /p 67
- GARANTIE "DÉPENDANCE" /p 68
- GARANTIE "CAUTION ET ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER" /p 69



TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1

FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Une Mutuelle appelée MUTUELLE CENTRALE DES FINANCES (M.C.F.) est établie 5-7 avenue de Paris à Vincennes (Val de Marne).

Elle est régie par le livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro : 302 976 568.

Article 2 - La Mutuelle a pour objet :

- d'une part, de pratiquer les opérations d'assurances répertoriées sous les branches 1 - Accidents et 2 - Maladie, de l'article R.211-2 du Code de la Mutualité, et de mettre en œuvre une action sociale accessible uniquement à ses adhérents, membres participants et bénéficiaires cotisants, et à leurs ayants droit.
- d'autre part, de participer à la gestion du régime général d'assurance maladie et maternité en application des articles L 211-3 à L 211-7, L 381-8, L 381-9, L 611-3, L 712-6 à L 712-8 du Code de la Sécurité sociale, ainsi qu'à la gestion d'activités sociales pour le compte de l'État.

Elle peut également présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Article 3 - Un règlement intérieur établi par le Conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée générale, détermine les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Article 4 - En application de l'article L 114-1 du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes adoptés par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et chaque bénéficiaire cotisant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Les organes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération étrangère à l'objet défini par l'article L 111-1 du Code de la Mutualité et s'engagent à respecter les principes inscrits dans la charte de la Mutualité Française.

CHAPITRE 2

RESSORT ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

SECTION I – Ressort de la Mutuelle

Article 6 - Le ressort de la Mutuelle s'étend à l'ensemble des agents des 3 fonctions publiques, d'Etat, Territoriale et Hospitalière, ainsi qu'à leur famille.

Ce ressort comprend, notamment les agents exerçant leur activité :

- dans les services dépendant des ministères économique et financier,
- dans les services du Premier Ministre ;
- au Conseil Économique, Social et Environnemental ;
- à la Cour des Comptes ;
- dans les Chambres Régionales des Comptes ;
- auprès de l'Autorité des Marchés Financiers ;
- auprès de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) ;
- dans les Services du Défenseur des droits ;
- dans les organismes liés aux entités précitées ;
- auprès de la Présidence de la République ;
- à la Monnaie de Paris.

La Mutuelle peut également couvrir les agents de ses propres services.

SECTION II – Composition de la Mutuelle

Article 7 - Membres participants et membres honoraires

La Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Les membres honoraires versent des cotisations, des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier de ses prestations.

Peuvent adhérer à la Mutuelle en qualité de membre participant les personnes de son ressort :

1. qui se trouvent dans l'une des situations suivantes :
 - 1.1. rémunérées par un service situé dans le ressort de la Mutuelle ;
 - 1.2. mises à la retraite par un service situé dans le ressort de la Mutuelle sous réserve de la justification d'une adhésion à un organisme régi par le Code de la Mutualité au cours des 10 dernières années précédant cette mise à la retraite.
2. et qui satisfont à l'une des conditions ci-après :
 - 2.1. être âgées de moins de 35 ans ou réunir depuis moins de cinq ans les conditions définies ci-dessus de ressort, de rémunération et de mise à la retraite ;
 - 2.2. être âgées de moins de 35 ans ou être intégrées ou réintégrées depuis moins de cinq ans dans un service situé dans le ressort de la Mutuelle, après avoir été mis en position de détachement dans un service extérieur à la Fonction publique ;
 - 2.3. avoir cessé d'être membres participants :
 - soit après avoir été affectées à l'étranger alors qu'elles n'étaient inscrites qu'à la seule garantie « Frais de Maladie » et si elles ont moins de 35 ans ou sont revenues en France depuis moins de cinq ans ;
 - soit après avoir quitté le ressort de la Mutuelle et/ou cessé de réunir les conditions prévues au paragraphe 1 du présent article, si à nouveau et depuis moins de cinq ans, elles relèvent de ce ressort et réunissent ces conditions.

Article 8 – Bénéficiaires cotisants et ayants droit

La Mutuelle peut également apporter ses garanties à des personnes auxquelles elle accorde le statut de bénéficiaire cotisant, ainsi qu'aux ayants droit de membres participants et de bénéficiaires cotisants, tels qu'ils sont définis par le droit de la Sécurité sociale pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie à laquelle est affilié le membre participant ou le bénéficiaire cotisant. Toutefois, les membres de la famille d'un membre participant ne peuvent bénéficier des avantages de la Mutuelle du chef de celui-ci que s'ils n'ont pas eux-mêmes qualité pour être personnellement membre participant de la Mutuelle Centrale des Finances. L'adhésion à la Mutuelle en qualité de bénéficiaire cotisant est ouverte :

- au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin d'un membre participant, ne pouvant prétendre à la qualité d'ayant droit au titre du régime obligatoire d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- aux enfants d'un membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale ;
- aux enfants handicapés d'un membre participant, ayants droit au titre de l'assurance maladie obligatoire de ce dernier ou du conjoint de celui-ci lors de la survenance du handicap et âgés de plus de 20 ans ;
- aux veufs ou veuves admis en qualité d'ayants droit d'un membre participant titulaires d'une pension de réversion au titre du membre participant décédé ;
- aux agents employés en qualité d'apprentis dans un service du ressort de la Mutuelle ;
- à tout assuré social descendant, frère ou sœur d'un membre participant ;
- aux médecins de prévention exerçant leur activité dans un service du ressort de la Mutuelle.

Dans tous les cas, la demande d'adhésion des bénéficiaires cotisants doit être formulée par l'intéressé lui-même, *soit avant l'âge de 35 ans*, soit dans un délai de cinq ans à compter de l'événement permettant leur admission en qualité de bénéficiaires cotisants.

Article 9 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 7 et 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. L'admission des membres est décidée par le Conseil d'administration, qui peut, pour ce faire procéder à des délégations.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le (ou les) règlement(s) mutualiste(s).

Les personnes qui ne remplissent pas les conditions définies aux articles 7 et 8 et qui néanmoins font acte d'adhésion peuvent être admises à titre exceptionnel dans la Mutuelle sur décision du Conseil d'administration et moyennant le paiement d'un droit d'adhésion.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 10 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

1. Opérations collectives facultatives :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

2. Opérations collectives obligatoires :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

CHAPITRE 3

DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION, SUSPENSION

SECTION I – Démission, radiation, exclusion

Article 11 – Démission

La démission est donnée par écrit par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

La renonciation par l'adhérent à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité d'adhérent dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste concernant les obligations des adhérents envers la Mutuelle.

Article 12 – Radiation

Sont radiés de la Mutuelle, sur décision du Conseil d'administration :

1. Les membres participants et les bénéficiaires cotisants qui le demandent par écrit, ceux qui bénéficiant à la fois des garanties Frais de Maladie, Perte de Rémunération et Invalidité, souhaitent ne plus être inscrits à l'une de ces garanties, ceux qui demandent à ne plus être inscrits à la garantie Frais de Maladie.
2. Ceux qui ne paient pas leurs cotisations ; ceux qui ne fournissent pas les informations nécessaires à la mise en œuvre des statuts ou l'autorisation prévue à l'article 5 du règlement général.
3. Ceux qui ne sont plus rémunérés par un service situé dans son ressort, à l'exception des membres participants retraités. Toutefois, peuvent rester membres de la Mutuelle, sous réserve de le demander et de se mettre à jour de leurs cotisations dans le mois qui suit leur départ, les adhérents qui le désirent, tant qu'ils bénéficient à titre personnel des prestations en nature de la Sécurité sociale.
4. Ceux qui ne seraient plus inscrits à aucune des garanties proposées par la Mutuelle.
5. Les conjoints des membres participants décédés, s'ils viennent à se remarier (ou à exercer avant 50 ans une activité professionnelle). Toutefois, peuvent rester membres de la Mutuelle, sous réserve de le demander et de se mettre à jour de leurs cotisations dans le mois qui suit le remariage, les adhérents qui le désirent, tant qu'ils bénéficient à titre personnel des prestations en nature de la Sécurité sociale.
6. Les membres participants qui décèdent.
7. Les ayants droit en cas de radiation du membre participant de rattachement. Toutefois ceux d'entre eux qui le demandent peuvent rester personnellement inscrits à la Mutuelle, sous réserve qu'ils bénéficient pour eux-mêmes d'un régime obligatoire ou volontaire de Sécurité sociale et à condition de fournir l'autorisation de prélèvement prévue à l'article 5 du règlement général. Peut également bénéficier de ces dispositions le conjoint ayant droit, dont le divorce vient d'être prononcé d'avec le membre participant.

Article 13 – Les membres participants et les bénéficiaires cotisants sont radiés de la garantie « Perte de Rémunération » (risque Incapacité) à la date effective de leur mise à la retraite ou du jour où ils cessent d'exercer une activité salariée.

Ils sont radiés de la garantie « Perte de Rémunération » (risque Invalidité) à la date effective de leur mise à la retraite, du jour où ils cessent d'exercer une activité salariée ou, au plus tard, au premier jour du mois au cours duquel ils atteindront l'âge de 65 ans.

Article 14 – Peuvent être exclus les membres participants et les bénéficiaires cotisants qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté.

La personne dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoquée devant le Conseil d'administration pour être entendue sur les faits qui lui sont reprochés. Si elle ne se présente pas au

jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. Si elle s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Article 15 - La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article 11 du règlement général.

Article 16 - Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

SECTION II – Suspension

Article 17 - Peuvent demander la suspension de l'une ou l'autre des garanties « Frais de Maladie », « Perte de Rémunération » ou « Invalidité » :

1. Pour la garantie « Frais de Maladie », les membres participants affectés à l'étranger, les membres participants venant à rele-

ver d'un régime obligatoire autre que le régime général et les adhérents éligibles à l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), qui opteraient pour un contrat d'assurance complémentaire de santé éligible à l'ACS en application des articles L 862-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;

2. Pour les garanties « Perte de Rémunération » et « Invalidité », et cela pendant la durée de leur scolarité, les membres participants qui effectuent une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique ;
3. Pour les garanties « Frais de maladie », « Perte de rémunération » ou « Invalidité », les adhérents placés dans l'obligation de souscrire les garanties d'un contrat groupe de prévoyance, et qui ne demandent pas à bénéficier des dispositions prévues à l'article 1 du Règlement Maladie.

La suspension prend effet au premier jour du mois suivant la demande.

Lorsque le bénéficiaire de la suspension demande à ré-adhérer aux garanties suspendues, cette ré-adhésion prend effet au premier jour du mois suivant cette demande.



CHAPITRE 1 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I – Composition

Article 18 - Les adhérents de la Mutuelle, membres participants, membres honoraires et bénéficiaires cotisants, sont répartis, selon leur lieu de résidence, entre les deux sections de vote suivantes : Paris et les départements de la petite couronne ; autres départements.

Article 19 - Composition de l'Assemblée générale

L'assemblée générale est composée de délégués élus dans le cadre de sections de vote, à raison d'un délégué pour 300 adhérents. Dans chaque section, le nombre de délégués est augmenté de telle sorte qu'il soit divisible par trois et ce, afin de satisfaire à la règle de renouvellement par tiers définie à l'article 22 des présents statuts. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale. Les délégués peuvent recevoir procuration, dans la limite de deux pouvoirs par délégué.

Article 20 - Election des délégués

Les délégués sont élus à bulletins secrets et au scrutin uninominal à un tour, pour une durée de six ans, soit en Assemblée générale de section, soit par correspondance pour les membres empêchés. La validité de cette élection est conditionnée par la réunion d'un quorum égal à 15% du nombre des adhérents sur première convocation de l'Assemblée générale de section.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

Article 21 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible à l'Assemblée générale, en qualité de délégué, les adhérents doivent être âgés de 18 ans accomplis dans l'année civile de leur élection et n'avoir encouru aucune des condamna-

tions prévues aux articles L.5, L.6 et L.7 du Code Electoral dans les délais déterminés par ces articles, ne pas avoir fait l'objet, dans les cinq années précédentes, d'une condamnation prononcée en application des dispositions du Code de la Mutualité, ni d'une condamnation à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du Code de la Sécurité sociale..

Article 22 - Renouvellement des délégués

Les délégués à l'assemblée sont renouvelés par tiers tous les deux ans. Les délégués sortants sont rééligibles.

Lors du renouvellement des délégués, il est également pourvu au remplacement des délégués dont le siège est devenu vacant en cours de mandat. Le délégué ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur et est rééligible à l'issue de ce mandat.

Article 23 - Les mineurs de plus de seize ans ayant la qualité de membre participant exercent leur droit de vote à l'Assemblée générale.

SECTION II – Réunions de l'Assemblée générale

Article 24 - L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration. À défaut de convocation annuelle, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer l'Assemblée générale ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 25 - L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le Conseil ;
2. Le Commissaire aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;

4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;

5. Les liquidateurs.

A défaut, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer l'Assemblée générale ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Article 26 - L'Assemblée générale est convoquée par lettre simple adressée à chacun de ses membres quinze jours au moins avant la date de sa réunion sur première convocation et six jours au moins avant sur seconde convocation.

L'ordre du jour des Assemblées générales, fixé par le Conseil d'administration à la majorité de ses membres, doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'Assemblée générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale. Les demandes d'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée générale de projets de résolution doivent être adressées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au Président de la Mutuelle cinq jours au moins avant la tenue de l'Assemblée générale. Le Président ne peut refuser l'inscription d'un projet de résolution que lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle.

Le Président accuse réception, par lettre recommandée, des projets de résolution dans le délai de cinq jours à compter de cette réception.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

SECTION III – Compétences de l'Assemblée générale

Article 27 -

1. L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.
2. L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :
 - les modifications des statuts ;
 - les activités exercées ;
 - l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
 - le montant du fonds d'établissement ;
 - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes pour les adhésions individuelles ;
 - le contenu des règlements mutualistes définis par l'article L 114-1, 5^e alinéa du Code de la Mutualité ;
 - les règles générales des contrats collectifs ;
 - l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union ;
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L 114-44 et L 114-45 du Code de la Mutualité ;
 - le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
 - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
 - le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L 114-34 du Code de la Mutualité ;

- le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la Mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L 114-39 du même code ;

- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

3. L'Assemblée générale décide :

- la nomination des Commissaires aux comptes ;
- du principe de la cession de risques à des entreprises non régies par le Code de la Mutualité ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les délégations de pouvoir prévues à l'article 28 des présents statuts ;
- les apports faits aux Mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L 111-3 et L 111-4 du Code de la Mutualité.

Article 28 - L'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

Les décisions prises au titre de cette délégation doivent être ratifiées par l'Assemblée générale la plus proche.

SECTION IV – Règles de quorum et majorités requises

Article 29 -

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, le montant du fonds d'établissement, la délégation de pouvoir prévue à l'article 28 des présents statuts, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibère valablement si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

2. Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au "1" ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre des délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée générale peut être convoquée et délibère valablement quel que soit le nombre des délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

SECTION V – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

Article 30 - Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres adhérents sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au Code de la Mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

CHAPITRE 2

CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I – Composition, élections

Article 31 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 20 administrateurs.

Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L 212-7 du Code de la Mutualité.

Article 32 – Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Les membres du Conseil d'administration sont élus parmi les membres participants ou honoraires et les bénéficiaires cotisants à jour de leurs cotisations et ayant fait acte de candidature, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, avant le 1^{er} janvier de l'année d'élection.

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salarié au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L114-21 du Code de la Mutualité ;
- disposer de l'honorabilité, de la compétence ainsi que de l'expérience nécessaires à leurs fonctions, selon les dispositions de l'article L114-21 du Code de la Mutualité.

Le nombre des administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans ne peut excéder le tiers de la composition du Conseil.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs âgés de plus de 70 ans entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. Toutefois lorsque ce dépassement trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, il entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Article 33 – Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale au scrutin uninominal à un tour.

Article 34 – Durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du Conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant, de membre honoraire de la Mutuelle, ou de bénéficiaire cotisant ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 32 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L 114-23 du Code de la Mutualité relatif au cumul ; dans ce cas, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L 114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée générale.

Article 35 – Renouvellement du Conseil d'administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Article 36 – Vacance en cours de mandat

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou

toute autre cause, d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale ; si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

SECTION II – Réunions du Conseil d'administration

Article 37 - Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président et au moins cinq fois par an.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil.

Le président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence.

Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration, qui délibère alors sur cette présence.

Article 38 - Les membres du Conseil d'administration peuvent, par décision du Conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'Assemblée générale.

Article 39 – Représentation des salariés au Conseil d'administration

Un représentant des salariés assiste avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration. Il est élu pour deux ans à la majorité des suffrages exprimés. Sont électeurs tous les salariés travaillant dans l'organisme depuis six mois au moins au jour du scrutin et n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L 5 à L 7 du Code électoral.

Article 40 – Délibérations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Les membres du Conseil d'administration ne peuvent se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des autres membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

SECTION III – Attributions du Conseil d'administration

Article 41 – Compétences générales du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration détermine les orientations stratégiques de la Mutuelle et veille à leur application.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle. Pour l'administration et la gestion de la Mutuelle, le Conseil dispose de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée générale par le Code de la Mutualité et les présents statuts.

Il adopte annuellement les budgets prévisionnels de la Mutuelle. À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément aux dispositions de l'article L 114-17 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale.

Il détermine l'économie générale des contrats collectifs, dans le

respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant cette dernière des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L. 211-14.

Il approuve :

- le Plan à moyen terme qui lui est proposé par le Président,
- tous les rapports dont la transmission à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution est obligatoire,
- tous les rapports et documents qui sont obligatoirement destinés à l'information du public,
- les politiques écrites, notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et à l'externalisation.

Le Conseil d'administration contrôle la mise en œuvre de ces politiques. Par ailleurs, il détermine l'évaluation interne des risques et de la solvabilité.

Article 42 – Désignation des dirigeants effectifs

La direction effective de la mutuelle est assurée par au moins deux personnes qui satisfont aux conditions prévues à l'article L114-21 du Code de la mutualité, soit d'une part le Président, d'autre part le dirigeant opérationnel.

- **Le Président**, qui a la qualité de mandataire social, est élu, en qualité de personne physique, par le Conseil d'administration, parmi ses membres âgés de moins de 65 ans. Il peut, à tout moment, être révoqué par celui-ci. Le Président, nommé pour une durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur, est rééligible.
- **Le directeur opérationnel**, qui est un salarié, est nommé, sur proposition du Président, par le Conseil d'administration qui approuve les éléments de son contrat de travail. Il est mis fin à ses fonctions suivant la même procédure.
- **Vacances de la présidence** : en cas de décès, de démission, de perte de la qualité d'adhérent du Président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution en application de l'article L 612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par l'un des deux Vice-Présidents ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par l'un des deux Vice-Présidents ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 43 – Désignation des personnes responsables de fonctions clés

Le Conseil d'administration désigne les personnes responsables des fonctions clés suivantes : fonction de gestion des risques, fonction de vérification de conformité, fonction d'audit interne et fonction actuarielle, dès lors que ces personnes ont la qualité d'administrateurs.

Article 44 – Création de commissions spécialisées

Le Conseil d'administration peut créer des commissions spécialisées. Le règlement intérieur du Conseil d'administration définit leurs missions et leurs règles de fonctionnement.

En particulier, un comité d'audit et des comptes est constitué, dont la composition, les missions et les règles de fonctionnement sont décrites dans une charte validée par le Conseil d'administration.

Article 45 – Délégations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration soumet à l'Assemblée générale un règlement sur les délégations, dans lequel sont prévus les pouvoirs du Conseil d'administration délégués respectivement au Président, au Bureau, au directeur opérationnel et, le cas échéant, aux commissions spécialisées créées par le Conseil d'administration.

Toutefois, les délégations du Conseil ne peuvent pas porter sur les actes de disposition concernant le patrimoine immobilier de la mutuelle ni sur le mandat de gestion des valeurs mobilières et autres titres de placement.

Le Conseil peut modifier ou retirer les délégations, par modification du règlement.

Article 46 – Compte-rendus et rapports fournis au Conseil

Le Conseil d'administration entend, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire.

Le Conseil dispose, également une fois par an, du rapport écrit de la fonction clé de l'audit interne et de celui de la fonction actuarielle qui lui soumettent ainsi leurs constatations et recommandations.

SECTION IV – Statut des administrateurs

Article 47 – Bénévolat des fonctions d'administrateur

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la Mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L114-26 du Code de la Mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 48 – Règles déontologiques

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L 114-26 du Code de la Mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles 50, 51 et 52 des présents statuts.

Article 49 – Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre Mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L 114-21 du Code de la Mutualité.

Article 50 – Conventions réglementées

Sous réserve des dispositions de l'article 51 des présents statuts, toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs de la Mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des

conventions dans les conditions prévues à l'article L 114-35 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'administration statue sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Article 51 - Conventions courantes autorisées

Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs, telles que définies par un décret pris en application de l'article L 114-33 du Code de la Mutualité, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'administration. La liste et l'objet des dites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'administration et au Commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée générale dans les conditions de l'article L 114-33 du Code de la Mutualité.

Article 52 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter sous quelque forme que ce soit des emprunts auprès de la Mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la Mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Le Conseil d'administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des administrateurs.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants et descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

CHAPITRE 3

DIRIGEANTS EFFECTIFS ET BUREAU

SECTION I – Le Président et le directeur opérationnel

Article 53 - Président

• Pouvoirs propres du Président :

Le Président du Conseil d'administration organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale. Il convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président donne avis au Commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le Président représente également la Mutuelle auprès des autorités de tutelle et de contrôle. Il peut mandater le directeur opérationnel afin d'assurer la représentation de la Mutuelle auprès de ces autorités, pour des objets nettement déterminés.

• Pouvoirs délégués :

Dans le cadre du règlement de délégations visé à l'article 45, le Président exerce les pouvoirs qui lui sont spécifiquement attribués.

• Délégation de signature :

Le Président peut déléguer, au dirigeant opérationnel comme à d'autres agents de la mutuelle, sa signature, pour des objets nettement déterminés.

Article 54 - Directeur opérationnel

• Pouvoirs propres du directeur opérationnel :

Le Directeur opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci. Il assiste à toutes les réunions du Conseil d'administration. Le directeur opérationnel est fonctionnellement responsable de l'exercice des fonctions clés. Il approuve les états remis périodiquement à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, en application de l'article R335-1 du Code des assurances.

• Pouvoirs délégués :

Dans le cadre du règlement de délégations visé à l'article 45, le directeur opérationnel exerce les pouvoirs qui lui sont spécifiquement attribués.

• Délégation de signature :

Le directeur opérationnel peut déléguer, à d'autres agents de la Mutuelle, sa signature, pour des objets nettement déterminés.

SECTION II – Le Bureau

Article 55 - Élection

Les membres du Bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus à bulletin secret pour 2 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'administration.

En cas de vacance, et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 56 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration,
- deux Vice-présidents,
- quatre administrateurs.

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions. Par ailleurs, les Présidents des commissions mises en place à la Mutuelle, non membres du Bureau, assistent aux réunions avec voix consultative.

Article 57 - Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions du Bureau qui délibère alors sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, dont la teneur est portée à la connaissance du Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Article 58 - Missions du Bureau

Le Bureau prépare les décisions soumises au Conseil d'administration.

Par ailleurs, il exerce les pouvoirs qui lui sont délégués par le Conseil d'administration dans les conditions du règlement de délégations joint aux présents statuts.

CHAPITRE 4**ORGANISATION FINANCIÈRE****SECTION I – Produits et charges**

Article 59 – Sous la responsabilité du directeur opérationnel, la Mutuelle est dotée d'une comptabilité conforme aux prescriptions du code de la mutualité.

SECTION II – Modes de placement et de retrait des fonds – Règles de sécurité financière

Article 60 – Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte-tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée générale.

Article 61 – La Mutuelle adhère au Système de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION III – Commissaire aux comptes**Article 62 – Commissaire aux comptes**

En vertu de l'article L 114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée générale nomme un Commissaire aux comptes (et un suppléant) choisi(s) sur la liste mentionnée à l'article L 822-1 du Code de commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

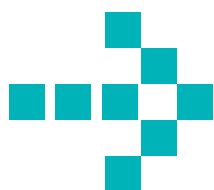
- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;

- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L 114-32 du Code de la Mutualité ; Il établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur les conventions règlementées ;
- fournit à la demande de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout renseignement sur l'activité et sur la situation financière de la mutuelle ainsi que sur les diligences effectuées dans le cadre de sa mission sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale dans les meilleurs délais à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution tout fait et décision mentionnés au II de l'article L 612-44 du Code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une Mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la Mutualité. En cas de réserves de sa part, il établit un rapport spécial transmis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

SECTION IV – Fonds d'établissement**Article 63 – Montant du fonds d'établissement**

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 1 Million d'euros. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 26-1 des statuts, sur proposition du Conseil d'administration.



TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 64 – Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 26-1 des statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui ne peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs. L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 26-1 des présents statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionné à

l'article L. 421-1 ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1. À défaut de dévolution, par l'Assemblée générale ayant prononcé la dissolution, de l'excédent de l'actif net sur le passif, celui-ci est affecté au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 19.

Article 65 – Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des présents statuts et des règlements mutualistes annexés, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel.

Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours aux médiateurs suivants :

- pour les garanties dont la Mutuelle est l'assureur, le Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la média-

tion fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices, contrats collectifs et tous autres documents d'information. Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 225 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15. E-mail : mediation@mutualite.fr - Site dédié accessible à partir du lien suivant : <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

- pour les garanties dont la Mutuelle assure la distribution, le Médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices, et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution ou de la Mutuelle. Médiateur de l'Assurance, Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris cedex 09. E-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org - Site dédié accessible à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org

Article 66 - Les présents statuts accompagnés du règlement de délégations, les règlements mutualistes, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 67 - Information des adhérents

L'information délivrée par la Mutuelle respecte les dispositions de l'article L211-7 du code de la mutualité.

L'information relative aux statuts, aux règlements et aux garanties souscrites par les adhérents, ainsi qu'au règlement intérieur est intégralement accessible sur le site internet de la mutuelle. Il en est de même pour les modifications de ces documents.

L'information relative aux garanties de prévoyance proposées pour le compte, soit de C.N.P., soit de MF Prévoyance SA ou de MF Pré-

caution est également accessible sur le site internet de la Mutuelle. Tout futur adhérent reçoit les statuts, les notices et la description des garanties au moment de l'envoi du bulletin d'adhésion à remplir. De plus, à tout moment et sur simple demande, les adhérents peuvent recevoir une version papier de l'ensemble de ces documents.

Chaque année, les adhérents ont connaissance des modifications statutaires adoptées par l'Assemblée générale, par tous moyens d'information habituellement utilisés dans les relations entre la Mutuelle et ses adhérents.

Par ailleurs, les adhérents sont informés :

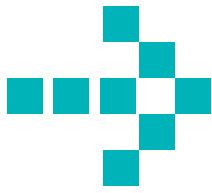
- des services et établissements d'action sociale auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la Mutualité ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

Article 68 - Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 2 des présents statuts, la Mutuelle peut faire appel à des fonctionnaires relevant du Titre II (Fonction publique d'Etat) du statut général des fonctionnaires, placés en position de détachement.

Le nombre de postes pourvus par voie de détachements administratifs est limité à 38 correspondants aux emplois suivants :

- un emploi de direction ;
- 8 emplois de gestion administrative ;
- 29 emplois de gestion technique.

Article 69 - Tout adhérent ayant provoqué un incident de paiement est redevable, auprès de la Mutuelle, d'une pénalité dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration, dans la limite de 10 € par incident, afin de compenser les frais bancaires exposés par la Mutuelle à cette occasion - sauf dispense accordée par le Bureau.

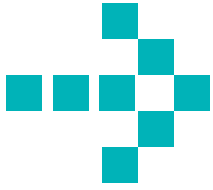


RÈGLEMENT DES DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

DOMAINES	DÉLÉGATION DE POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION			
	au Président	au Dirigeant opérationnel	au Bureau	aux Commissions spécialisées
Instances élues	Signature des procès-verbaux Organisation des élections de toutes les instances élues	Rédaction des procès-verbaux		
Communication externe	Directeur de la publication de la revue trimestrielle	Directeur de la rédaction de la revue trimestrielle		
Reporting aux instances élues	Production des comptes et des rapports, soumission au Conseil d'administration : <ul style="list-style-type: none"> Comptes et bilans annuels à la clôture Comptes annualisés Budgets Rapport de gestion Rapports à l'ACPR Rapports d'information au public Plan à moyen terme 	Production de tableaux de bord, notamment : <ul style="list-style-type: none"> Analyse des prestations, évolution des effectifs Rapports prestations/cotisations ; récapitulatif des placements, relevé et valorisation des actifs ; situation de trésorerie Production de toutes notes d'études et simulations financières, compte-rendus de l'activité des services 		
Reporting aux Autorités administratives et de contrôle	Dépôts des déclarations fiscales et sociales			
Assurer le fonctionnement des services au quotidien		Elaboration du plan de travail des services, élaboration des procédures, définition des postes de travail et de l'organigramme Tenue du fichier des adhérents Conservation des archives Vérification du respect des procédures de travail définies		
Assurer le fonctionnement des services en cas de circonstances exceptionnelles		Production et mise en œuvre du plan de continuité et de reprise d'activité	Validation du plan de continuité et de reprise d'activité par le Bureau	
Gestion des ressources humaines	Détermine la politique du recrutement : création de postes, suppressions de postes, recours ou non au détachement, principe du recours à des contrats à durée déterminée Détermine, après consultation du Comité des rémunérations, l'évolution des rémunérations Signature des contrats de travail et des décisions de rupture de contrats pour le personnel disposant de fonction d'encadrement Validation du règlement intérieur applicable sur le lieu de travail Validation du Document Unique d'évaluation des risques professionnels	Procède aux recrutements individuels Signature des contrats de travail et des décisions de rupture de contrats pour le personnel ne disposant pas de fonction d'encadrement Conduite du dialogue social ; exercice du pouvoir disciplinaire ; évaluation professionnelle, avancement ; formation, congés pour la totalité du personnel ; organisation des élections prévues par le Code du travail		

DOMAINES	DÉLÉGATION DE POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION			
	au Président	au Dirigeant opérationnel	au Bureau	aux Commissions spécialisées
Passation des contrats	Engagement (signature) autorisé, sans accord préalable du Conseil d'administration, des contrats et renouvellements, modifications par avenants, dénonciation de contrats d'un montant égal ou supérieur à 40 000 € TTC et inférieur à 100 000 € TTC. Le Président rend compte au Conseil des engagements pris ainsi que de ceux dénoncés	Engagement (signature) autorisé, sans accord préalable du Conseil d'administration, des contrats, renouvellements, dénonciations de contrats d'un montant inférieur à 40 000 € TTC Engagement (signature) des avenants à tout contrat d'origine dans la limite maximale de 4 000 € TTC ou de 10% du montant du contrat d'origine Le dirigeant opérationnel rend compte au Président des engagements pris ainsi que de ceux dénoncés		
Conventions réglementées	Signature de toutes les conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration Signature de toutes les conventions courantes autorisées préalablement par le Conseil d'administration			
Engagement des dépenses relatives aux frais généraux	Engagement des dépenses d'un montant égal ou supérieur à 40 000 € TTC	Engagement des dépenses d'un montant inférieur à 40 000 € TTC		
Engagement des dépenses relatives à la paye du personnel, aux charges sociales, para-fiscales, aux impôts et taxes		Pouvoir délégué au dirigeant opérationnel		
Engagement des dépenses relatives aux prestations et gestion des prestations	Mise en œuvre des décisions de l'Assemblée générale	Contrôle de la mise en production		
Engagement des recettes dont les recettes de cotisations	Pouvoir délégué au Président dont la mise en œuvre des décisions de l'Assemblée générale sur les cotisations	Contrôle de la mise en production		
Ordonnancement des dépenses et des recettes		Pouvoir délégué au dirigeant opérationnel		
Ouverture des comptes bancaires	Ouverture des comptes et désignation des signataires (commentaires : il appartient au Président de désigner les personnes habilitées à effectuer des opérations bancaires)	Fonctionnement des comptes		
Paiement des dépenses et encaissement des recettes		Pouvoir délégué au dirigeant opérationnel		
Exécution des opérations financières non déléguées à des tiers		Pouvoir délégué au dirigeant opérationnel		

DOMAINES	DÉLÉGATION DE POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION			
	au Président	au Dirigeant opérationnel	au Bureau	aux Commissions spécialisées
Gestion des actifs				<p>La Commission des Finances surveille que la gestion des actifs, soit réalisée en direct, soit déléguée à un mandataire, est conforme aux orientations définies par le Conseil</p> <p>La Commission des Finances rend compte au Conseil d'administration après chacune de ses réunions qui interviennent au moins quatre fois par an</p>
Gestion de la trésorerie		<p>Etablissement des prévisions et suivi de leur réalisation</p> <p>Définition des plafonds de trésorerie après avis de la Commission des finances</p> <p>Compte-rendu de la gestion de trésorerie</p>		
Contrôle des opérations de production et comptables		Responsabilité de l'exécution des contrôles		
Contrôle de gestion		Responsabilité du contrôle de gestion		
Adhésions Démission Radiation Exclusion Suspension	<p>Détermination des cotisations et des prestations des contrats collectifs dans le cadre de l'économie générale des contrats fixée par le Conseil d'administration et exprimée notamment par un ratio P/C plafond</p> <p>Validation et signature des contrats collectifs avec les personnes morales souscriptrices</p>	<p>Gestion des adhésions individuelles, des démissions et radiations, en application des statuts et règlements de la Mutuelle</p> <p>Notification des décisions du Bureau relatives aux demandes d'adhésion à titre exceptionnel, aux exclusions et aux suspensions</p> <p>Notification des décisions du Bureau relatives à l'octroi de dispenses de pénalité</p>	<p>Décisions relatives aux demandes d'adhésion à titre exceptionnel, aux exclusions et aux suspensions</p> <p>Décisions relatives à l'octroi de dispenses de pénalités</p> <p>Le Bureau informe le Conseil de ses décisions, à chaque séance du Conseil suivant sa propre réunion</p>	
Relations avec les adhérents, information, réclamations Allocations exceptionnelles et prêts d'action sociale		<p>Elaboration des procédures, contrôle de leur application</p> <p>Notifications des décisions de la Commission d'action sociale relatives aux allocations exceptionnelles et aux prêts d'action sociale</p>		<p>La commission d'action sociale accorde des allocations exceptionnelles et des prêts d'action sociale, conformément aux dispositions du règlement « action sociale » et dans la limite du budget attribué par le Conseil d'administration</p> <p>Elle informe le Conseil de ses décisions, au moins une fois par an</p>



RÈGLEMENT GÉNÉRAL

SECTION I – Droits aux prestations

Article 1 -

1. Membres participants

Les membres participants qui se trouvent dans l'une des situations prévues aux paragraphes 2.1 à 2.4 de l'article 7 des statuts sont inscrits obligatoirement aux garanties « Frais de Maladie », « Perte de Rémunération » et « Invalidité » s'ils sont en activité de service, à la seule garantie « Frais de Maladie » dans toute autre situation. Toutefois, ils sont radiés de la garantie « Invalidité », au plus tard, au 1^{er} jour du mois au cours duquel ils atteindront l'âge de 65 ans. Les Membres Participants sont obligatoirement inscrits à la garantie « Dépendance », lors de leur mise à la retraite et, en tout état de cause, passé l'âge de 65 ans. Dans tous les autres cas, la garantie « Dépendance » est facultative.

Les membres participants poursuivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique (ENA, IRA, autre..) sont inscrits obligatoirement à la garantie « Frais de maladie » et facultativement, pour la seule durée de la scolarité, aux garanties « Perte de Rémunération » et « Invalidité ».

Les autres garanties sont laissées au libre choix dans le cadre des dispositions de l'article 7 des statuts.

Toutefois, la garantie « Décès » est offerte aux membres participants jusqu'à leur 45^e anniversaire et, au-delà, dans les 5 ans suivant l'adhésion à la Mutuelle, leur mariage, la naissance ou l'adoption de leur premier enfant.

La garantie « Frais d'Obsèques Adhérent » doit être souscrite dans les 5 ans suivant l'adhésion à la Mutuelle. Elle est étendue aux enfants ayants droit à charge de moins de 21 ans. Sa souscription conditionne par ailleurs celle de la garantie « Frais d'Obsèques Conjoint » qui peut être demandée si le conjoint a moins de 30 ans ou dans les 5 ans suivant le mariage.

En cas de ré-adhésion, les membres participant disposent d'un délai de 5 ans pour être également réinscrits aux garanties « Décès » et « Frais d'obsèques » obtenues avant d'avoir cessé de réunir les conditions de l'article 7 des statuts.

Cette disposition ne s'applique pas s'il s'agit d'une garantie suspendue alors que l'adhérent a cessé de réunir les conditions prévues à l'article 7 des statuts et que la garantie est redemandée par lui moins de 6 mois après qu'il réunisse à nouveau ces conditions.

2. Ayants droit

Les ayants droit ne peuvent bénéficier que de la seule garantie « Frais de Maladie ».

Toutefois l'ayant droit précédemment membre participant, actif ou scolarisé, ou bénéficiaire cotisant, autre qu'enfant handicapé, peut conserver la garantie « Capital Décès » s'il l'avait déjà souscrite et, cette même garantie est ouverte aux conjoints d'adhérent.

3. Bénéficiaires cotisants

Les bénéficiaires cotisants sont obligatoirement inscrits à la garantie « Frais de Maladie » et à la garantie « Dépendance » lors de leur mise à la retraite et, en tout état de cause, passé l'âge de 65 ans. Dans tous les autres cas, la souscription de la garantie « Dépendance » est facultative. Ils peuvent également souscrire, facultativement, aux garanties « Perte de Rémunération » et « Invalidité » simultanément à leur adhésion à la Mutuelle ou, au

plus tard, dans les 5 ans suivant cette adhésion, et à la garantie « Capital Décès ». S'ils ont moins de 30 ans, ils peuvent souscrire à la garantie « Frais d'Obsèques Adhérent » qui couvre également les enfants ayants droit de moins de 21 ans.

La radiation de la garantie invalidité est automatique au 1^{er} jour du mois au cours duquel ils attendront l'âge de 65 ans.

Toutefois les veufs et veuves d'un membre participant pourront souscrire à la garantie « Frais d'Obsèques Adhérent » sans limitation d'âge, si le membre participant décédé avait souscrit à la garantie « Frais d'Obsèques Conjoint », même s'ils ne peuvent bénéficier de la garantie « Frais de Maladie ». Par dérogation aux dispositions de l'article 8 des statuts l'inscription à la garantie « Capital Décès » d'un bénéficiaire cotisant peut être demandée jusqu'à son 45^e anniversaire ou dans les cinq ans qui suivent le mariage, la naissance ou l'adoption d'un premier enfant.

Dans tous les cas prévus au présent article, l'inscription à la garantie « Capital Décès » ne peut de toute façon avoir lieu que si l'état de santé de l'intéressé est jugé satisfaisant au vu du questionnaire de santé qu'il lui est demandé de remplir.

4. Conjoint et enfants d'adhérents

Les conjoints des adhérents peuvent souscrire la garantie « Capital Décès », s'ils sont âgés de moins de 45 ans ou dans les 5 ans suivant la naissance ou l'adoption d'un premier enfant. Les enfants d'adhérents peuvent eux-mêmes souscrire cette garantie s'ils sont âgés de moins de 45 ans.

Dans tous les cas, l'inscription à la garantie « Capital Décès » ne peut avoir lieu que si l'état de santé des intéressés est jugé satisfaisant au vu du questionnaire médical qu'il leur est demandé de remplir.

Les conjoints peuvent également souscrire la garantie « Dépendance », au plus tard, l'année de leur soixante-dixième anniversaire, sous réserve que l'adhérent lui-même ait souscrit la garantie.

Article 2 - L'ouverture du droit aux prestations intervient le jour de l'inscription ou de la réinscription. Ce droit court sur l'année civile avec tacite reconduction d'un an, sauf dénonciation dans les conditions prévues aux articles 8, 9, 10 et 11 du présent règlement. Toutefois, les prestations à verser au titre du service « Perte de Rémunération » sont subordonnées aux conditions de franchise régissant le fonctionnement de ce service.

SECTION II – Formalités d'inscription et prise d'effet des garanties

Article 3 - L'inscription des bénéficiaires s'effectue :

1. Pour les membres participants

- à compter du premier jour du mois suivant celui où la demande parvient à la Mutuelle.

2. Pour les bénéficiaires cotisants

- simultanément à l'inscription du membre participant de rattachement ;
- défaut de rattachement à un membre participant :
 - à compter du premier jour du mois suivant celui où la demande parvient à la Mutuelle ;
 - à compter du jour de la perte de la qualité d'ayant droit du membre participant.

3. Pour les ayants droit

- à compter du jour de la reconnaissance de la qualité d'ayant droit, au sens de la Sécurité sociale, du membre participant ou du bénéficiaire cotisant, veuf ou veuve d'un membre participant, ou indépendant.

4. Pour les conjoints d'adhérents

- l'ouverture des droits à la garantie « Capital décès » est effective le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception, par la Mutuelle, du résultat du contrôle de l'état de santé de l'intéressé.

SECTION III – Paiement des cotisations

Article 4 - Les membres participants et les bénéficiaires cotisants s'engagent au paiement d'une cotisation exigible le premier jour de chaque mois, à partir de celui de l'inscription, affectée à la couverture de prestations assurées directement par la Mutuelle. La cotisation du membre participant inclut les cotisations dues au titre de son conjoint et de ses ayants droit.

La cotisation des bénéficiaires cotisants indépendants et des bénéficiaires cotisants veufs ou veuves d'un membre participant incluent les cotisations dues par leur conjoint et leurs ayants droit. La cotisation continue d'être due pendant la période au titre de laquelle sont servies des prestations ou allocations. La cotisation est éventuellement retenue sur ces prestations.

À cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales prévues par les statuts des organismes supérieurs auxquels adhère la Mutuelle (Unions) ainsi que les primes d'assurance des contrats souscrits par la Mutuelle pour le compte des adhérents.

Article 5 - Les cotisations prélevées sur compte bancaire sont exigibles le premier jour de chaque mois.

En cas de paiement par chèque, les cotisations sont appelées par trimestre et payables le 1^{er} jour de chaque trimestre.

Article 6 - Les membres participants s'engagent à communiquer à la Mutuelle le montant de leur rémunération ou de leur pension.

Article 7 - Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de toute somme, quelle qu'en soit la nature, dont ils seraient redevables envers la Mutuelle et des échéances de prêts cautionnés par celle-ci.

Article 8 – Sanction du défaut de paiement des cotisations – adhésions individuelles.

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant ou du bénéficiaire cotisant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant ou le bénéficiaire cotisant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 9 – Sanction du défaut de paiement des cotisations – adhésions collectives

1. Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou

la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle ou l'Union a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent 1.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle ou de l'Union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

2. Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

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

La procédure prévue au 1 est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle ou l'Union informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du 1 et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ou l'Union ne couvre plus le risque.

SECTION IV – Droit d'adhésion

Article 10 - Les adhérents admis à titre exceptionnel dans la Mutuelle paient un droit d'adhésion égal respectivement à trois mois de cotisations pour les adhérents âgés de 50 à 60 ans, à six mois de cotisations pour ceux âgés de 60 à 70 ans et à un an de cotisations pour ceux âgés de plus de 70 ans.

Dans tous les cas le montant de cotisation mensuelle retenu correspond au forfait de cotisation maladie le plus bas de la grille MCF Prévention.

Pour les agents publics justifiant d'une adhésion à une autre mutuelle de la fonction publique ou soumis à un contrat groupe d'entreprise, le droit d'adhésion est égal à un mois de cotisation du forfait maladie le plus bas de la grille MCF Prévention.

Ce droit d'adhésion est directement affecté aux fonds propres.

SECTION V – Démission/Radiation

Article 11 - Le membre participant ou le bénéficiaire cotisant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'em-

ployeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance. La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif, à l'exception des opérations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L 112-1 du Code de la Mutualité.

Article 12 - Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

SECTION VI – Subrogation

Article 13 - La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses

que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

Article 14 - La Mutuelle reçoit des adhérents mandat d'encaisser les prestations dues aux bénéficiaires assurés sociaux au titre de section locale ou de correspondant local de leur Caisse primaire.

Elle reçoit également des adhérents délégation générale pour procéder pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers. Dans ce cas, elle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de Sécurité sociale qui sont dues à ce dernier.

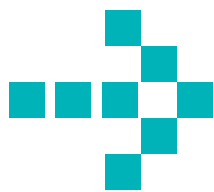
SECTION VII – Prescription

Article 15 - Toutes les actions dérivant des présents statuts doivent intervenir, sous peine de forclusion, dans les deux ans qui suivent l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance ;
 2. 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 l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1 du Code de la Mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.



RÈGLEMENT MALADIE

SECTION I – Prestations

Article 1 - Les adhérents ont le choix entre les trois offres santé suivantes :

- MCF Santé ;
- MCF Santé Plus ;
- MCF Prévention.

Pour chacune de ses offres, une grille prestataire spécifique est établie et reprise dans le présent règlement.

La durée minimale de séjour dans une offre est de deux ans et toute demande de changement doit être présentée avant le 30 septembre de l'année précédant celle où l'adhérent souhaite que ce changement d'offre prenne effet.

Ce délai de deux ans n'est pas appliqué aux adhérents éligibles à l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS), qui peuvent changer d'offre santé dès l'obtention de l'ACS et revenir à l'offre initiale dès que l'ACS prend fin. Cette disposition s'applique à compter du 1^{er} août 2015.

Les adhérents dont le conjoint bénéficie d'un contrat groupe d'entreprise couvrant obligatoirement sa famille peuvent opter, en cours d'année, pour les offres suivantes :

- OPTIQUE Plus

et/ou

- CHIRURGIE Plus.

L'offre OPTIQUE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les verres soit égal à zéro. L'offre CHIRURGIE Plus permet de compléter les remboursements effectués par la Sécurité sociale et la Mutuelle principale de l'adhérent afin que le reste à charge pour les actes chirurgicaux effectués en milieu hospitalier soit égal à zéro.

Compte-tenu des prestations proposées, les offres OPTIQUE Plus et CHIRURGIE Plus ne sont pas éligibles à la notion de contrats responsables et, à ce titre, ne peuvent pas bénéficier d'une taxation minorée.

Les prestations du service « Frais de Maladie » viennent en complément des prestations en nature d'assurance maladie et d'assurance maternité servies par l'assurance maladie obligatoire et ce, dans la limite du prix payé.

Toutefois, dans certains cas, la Mutuelle peut être amenée à participer au remboursement de frais de santé non pris en charge par le régime obligatoire. Ces participations sont indiquées dans les grilles prestataires de chaque offre.

À compter de l'entrée en vigueur respective de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), pour les soins ambulatoires, et de la tarification à l'activité (T2A), pour les soins hospitaliers, les nouvelles grilles de prestation (grilles CCAM/T2A) se substituent aux anciennes grilles ci-dessous (grille NGAP, pour les soins ambulatoires ; tarification au prix de journée, pour les soins hospitaliers), maintenues en vigueur jusqu'à réalisation de cette condition suspensive.

Dans le cadre de la CCAM, pour les risques ambulatoires, la participation de la Mutuelle est limitée au montant du ticket modérateur correspondant à la différence entre la base de remboursement risque obligatoire et la participation de la Sécurité sociale. Pour les remboursements de frais pharmaceutiques, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire, soit sur la base du tarif forfaitaire de responsabilité, lorsqu'il en existe

un, soit sur la base du tarif public pour les autres médicaments, dans les conditions et limites fixées dans les grilles prestataires de chaque offre santé.

Conformément aux règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014, pour la qualification des contrats solidaires et responsables, le remboursement des équipements d'optique médicale est limité à un équipement par an pour les enfants de moins de 18 ans et à un équipement tous les deux ans pour les adhérents et leurs bénéficiaires de plus de 18 ans.

Pour le calcul de ces délais est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017). La gestion du risque hospitalisation est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P.

La gestion du risque dentaire est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P., avec maintien des participations MCF lorsqu'elles permettent d'accorder un meilleur remboursement aux adhérents.

Les soins reçus à l'étranger par les élèves de l'Ecole Nationale d'Administration, lors des stages de formation obligatoires, sont couverts par la Mutuelle, de telle sorte que le reste à charge de l'adhérent soit limité à 10% des dépenses totales, exception faite des soins prothétiques et des dépenses d'optique médicale pour lesquels la grille statutaire s'applique sans dérogation.

Pour les adhérents bénéficiant du régime obligatoire servi par la caisse de compensation des prestations familiales des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle Calédonie (CAFAT) ou de la CPS (Caisse de Prévoyance Sociale), la participation de la Mutuelle est égale au montant du ticket modérateur laissé à leur charge par cet organisme. Pour les soins non pris en charge par la CAFAT ou la CPS mais donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de la Sécurité sociale, la participation de la Mutuelle sera égale à ce qui est prévu dans la grille prestataire correspondant à l'offre choisie par l'adhérent.

Article 2 - Contrats responsables

Les offres santé MCF Santé, MCF Santé Plus et MCF Prévention sont toutes éligibles à la notion de contrats solidaires et responsables.

À ce titre, d'une part, il n'y a aucune sélection médicale lors de la souscription de ces trois offres et, d'autre part, ses grilles prestataires sont établies dans le respect des règles instaurées par la loi L2004-810 du 13 août 2004 et l'article 56 de la LFSS 2014.

En particulier :

1. La Mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire pour les consultations et les actes médicaux dispensés par les médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie (article 20 de la loi L2004-810 du 13 août 2004) ;

- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale, applicable dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, lors de l'achat d'un médicament mentionné aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 de Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ; aux

actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation et aux transports mentionnés au 2° de l'article L.321-1 du Code de la Sécurité sociale effectués en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence (article 52 de la loi L.2007-1786 du 19 décembre 2007) ;

- La majoration de la participation des assurés en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant (article 7 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004), à savoir les actes effectués hors parcours de soins ;
- Le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel (article 3 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;
- Le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée (article 6 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004) ;
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations en cas de recours à un médecin spécialisé sans prescription préalable du médecin traitant (article 8 de la loi L.2004-810 du 13 août 2004).

2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention mentionnés dans l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code ;
- L'intégralité du ticket modérateur pour tous les actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (sauf les médicaments remboursés à 15%) effectués dans le cadre du parcours de soins ;
- Le forfait journalier en cas d'hospitalisation, sans limitation ;
- La participation forfaitaire de 18 € (décret 2006-707 du 19 juin 2006) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- Les dépassements de tarif en optique médicale dans le respect des plannings et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans (sauf en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs - pour ces derniers, un équipement par an est autorisé), règles instaurées par l'article 56 de la LFSS 2014 et précisées par le décret du 19 novembre 2014 - Pour le calcul de ce délai de deux ans est retenu la date de renouvellement des contrats « Frais de Maladie », à savoir, le 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle le premier achat a eu lieu (exemple si un équipement d'optique adulte est remboursé en 2015, un nouvel équipement ne pourra être remboursé que s'il est acheté en 2017) ;
- Lorsque la garantie prévoit une participation aux dépassements d'honoraires, si le professionnel de santé n'a pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO), la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale et, si le professionnel de santé a signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, la participation Mutuelle est supérieure de 20%, au minimum, de celle prévue pour ceux n'ayant pas signé ce contrat.

Par ailleurs, la Mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition.

Article 3 - La garantie du service « Frais de Maladie » s'étend obligatoirement et seulement à tous les membres de la famille du membre participant ou du bénéficiaire cotisant, qualifiés d'ayants droit au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Toutefois, en cas de divorce ou de séparation, la réglementation de la Sécurité sociale autorise la double affiliation des enfants, sur le compte de leur père et sur celui de leur mère. Aussi, le membre participant ou le bénéficiaire cotisant se trouvant dans cette situation, peut demander, justificatif à l'appui, que ses enfants ayants droit ne bénéficient pas de la couverture mutuelle complémentaire.

Article 4 - Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la

charge effective de l'adhérent. Il s'effectue, pour les bénéficiaires cotisants, sur présentation des décomptes originaux établis par leur Caisse d'Assurance Maladie.

SECTION II – Cotisations

Article 5 - La cotisation mensuelle du service « frais de maladie » du membre participant âgé de moins de 35 ans est fixée forfaitairement, sans tenir compte des revenus. Celle du membre participant de 35 ans et plus, est fixée forfaitairement selon les tranches de ressources figurant aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement, et en tenant compte du nombre de personnes garanties.

Est retenu pour les membres participants actifs le montant total des ressources (salaire + primes + indemnités) perçues au cours de l'année n-2.

Les adhérents doivent communiquer avant le 30 septembre de chaque année les justificatifs de leurs nouvelles ressources. À défaut, la cotisation plafond est appliquée.

Est retenu pour les retraités, membres participants et bénéficiaires cotisants, le montant brut de l'ensemble des pensions perçues, à l'exclusion des majorations spécifiques définitives.

La cotisation mensuelle du service « Frais de Maladie » des bénéficiaires cotisants non retraités est fixée forfaitairement. Celle des bénéficiaires cotisants, veufs ou veuves d'un membre participant, et celle des bénéficiaires cotisants indépendants tiennent également compte du nombre de personnes garanties.

Ces cotisations sont dues intégralement du premier jour du mois d'inscription.

La radiation des bénéficiaires cotisants, conjoints, partenaires liés par un pacte civil de solidarité, concubins ou enfants d'un membre participant, et celle des ayants droit, ne peuvent intervenir avant la date de dépôt de la demande.

À défaut de présentation des documents nécessaires à la détermination des tranches de ressources définies au tableau ci-après, c'est la cotisation plafond qui sera appliquée.

Article 6 - Les membres participants suivant une scolarité dans un établissement de formation de la Fonction publique (E.N.A., I.R.A., autres...) se voient appliquer une cotisation spécifique mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

La cotisation du service « Frais de Maladie » des membres participants éligibles à la Couverture Maladie Universelle est prise en charge intégralement, depuis le 1^{er} janvier 2000, par la Mutuelle.

Depuis le 1^{er} août 2015, sur présentation de l'accord de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les adhérents bénéficiaires de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS) disposent d'une réduction de leurs cotisations à la garantie « frais de maladie » égale au montant de l'aide dont ils auraient bénéficié s'ils avaient souscrit à un contrat d'assurance de santé labellisé dans le cadre de l'ACS. À tranche de revenus identique, cette réduction est limitée au montant annuel de la cotisation correspondant à l'offre MCF Santé.

SECTION III – Règlement des litiges

Article 7 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la médiation fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices contrats collectifs et tous autres documents d'information.



GRILLE DES PRESTATIONS MCF SANTÉ POUR L'ANNÉE 2018

SOINS COURANTS NGAP

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)	60% - 65% ou 70% TC	40% - 35% ou 30% TC	100% TC
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Consultation de Médecin acupuncteur		10 €	10 €
Analyses / Masseurs* / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% TC 60% TC ou TA	40% TC 40% TC ou TA	100% TC 100% TC ou TA
Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Pédicures actes pris en charge ou non par la Sécurité sociale (sur présentation d'une prescription médicale)		30 €	30 € dans la limite de 3 séances par an
Recherche du Cholestérol HDL		15 € dans la limite du prix payé	15 € dans la limite du prix payé
Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé	Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé
Infirmiers	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Sages-femmes	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Transports	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TC = Tarif Conventionnel
TA = Tarif d'Autorité

TRSS = Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale
* Prise en charge Sécurité sociale parfois soumise à entente préalable

SOINS COURANTS CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostique, acte de médecine nucléaire diagnostique	ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes diagnostiques, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique	ATM	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Chirurgie ambulatoire*	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Maisons de repos

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS		100% TRSS ou 80% TRSS
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total SS + MCF Santé	RFH	Total SS + RFH
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHT ou 80% GHT	100% GHT	200% GHT ou 180% GHT	- ou 20% GHT	100% GHT
Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire*	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% TC	100% TC	200% TC	50% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PHARMACIE

	SS	MCF Santé	Total
Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité	100% TFR 65% TFR 30% TFR	- 35% TFR 70% TFR	100% TFR 100% TFR 100% TFR
Autres médicaments	100% TP 65% TP 30% TP 15% TP	- 35% TP 70% TP -	100% TP 100% TP 100% TP 15% TP
Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement = AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN)	60% LPP 100% LPP	40% LPP -	100% LPP 100% LPP
Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)		Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Produits et accessoires médicalement prescrits aux insulino-dépendants et délivrés en pharmacie	100% LPP	Complément prix payé	Remboursement intégral
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale		36 € par an	36 € par an

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP : Tarif Public

LPP : Liste des Produits et Prestations (ex. TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires)

DENTAIRE (NGAP)

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Orthodontie	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Surfaçage dentaire (dans la limite de deux séances par an)		100 € par séance	100 € par séance
Traitement de la maladie parodontale non pris en charge par la Sécurité sociale		200 € par an	200 € par an

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Radios dentaires	SDE INO END ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Prothèses dentaires : (si prise en charge par la Sécurité sociale) Prothèse dentaire provisoire Réparation sur prothèse Inlay-core Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique	PDT RPN ICO PFM PFC	70% TC ou TA	200% TC ou TA	270% TC ou TA
Prothèses amovibles (si prise en charge par la Sécurité sociale)	PAR PAM	70% TC ou TA	Voir tableau	Voir tableau
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	70% TC ou TA	200% TC ou TA	270% TC ou TA
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		300 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	300 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Prothèses sur implants (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		250 € par année civile, quel que soit le nombre de prothèses	250 € par année civile, quel que soit le nombre de prothèses
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD

Nature des soins	SS	MCF Santé	Total
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	70% TC	397,95 €	473,20 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)	70% TC	195,15 €	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*		50,70 €	50,70 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	70% TC	954,35 €	1 150 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	70% TC	1 000 €	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	Néant ou 70% TC	110 €	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	70% TC	110 €	185,25 €

* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne.

TC : Tarif des praticiens conventionnés

PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À 70%

→ Code CCAM : PAR ou PAM

Nombre de dents par appareil	MCF Santé	Nombre de dents par appareil	MCF Santé	Nombre de dents par appareil	MCF Santé
1 à 3 dents	350 €	8 dents	426,22 €	13 dents	550 €
4 dents	366,33 €	9 dents	550 €	14 dents	653,07 €
5 dents	425 €	10 dents	550 €	Complet	1 200 €
6 dents	425 €	11 dents	550 €		
7 dents	433,75 €	12 dents	550 €		

OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

→ Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES				
2261874 2242457	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries bénéficiaires de moins de 18 ans	7,22 €	210 €	217,22 €
2243304 2243540 2291088 2297441	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,01 €	350 €	366,01 €
2273854 2248320	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,98 €	350 €	376,98 €
2200393 2270413	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	8,96 €	210 €	218,96 €
2283953 2219381	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	21,77 €	350 €	371,77 €
2238941 2268385	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,74 €	350 €	366,74 €
2245036 2206800	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	27,90 €	350 €	377,90 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS				
2259245 2264045	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	23,51 €	350 €	373,51 €
2238792 2202452	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	25,98 €	350 €	375,98 €
2240671 2282221	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,16 €	350 €	376,16 €
2234239 2259660	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	39,97 €	350 €	389,97 €

→ Bénéficiaires de 18 ans et plus

Hors réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	53,50 €	54,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	91,50 €	93,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	106,75 €	111,32 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	53,50 €	55,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	106,75 €	110,87 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	75,00 €	78,75 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	106,75 €	112,42 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	78,75 €	83,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	116,75 €	123,24 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	78,75 €	84,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	132 €	146,72 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	73,50 €	74,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	111,50 €	113,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	126,75 €	131,32 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	73,50 €	75,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	126,75 €	130,87 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	95,00 €	98,75 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	126,75 €	132,42 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	98,75 €	103,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	136,75 €	143,24 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	98,75 €	104,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	152 €	166,72 €

→ Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Nature de l'équipement	SS	MCF Santé	Total (à l'unité)
LENTILLES				
2251545	Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	23,69 €	55 €	78,69 €
	Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		55 €	55 €
	Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		55 €	55 €
CAS PARTICULIERS				
	En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014
MONTURE				
2210546	Bénéficiaires de moins de 18 ans	18,29 €	50 €	68,29 €
2223342	Bénéficiaires de plus de 18 ans	1,70 €	50 €	51,70 €
SUPLÉMENTS DIVERS				
2269025	Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	7,62 €	10 €
2227920	Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	15,43 €	30 €
2227908	Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	22,25 €	50 €
2287862 2247905	Prisme incorporé	60%	9,60 € ou 17,42 €	20 €
2293957	Système antiptosis	60%	49,76 €	100 €
2222408	Filtre chromatique ou UV	60% ou néant	14,05 € ou 20 €	20 €
2204066 2278219	Verres iséiconiques	Néant	28 €	28 €
2246716 2274109	Sphère supérieure à 20 dioptries	60%	21,08 € ou 27,73 €	30 €
	Chirurgie réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

Nature appareillage	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Appareil auditif	PAU	60% LPP	200% LPP	260% LPP
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire		60% LPP	200% LPP	260% LPP
Semelles et chaussures orthopédiques	COR	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Orthèses, Prothèses internes et externes, Orthoprothèses, Véhicule pour handicapés	ORP, PA, PII, PEX, PME, VEH	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Autre appareillage ; Location ou achat		60% LPP 100% LPP	40% LPP	100% LPP

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé	Total
Honoraires	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	35% TFR -	100% TFR 100% TFR
Prestations légales hébergement - Transport	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS
Prestations supplémentaires hébergement - Transport	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

DIVERS

Acte	SS	MCF Santé	Total
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65%, 70% ou 80% TC ou TA	35%, 30% ou 20% TC ou TA	100% TC ou TA
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale		23 €	23 €
Traitement du sevrage tabagique (prise en charge des substituts nicotiques)	Forfait annuel de 150 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 200 €

INTERVENTIONS HORS SÉCURITÉ SOCIALE

Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	Forfait de 152,50 €	152,50 € dans la limite du prix payé et sur justificatif médical, pour les adhérentes de plus de 30 ans
Maternité assistée (fécondation in vitro)	Forfait de 155 €	Par séance, dans la limite de la dépense engagée et de quatre séances pour l'ensemble du traitement, aux fins de compensation de tout ou partie des frais de transport et d'hébergement liés au traitement Ce forfait est versé sur présentation des justificatifs médicaux et des factures correspondant aux frais engagés
Vaccin anti-grippal	Prise en charge intégrale	Prise en charge du montant du vaccin, s'il est inscrit sur la liste retenue par la CNAM et des frais liés à l'injection du vaccin si elle est effectuée par un auxiliaire médical
Examen de densitométrie osseuse	Forfait de 45 €	Dans la limite du prix payé et d'un examen tous les deux ans, pour les adhérents âgés d'au moins 45 ans
Bilan et traitement de psychothérapie et d'ergothérapie	Bilan : Forfait de 50 € Traitement : Forfait de 30 € par séance	Participation dans la limite de la dépense engagée, pour les ayants droit jusqu'à leur 18 ^e anniversaire, sous réserve de prescription médicale
Coloscopie virtuelle	Prix payé	Prix payé
Pose d'un holter	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale
Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus	Prix payé	Prix payé
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale.	

PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

Acte	SS	MCF Santé	Total
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissure	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Détartrage annuel complet	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Bilan du langage (AMO24)	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Ostéodensitométrie	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Vaccinations : Diphtérie, tétanos et poliomyélite	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Coqueluche avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Hépatite B avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
BCG avant 6 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Rubéole	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Haemophilus influenzae B	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	65% ou 0%	35% ou 100%	100%

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ » POUR L'ANNÉE 2018

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	30 €	45 €	54 €
Membres participants de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	43,29 €	65,05 €	75,87 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	46,03 €	69,03 €	80,28 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	48,54 €	73,03 €	85,02 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	53,59 €	80,28 €	93,63 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	57,27 €	85,74 €	100,25 €
Supérieur à 73 100 €	62,20 €	93,32 €	108,86 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants (hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Inférieur ou égal à 13 400 €	53,79 €	80,49 €	94,25 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	56,43 €	84,49 €	98,57 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	59,05 €	88,47 €	103,30 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	63,99 €	96,04 €	112,12 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	67,68 €	101,61 €	118,32 €
Supérieur à 73 100 €	72,72 €	108,86 €	127,26 €

→ III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Bénéficiaire cotisant non retraité âgé d'au moins 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	57,27 €	85,74 €	100,25 €
Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction Publique et bénéficiaire cotisant poursuivant des études ou en apprentissage et bénéficiaire handicapé	12,81 €	19,44 €	22,49 €
Bénéficiaire cotisant non scolarisé de moins de 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	30 €	45 €	54 €

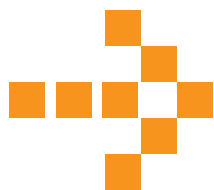
* Non scolarisés

** L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

*** Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

→ IV. Cotisation de maintien

25,80 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1^{er} janvier 2017).



GRILLE DES PRESTATIONS

MCF SANTÉ PLUS

POUR L'ANNÉE 2018

SOINS COURANTS NGAP

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total
Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)	60% - 65% ou 70% TC	40% - 35% ou 30% TC	100% TC
Consultations des médecins généralistes ayant signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 12 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 12 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins généralistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 7 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 7 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins spécialistes ayant signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 13 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins spécialistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 8 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 8 € dans la limite du prix payé
Consultations des médecins psychiatres ayant signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 13 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 13 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins psychiatres n'ayant pas signé l'Option de Pratique TARifaire Maîtrisée	70% TC	30% TC + 4 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 4 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins non conventionnés	70% TA	30% TA	100% TA
Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Consultation de Médecin acupuncteur		10 €	10 €
Analyses / Masseurs* / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% TC 60% TC ou TA	40% TC 40% TC ou TA	100% TC 100% TC ou TA
Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale	60% TC ou TA	40% TC ou TA +	100% TC ou TA
Pédicures actes pris en charge ou non par la Sécurité sociale (sur présentation d'une prescription médicale)		30 €	30 € dans la limite de 3 séances par an
Recherche du Cholestérol HDL		15 € dans la limite du prix payé	15 € dans la limite du prix payé
Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé	Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé
Infirmiers	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Sages-femmes	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Transports	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TC = Tarif Conventionnel
TA = Tarif d'Autorité

TRSS = Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale
* Prise en charge Sécurité sociale et parfois soumise à entente préalable

SOINS COURANTS CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé Plus	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostique, acte de médecine nucléaire diagnostique	ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes diagnostiques, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique	ATM	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total SS + MCF Santé Plus	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Chirurgie Ambulatoire*	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total SS + MCF Santé Plus	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Maisons de repos

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total SS + MCF Santé Plus	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS		100% TRSS ou 80% TRSS
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total SS + MCF Santé Plus	RFH	Total SS + RFH
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHT ou 80% GHT	100% GHT	200% GHT ou 180% GHT	- ou 20% GHT	100% GHT
Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% TC	100% TC	200% TC	50% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PHARMACIE

	SS	MCF Santé Plus	Total
Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité	100% TFR 65% TFR 30% TFR	- 35% TFR 70% TFR	100% TFR 100% TFR 100% TFR
Autres médicaments	100% TP 65% TP 30% TP 15% TP	- 35% TP 70% TP -	100% TP 100% TP 100% TP 15% TP
Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement = AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN)	60% LPP 100% LPP	40% LPP -	100% LPP 100% LPP
Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)		Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
Produits et accessoires médicalement prescrits aux insulino-dépendants et délivrés en pharmacie	100% LPP	Complément prix payé	Remboursement intégral
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale		36 € par an	36 € par an

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP : Tarif Public

LPP : Liste des Produits et Prestations (ex. TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires)

DENTAIRE (NGAP)

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total
Orthodontie	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale		200 € par semestre	200 € par semestre
Surfaçage dentaire (dans la limite de deux séances par an)		100 € par séance	100 € par séance
Traitement de la maladie parodontale non pris en charge par la Sécurité sociale		200 € par an	200 € par an

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé Plus	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Radios dentaires	SDE INO END ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Prothèses dentaires : (si prise en charge par la Sécurité sociale) Prothèse dentaire provisoire Réparation sur prothèse Inlay-core Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique	PDT RPN ICO PFM PFC	70% TC ou TA	300% TC ou TA	370% TC ou TA
Prothèses amovibles (si prise en charge par la Sécurité sociale)	PAR PAM	70% TC ou TA	Voir tableau	Voir tableau
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	70% TC ou TA	300% TC ou TA	370% TC ou TA
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		650 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	650 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Prothèses sur implants (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		500 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	500 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD

Nature des soins	SS	MCF Santé Plus	Total
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	70% TC	397,95 €	473,20 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)	70% TC	195,15 €	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*		50,70 €	50,70 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	70% TC	954,35 €	1 150 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	70% TC	1 000 €	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	Néant ou 70% TC	110 €	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	70% TC	110 €	185,25 €

* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne

TC : Tarif des praticiens conventionnés

PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À 70%

→ Codification : PAR ou PAM

Nombre de dents par appareil	MCF Santé Plus	Nombre de dents par appareil	MCF Santé Plus	Nombre de dents par appareil	MCF Santé Plus
1 à 3 dents	350 €	8 dents	426,22 €	13 dents	550 €
4 dents	366,33 €	9 dents	550 €	14 dents	653,07 €
5 dents	425 €	10 dents	550 €	Complet	1 200 €
6 dents	425 €	11 dents	550 €		
7 dents	433,75 €	12 dents	550 €		

OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

→ Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé Plus	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES				
2261874 2242457	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries bénéficiaires de moins de 18 ans	7,22 €	210 €	217,22 €
2243304 2243540 2291088 2297441	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,01 €	350 €	366,01 €
2273854 2248320	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,98 €	350 €	376,98 €
2200393 2270413	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	8,96 €	210 €	218,96 €
2283953 2219381	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	21,77 €	350 €	371,77 €
2238941 2268385	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,74 €	350 €	366,74 €
2245036 2206800	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	27,90 €	350 €	377,90 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS				
2259245 2264045	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	23,51 €	350 €	373,51 €
2238792 2202452	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	25,98 €	350 €	375,98 €
2240671 2282221	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,16 €	350 €	376,16 €
2234239 2259660	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	39,97 €	350 €	389,97 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Hors réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé Plus	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	73,50 €	74,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	111,50 €	113,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	350 €	354,57 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	73,50 €	75,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	350 €	354,12 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	75 €	78,75 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	350 €	355,67 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	98,75 €	103,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	400 €	406,49 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	98,75 €	104,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	400 €	414,72 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Santé Plus	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	93,50 €	94,87 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	131,50 €	133,97 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	350 €	354,57 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	93,50 €	95,70 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	350 €	354,12 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	93,50 €	97,25 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	350 €	355,67 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	118,75 €	123,14 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	400 €	406,49 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	118,75 €	124,97 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	400 €	414,72 €

→ Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Nature de l'équipement	SS	MCF Santé Plus	Total (à l'unité)
LENTILLES				
2251545	Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	23,69 €	65 €	88,69 €
	Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
	Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
MONTURE				
2210546	Bénéficiaires de moins de 18 ans	18,29 €	50 €	68,29 €
2223342	Bénéficiaires de plus de 18 ans	1,70 €	50 €	51,70 €
CAS PARTICULIERS				
	En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014	Dans la limite du plafond fixé par le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014
SUPLÉMENTS DIVERS				
2269025	Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	7,62 €	10 €
2227920	Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	15,43 €	30 €
2227908	Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	22,25 €	50 €
2287862 2247905	Prisme incorporé	60%	9,60 € ou 17,42 €	20 €
2293957	Système antiptosis	60%	49,76 €	100 €
2222408	Filtre chromatique ou UV	60% ou néant	14,05 € ou 20 €	20 €
2204066 2278219	Verres iséiconiques	Néant	28 €	28 €
2246716 2274109	Sphère supérieure à 20 dioptries	60%	21,08 € ou 27,73 €	30 €
	Chirurgie réfractive		350 € par an et par œil	350 € par an et par œil

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

Nature appareillage	Codes regroupement	SS	MCF Santé Plus	Total
Appareil auditif	PAU	60% LPP	800 €	60% LPP + 800 €
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire		60% LPP	200% LPP	260% LPP
Semelles et chaussures orthopédiques	COR	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Orthèses, Prothèses internes et externes, Orthoprothèses, Véhicule pour handicapés	ORP, PA, PII, PEX, PME, VEH	60% LPP 100% LPP	200% LPP 200% LPP	260% LPP 300% LPP
Autre appareillage ; Location ou achat		60% LPP 100% LPP	40% LPP	100% LPP

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé Plus	Total
Honoraires	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	35% TFR -	100% TFR 100% TFR
Prestations légales hébergement - Transport	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS
Prestations supplémentaires hébergement - Transport	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

DIVERS

Acte	SS	MCF Santé Plus	Total
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65%, 70% ou 80% TC ou TA	35%, 30% ou 20% TC ou TA	100% TC ou TA
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale		23 €	23 €
Traitement du sevrage tabagique (prise en charge des substituts nicotiques)	Forfait annuel de 150 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 200 €

INTERVENTIONS HORS SÉCURITÉ SOCIALE

Amniocentèse non prise en charge par la Sécurité sociale	Forfait de 152,50 €	152,50 € dans la limite du prix payé et sur justificatif médical, pour les adhérentes de plus de 30 ans
Maternité assistée (fécondation in vitro)	Forfait de 155 €	par séance, dans la limite de la dépense engagée et de quatre séances pour l'ensemble du traitement, aux fins de compensation de tout ou partie des frais de transport et d'hébergement liés au traitement Ce forfait est versé sur présentation des justificatifs médicaux et des factures correspondant aux frais engagés
Vaccin anti-grippal	Prise en charge intégrale	Prise en charge du montant du vaccin, s'il est inscrit sur la liste retenue par la CNAM et des frais liés à l'injection du vaccin si elle est effectuée par un auxiliaire médical
Examen de densitométrie osseuse	Forfait de 45 €	dans la limite du prix payé et d'un examen tous les deux ans, pour les adhérents âgés d'au moins 45 ans
Bilan et traitement de psychothérapie et d'ergothérapie	Bilan : Forfait de 50 € Traitement : Forfait de 30 € par séance	Participation dans la limite de la dépense engagée, pour les ayants droit jusqu'à leur 18 ^e anniversaire, sous réserve de prescription médicale
Coloscopie virtuelle	Prix payé	Prix payé
Pose d'un holter	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale
Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus	Prix payé	Prix payé
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale.	

PRESTATIONS DE PRÉVENTION

Arrêté du 8 juin 2006 pris pour application de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R.871-2 du même code

Acte	SS	MCF Santé Plus	Total
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissure	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Détartrage annuel complet	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Bilan du langage (AMO24)	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Ostéodensitométrie	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Vaccinations : Diphtérie, tétanos et poliomyélite	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Coqueluche avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Hépatite B avant 14 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
BCG avant 6 ans	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Rubéole	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Haemophilus influenzae B	65% ou 0%	35% ou 100%	100%
Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois	65% ou 0%	35% ou 100%	100%

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ PLUS » POUR L'ANNÉE 2018

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	45 €	67,50 €	81 €
Membres participants de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	66,75 €	100,24 €	117,02 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	72,01 €	107,70 €	126,02 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	75,20 €	112,75 €	131,29 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	83,21 €	124,71 €	145,56 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	89,36 €	134,36 €	156,66 €
Supérieur à 73 100 €	95,94 €	144,02 €	167,86 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Inférieur ou égal à 13 400 €	79,38 €	119,22 €	139,31 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	84,75 €	126,90 €	148,32 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	87,82 €	131,51 €	153,69 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	95,94 €	143,92 €	167,85 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	102,32 €	153,37 €	179,36 €
Supérieur à 73 100 €	108,68 €	163,03 €	190,25 €

→ III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Bénéficiaire cotisant non retraité âgé d'au moins 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	89,36 €	134,36 €	156,66 €
Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction Publique et bénéficiaire cotisant poursuivant des études ou en apprentissage et bénéficiaire handicapé	19,88 €	29,75 €	34,47 €
Bénéficiaire cotisant non scolarisé de moins de 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	45 €	67,50	81 €

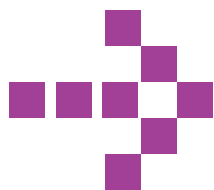
* Non scolarisés

** L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

*** Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

→ IV. Cotisation de maintien

39,50 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1^{er} janvier 2017).



GRILLE DES PRESTATIONS MCF PRÉVENTION POUR L'ANNÉE 2018

AVERTISSEMENT

Les taux de participation Sécurité sociale et en conséquence les taux de couverture totale sont donnés à titre indicatif, la Mutuelle ne s'engageant que sur ses propres taux d'intervention.

SOINS COURANTS NGAP

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Soins externes en milieu hospitalier public (y compris centres médicaux et d'optique de la Fédération Interdépartementale de la Région Parisienne)	60% - 65% ou 70% TC	40% - 35% ou 30% TC	100% TC
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Consultation d'ostéopathie médicale (effectuée chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Consultation de Médecin acupuncteur		10 €	10 €
Analyses Pédicures* Masseurs* Orthophonistes* Orthoptistes*	60% TC 60% TC ou TA	40% TC 40% TC ou TA	100% TC 100% TC ou TA
Recherche du Cholestérol HDL		15 € dans la limite du prix payé	15 € dans la limite du prix payé
Examens de laboratoire médicalement prescrits mais non pris en charge par la Sécurité sociale		Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé	Forfait annuel de 30 € dans la limite du prix payé
Infirmiers	60% TC ou TA	40% TC ou TA	100% TC ou TA
Sages-femmes	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Transports	65% TRSS	35% TRSS	100% TRSS

TC = Tarif Conventionnel
TA = Tarif d'Autorité

TRSS = Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale
* Prise en charge Sécurité sociale et parfois soumise à entente préalable

SOINS COURANTS CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostique, acte de médecine nucléaire diagnostique	ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Actes diagnostiques, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique	ATM	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

HOSPITALISATION HORS T2A

(Tarification À l'Activité)

Autres services que médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Chirurgie ambulatoire*	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

→ Maisons de repos

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Prix de journée (incluant les honoraires médicaux)	100% TRSS ou 80% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS		100% TRSS ou 80% TRSS
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière					

HOSPITALISATION T2A

(Tarification À l'Activité)

Services médecine, chirurgie et obstétrique

→ Hôpitaux publics et cliniques privées

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total SS + MCF Prévention	RFH	Total SS + RFH
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (actes inclus dans le Groupe Homogène de Séjour - GHS - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT - donnant lieu à une tarification forfaitaire par pathologie)	100% GHT ou 80% GHT	100% GHT	200% GHT ou 180% GHT	- ou 20% GHT	100% GHT
Forfaits divers non inclus dans le GHS ou le GHT (urgence, matériels, IVG, dialyse, réanimation et surveillance continue)	100% TRSS ou 80% TRSS	100% TRSS	200% TRSS ou 180% TRSS	- ou 20% TRSS	100% TRSS
Honoraires médicaux* (hors CCAM)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% TC ou 80% TC	100% TC	200% TC ou 180% TC	50% TC ou 70% TC	150% TC
Accouchements, césariennes (code regroupement CCAM = ACO)	100% TC	100% TC	200% TC	50% TC	150% TC
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière et frais d'accompagnement Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% du TRSS si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée

PHARMACIE

	SS	MCF Prévention	Total
Médicaments appartenant à un même groupe générique et soumis à Tarif Forfaitaire de Responsabilité	100% TFR 65% TFR 30% TFR	- 35% TFR 35% TFR	100% TFR 100% TFR 65% TFR
Autres médicaments	100% TP 65% TP 30% TP 15% TP	- 35% TP 35% TP -	100% TP 100% TP 65% TP 15% TP
Produits et accessoires médicalement prescrits et délivrés en pharmacie (codes regroupement : AAD, AAR, ARO, GLU, MAC, MAD, PAN, COR, POC, PII, ORP, PEX, PME)	60% LPP 100% LPP	40% LPP -	100% LPP 100% LPP
Vaccins et injections (y compris pour les voyages à l'étranger)		Frais réels	Frais réels
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale		36 € par an	36 € par an

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

TP : Tarif Public

LPP : Liste des Produits et Prestations (ex. TIPS : Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires)

DENTAIRE (NGAP)

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale			Action sociale possible
Surfaçage dentaire (dans la limite de deux séances par an)		100 € par séance	100 € par séance

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

DENTAIRE CCAM

Classification Commune des Actes Médicaux

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Soins conservateurs dentaires Actes dentaires, inlay-onlay Endodontie Inlay-core Radios dentaires	SDE INO END ICO ADI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA
Prothèses dentaires (si prise en charge par la Sécurité sociale) : Réparation sur prothèse Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique	RPN PFM PFC	70% TC ou TA	155% TC ou TA	225% TC ou TA
Prothèse dentaire provisoire	PDT		30,49 €	30,49 €
Prothèses amovibles (si prise en charge par la Sécurité sociale)	PAR PAM	70% TC ou TA	Voir tableau	Voir tableau
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	70% TC ou TA	155% TC ou TA	225% TC ou TA
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		280 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	280 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Prothèses sur implants (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le médecin stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale)	IMP		200 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants	200 € par année civile, quel que soit le nombre d'implants
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR	70% ou 100% TC ou TA	250% TC ou TA	320% ou 350% TC ou TA
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	70% TC ou TA	30% TC ou TA	100% TC ou TA

DENTAIRE

Prothèses dentaires dans le cadre de la convention MFP/CNSD

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur toutes les dents sauf les molaires	70% TC	397,95 €	473,20 €
Pose d'une couronne transitoire et d'une couronne définitive localisée sur les molaires (sauf couronne céramo-céramique)	70% TC	195,15 €	270,40 €
Pose d'une couronne transitoire, uniquement en cas d'urgence ou si la couronne définitive n'est pas effectuée*		50,70 €	50,70 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et 1 élément intermédiaire métallique	70% TC	954,35 €	1 150 €
Pose d'une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge) de 3 dents comportant au moins 1 pilier d'ancrage ou 1 élément intermédiaire céramométallique ou en équivalent minéraux	70% TC	1 000 €	1 195,65 €
Adjonction d'un élément intermédiaire à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	Néant ou 70% TC	110 €	110 € ou 117,53 €
Adjonction d'un pilier à une prothèse plurale dentoportée définitive (bridge)	70% TC	110 €	185,25 €

TC : Tarif des praticiens conventionnés

TA : Tarif d'autorité de la Sécurité sociale en cas de recours à un praticien non conventionné

* Prise en charge dans le cadre du protocole d'une couronne transitoire ou provisoire isolée, en cas d'urgence ou d'attente thérapeutique d'un minimum de 6 mois sans réalisation d'une couronne

PRÉVENTION DENTAIRE

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Examen annuel de prévention	70% TC	30% + 5 €	100% TC + 5 €
Dépistage entre 3 ^e et 6 ^e mois de grossesse	70% TC	30% + 5 €	100% TC + 5 €
Examen de dépistage de la maladie paradontale	70% TC	30% + 10 €	100% TC + 10 €
Traitement de la maladie paradontale non pris en charge par la SS		200 € par an	200 € par an

DENTAIRE : DIVERS

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Autres actes d'orthodontie (examen surveillance, contention)	70% TC 100% TC	180% TC 150% TC	250% TC
Rebasage, réparation de fracture, renfort et adjonction ou remplacement de dents ou crochets	70% ou néant	30% + forfait de 243,92 € ou Forfait de 243,92 €	100% + forfait Forfait

TC : Tarif des praticiens conventionnés

PROTHÈSES DENTAIRES AMOVIBLES PRISES EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE À 70%

→ Code CCAM : PAR ou PAM

Nombre de dents par appareil	MCF Prévention	Nombre de dents par appareil	MCF Prévention	Nombre de dents par appareil	MCF Prévention
1 à 3 dents	280 €	8 dents	360 €	13 dents	440 €
4 dents	300 €	9 dents	440 €	14 dents	530 €
5 dents	350 €	10 dents	440 €	Complet	960 €
6 dents	350 €	11 dents	440 €		
7 dents	360 €	12 dents	440 €		

OPTIQUE

La participation de la Sécurité sociale est de 60% du tarif de référence

→ Bénéficiaires de moins de 18 ans

Que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES				
2261874 2242457	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries bénéficiaires de moins de 18 ans	7,22 €	210 €	217,22 €
2243304 2243540 2291088 2297441	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,01 €	350 €	366,01 €
2273854 2248320	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,98 €	350 €	376,98 €
2200393 2270413	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	8,96 €	210 €	218,96 €
2283953 2219381	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	21,77 €	350 €	371,77 €
2238941 2268385	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	16,74 €	350 €	366,74 €
2245036 2206800	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	27,90 €	350 €	377,90 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS				
2259245 2264045	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	23,51 €	350 €	373,51 €
2238792 2202452	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	25,98 €	350 €	375,98 €
2240671 2282221	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	26,16 €	350 €	376,16 €
2234239 2259660	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de moins de 18 ans	39,97 €	350 €	389,97 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Hors réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (hors réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	43,63 €	45 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	75,85 €	78,32 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	75,85 €	80,42 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	42,80 €	45 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	75,85 €	79,97 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	75,85 €	79,60 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	75,85 €	81,52 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (hors réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	85,61 €	90 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	113,51 €	120 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	113,78 €	120 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	105,38 €	120 €

→ **Bénéficiaires de 18 ans et plus**

Opticiens conventionnés du réseau OPTILYS

Code LPP	Caractéristiques des verres	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
VERRES SIMPLES (réseau OPTILYS)				
2203240 2287916	Verre sphérique de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	1,37 €	63,63 €	65 €
2280660 2282793 2263459 2265330	Verre sphérique de 6,25 à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,47 €	95,85 €	98,32 €
2235776 2295896	Verre sphérique supérieur à 10 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,57 €	95,85 €	100,42 €
2259966 2226412	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	2,20 €	62,80 €	65 €
2284527 2254868	Verre sphéro cylindrique : cylindre < ou = à 4 sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,12 €	95,85 €	99,97 €
2212976 2252668	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4 sphère de 0 à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	3,75 €	95,85 €	99,60 €
2288519 2299523	Verre sphéro cylindrique : cylindre > à 4, sphère > à 6 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	5,67 €	95,85 €	101,52 €
VERRES MULTIFOCAUX OU PROGRESSIFS (réseau OPTILYS)				
2290396 2291183	Verre sphérique de 0 à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	4,39 €	105,61 €	110 €
2245384 2295198	Verre sphérique > à 4 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,49 €	133,51 €	140 €
2227038 2299180	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère de 0 à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	6,22 €	133,78 €	140 €
2202239 2252042	Verre sphéro cylindrique : quel que soit le cylindre, sphère > à 8 dioptries, bénéficiaires de plus de 18 ans	14,72 €	125,38 €	140 €

→ Compléments

Quel que soit l'âge du bénéficiaire et que l'opticien soit ou non conventionné OPTILYS

Code LPP	Nature de l'équipement	SS	MCF Prévention	Total (à l'unité)
LENTILLES				
2251545	Lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale	23,69 €	46,31 €	70 €
	Lentilles de contact sphériques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
	Lentilles de contact toriques non prises en charge par la Sécurité sociale (dans la limite d'une fois par an)		65 €	65 €
MONTURE				
2210546	Bénéficiaires de moins de 18 ans	18,29 €	31,71 €	50 €
2223342	Bénéficiaires de plus de 18 ans	1,70 €	48,30 €	50 €
SUPLÉMENTS OPTIQUE DIVERS				
	Chirurgie réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil
2269025	Filtre occlusion (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	7,62 €	10 €
2227920	Prisme souple (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	15,43 €	30 €
2227908	Lunettes à coque (bénéficiaire de moins de 6 ans)	60%	22,25 €	50 €
2287862 2247905	Prisme incorporé	60%	9,60 € ou 17,42 €	20 €
2293957	Système antiptosis	60%	49,76 €	100 €
2222408	Filtre chromatique ou UV	60% ou néant	14,05 € ou 20 €	20 €
2204066 2278219	Verres iséiconiques	Néant	28 €	28 €
2246716 2274109	Sphère supérieure à 20 dioptries	60%	21,08 € ou 27,73 €	30 €

PROTHÈSES ET APPAREILLAGES

Autres que dentaires

SOINS ET APPAREILS

(attention : certains appareillages sont soumis à la formalité de l'entente préalable)

Nature appareillage	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Appareil auditif (bénéficiaire de moins de 20 ans)	PAU	60% LPP	110% LPP	170% LPP (selon tarif d'homologation)
Appareil auditif (bénéficiaire de plus de 20 ans)	PAU	60% LPP	430,17 €	550 € par prothèse
Fournitures et accessoires pour appareil auditif	PAU	60% LPP	110% LPP	170% LPP
Prothèse mammaire et prothèse capillaire		100% LPP	Forfait	270 €
Orthèses (ex petit appareillage)	PA	60% LPP 100% LPP	140% LPP 100% LPP	200% LPP
Véhicule pour handicapés	VEH	60% LPP 100% LPP	140% LPP 100% LPP	200% LPP
Autre appareillage ; Location ou achat		60% LPP 100% LPP	75% LPP 35% LPP	135% LPP
Matériel pour amblyopie pour les enfants de moins de 20 ans		60% LPP 100% LPP	75% LPP 35% LPP	135% LPP

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Prévention	Total
Honoraires	70% TC ou TA	25% TC ou TA	95% TC ou TA
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	30% TRSS -	95% TRSS 100% TFR
Prestations légales hébergement - Transport	65% TRSS	30% TRSS	95% TRSS
Prestations supplémentaires hébergement - Transport	65% TRSS	30% TRSS	95% TRSS

TRSS : Tarif de Responsabilité de la Sécurité sociale

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité (base de remboursement Sécurité sociale)

DIVERS

Acte	SS	MCF Prévention	Total
IVG chirurgicale ou médicamenteuse	65%, 70% ou 80% TC ou TA	35%, 30% ou 20% TC ou TA	100% TC ou TA
Amniocentèse non prise en charge par la SS		185 €	185 €
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la SS		23 €	23 €
Traitement du sevrage tabagique (prise en charge des substituts nicotiniques)	Forfait annuel de 150 €	Forfait annuel de 50 €	Forfait annuel de 200 €
Coloscopie virtuelle		Prix payé	Prix payé
Pose d'un holter		Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale	Forfait de 100 € dans la limite du prix payé ou du reste à charge en cas de remboursement Sécurité sociale
Test ADN pour la recherche de la trisomie 21 chez les femmes enceintes de 35 ans et plus		Prix payé	Prix payé

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF PRÉVENTION » POUR L'ANNÉE 2018

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	25 €	37,50 €	45 €
Membres participants de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Inférieur ou égal à 13 400 €	37,30 €	55,94 €	65,22 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	39,77 €	59,65 €	69,55 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	41,73 €	62,54 €	72,95 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	46,26 €	69,34 €	80,98 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Supérieur à 73 100 €	53,37 €	79,95 €	93,35 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants et bénéficiaires cotisants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Inférieur ou égal à 13 400 €	46,99 €	70,58 €	82,22 €
Supérieur à 13 400 € et inférieur ou égal à 20 700 €	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Supérieur à 20 700 € et inférieur ou égal à 30 800 €	51,41 €	77,07 €	89,94 €
Supérieur à 30 800 € et inférieur ou égal à 40 900 €	55,94 €	83,86 €	97,88 €
Supérieur à 40 900 € et inférieur ou égal à 73 100 €	59,14 €	88,71 €	103,56 €
Supérieur à 73 100 €	63,05 €	94,59 €	110,24 €

→ III. Cotisations des autres bénéficiaires

(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Bénéficiaire cotisant non retraité âgé d'au moins 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	49,45 €	74,18 €	86,55 €
Membre participant suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction Publique et bénéficiaire cotisant poursuivant des études ou en apprentissage et bénéficiaire handicapé	11,13 €	16,69 €	19,37 €
Bénéficiaire cotisant non scolarisé de moins de 35 ans inscrit à la Sécurité sociale à titre personnel	25 €	37,50 €	45 €

* Non scolarisés

** L'adhérent et ses ayants-droit au titre de la Sécurité sociale

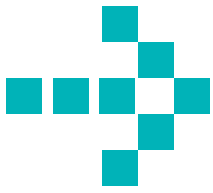
*** Pas de majoration au-delà de 3 personnes garanties

→ IV. Cotisation de maintien

25 € par an (cette cotisation s'applique aux adhérents qui répondaient aux dispositions des statuts - article 17, alinéa 1 - antérieurs au 1^{er} janvier 2017).

Tarifification des offres de maintien définies à l'article 1^{er} du règlement maladie
(non éligibles à la notion de contrats responsables et donc, ne pouvant bénéficier d'une taxation minorée)

Offre	Cotisation mensuelle 2018 (hors taxes)
OPTIQUE Plus	13 €
CHIRURGIE Plus	12 €



RÈGLEMENT "ACTION SOCIALE"

Article 1 - Les membres participants et les bénéficiaires cotisants, adhérents de la mutuelle, ont accès au service action sociale, dont les interventions, définies au présent règlement, ne peuvent représenter un montant global supérieur à 2% du total des prestations maladie.

Article 2 - Pour chaque naissance, accouchement sans naissance ou adoption plénière d'enfant, le père et la mère du ou des enfants ont droit à une allocation forfaitaire de maternité dès lors

qu'ils bénéficient d'une couverture au titre de la garantie « Frais de Maladie » en qualité de membres participants, de bénéficiaires cotisants ou d'ayants droit.

Article 3 - Une prestation d'aide ménagère est accordée par la Mutuelle aux adhérents retraités inscrits à la garantie « Frais de Maladie » et classés en GIR V ou VI de la grille AGGIR. Cette prestation est exprimée en pourcentage du tarif horaire de l'aide à domicile, selon le barème suivant :

Tranche de revenus	Revenu mensuel pour une personne seule	Revenu mensuel du ménage	Participation MCF exprimée en % du tarif horaire de l'aide à domicile
1	< 810 €	< 1 408 €	50%
2	De 811 à 868 €	De 1 409 à 1 503 €	50%
3	De 869 à 979 €	De 1 504 à 1 646 €	50%
4	De 980 à 1 149 €	De 1 647 à 1 848 €	25%
5	De 1 150 à 1 202 €	De 1 849 à 1 917 €	25%
6	De 1 203 à 1 341 €	De 1 918 à 2 048 €	10%
7	De 1 342 à 1 534 €	De 2 049 à 2 301 €	10%
8	> 1 534 €	> 2 301 €	10%

Justificatifs à présenter : - Attestation de classement en GIR V ou VI
 - Prescription médicale mentionnant le nombre d'heures et la durée de l'intervention
 - Photocopie du dernier avis d'imposition (mentionnant les revenus du foyer)
 - Les factures acquittées ou la fiche de paie en cas de recours au chèque emploi services universel (CESU)

Article 4 - Des allocations exceptionnelles, prises sur les fonds de la Mutuelle peuvent être accordées par le Conseil d'Administration aux membres participants pour des besoins exceptionnels, notamment en cas de maladie ou d'accident.

Ces allocations sont accordées dans le cadre d'une dotation annuelle fixée par le Conseil d'administration.

Article 5 - Des prêts à caractère social, pris sur les fonds de la Mutuelle affectés à cet objet par l'Assemblée générale et remboursables par mensualités, peuvent être accordés par le Conseil d'administration aux membres participants en cas de besoins graves et urgents, notamment en cas de maladie. Ces prêts doivent en tout état de cause revêtir un caractère social.

Le Conseil d'administration, après examen de la situation du demandeur, fixe le montant des prêts qui ne peuvent excéder 7 500 € par membre et le nombre de mensualités de remboursement qui ne peut être supérieur à 120.

Les mensualités comprennent une fraction constante de la somme prêtée et une contribution de l'emprunteur égale à 1% de cette dernière.

Elles sont payables le premier jour de chaque mois à partir du troisième mois suivant celui de l'attribution.

Leur recouvrement s'effectue par prélèvement sur compte bancaire ou postal.

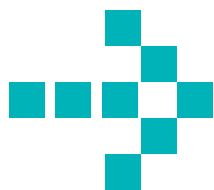
Si trois mensualités échues sont impayées, la totalité du prêt restant dû devient exigible. La contribution de l'emprunteur est alors égale à 2% de la somme due par mois écoulé depuis le dernier paiement régulier. En cas de versements fractionnés, ceux-ci sont d'abord affectés au règlement de la contribution.

L'emprunteur peut à tout moment rembourser les mensualités non échues, pour lesquelles il est alors dispensé de toute contribution. Dans le cas du décès de l'emprunteur avant le remboursement intégral du prêt, les mensualités restant dues seront retenues sur les prestations afférentes aux garanties « Frais d'Obsèques » et « Capital Décès » éventuellement souscrites et, à défaut, sur la succession.

Article 6 - Assistance et information sur l'accès aux soins. Une assistance vie quotidienne est offerte aux adhérents ainsi qu'un service d'information en vue de faciliter l'accès aux soins.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS "ACTION SOCIALE"

Allocation naissance et adoption	Cotisation mensuelle : Néant	300 € pour les membres participants, bénéficiaires cotisants, conjoints et ayants droit inscrits au service « Frais de Maladie »
Aide ménagère	Cotisation mensuelle : Néant	Prestation égale à 50% du taux horaire pour les trois premières tranches de revenus définies à l'article 3 du règlement action sociale, à 25% de ce même taux horaire pour les tranches de revenus 4 et 5 et à 10% du taux horaire pour les tranches suivantes
Allocation exceptionnelle	Cotisation mensuelle : Néant	Montant fixé en commission et sur dossier dans le cadre d'une dotation annuelle fixée par le Conseil d'administration
Prêts à caractères sociaux	Cotisation mensuelle : Néant	Montant fixé en commission et sur dossier



RÈGLEMENT INTÉRIEUR

1 – L'APPARTENANCE MUTUALISTE ET L'ENGAGEMENT RÉCIPROQUE DES PARTIES AU CONTRAT MUTUALISTE

L'adhésion à la Mutuelle Centrale des Finances implique acceptation des statuts et du règlement intérieur.

L'engagement réciproque des parties au contrat mutualiste résulte de la signature du bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, de la souscription d'un contrat collectif.

Outre le bulletin d'adhésion, le contrat mutualiste est constitué des règlements mutualistes auxquels adhère également le membre participant ou le bénéficiaire cotisant : règlement général et règlements correspondant aux garanties souscrites.

1.0 – L'adhésion

Par dérogation aux dispositions de l'article 7 paragraphe 1.2 des statuts, la ré-adhésion d'un ancien membre participant mis à la retraite qui ne peut justifier d'une appartenance à une Mutuelle régie par le Code de la Mutualité pendant les dix dernières années est acceptée, sous réserve d'une adhésion à un contrat groupe obligatoire pendant cette même période.

La ré-adhésion d'un ancien bénéficiaire cotisant salarié est acceptée sous réserve de la présentation des documents officiels justifiant de son adhésion à un contrat groupe obligatoire entre la date de sa radiation et celle de sa ré-adhésion. Par dérogation aux dispositions de l'article 3 du règlement général relatives à l'inscription du membre ayant droit, c'est la date à laquelle la Mutuelle aura eu connaissance par écrit de la vie maritale qui sera retenue pour l'inscription du concubin.

Pour toute personne suspendue avec l'accord du Conseil d'administration, la ré-adhésion n'est possible que si la cotisation de maintien prévue au règlement maladie est acquittée depuis la date de suspension.

1.1 – Maintien d'adhésion

Pour le futur retraité avec pension, l'adhérent désirant maintenir son adhésion à la Mutuelle après sa mise à la retraite doit impérativement :

- 1/ Signaler le plus tôt possible son changement de situation ;
- 2/ Exprimer par écrit son désir de rester adhérent ;
- 3/ Fournir le mandat de prélèvement SEPA au moyen d'un imprimé délivré par la Mutuelle. Cette autorisation doit être accompagnée du relevé d'identité bancaire, postal ou d'épargne correspondant ;
- 4/ Présenter les pièces justificatives de ses pensions.

Sous réserve de satisfaire aux trois premières de ces conditions, la possibilité de maintien dans la Mutuelle est également offerte à tout membre participant quittant le ressort de cette dernière ou à tout bénéficiaire cotisant indépendant souhaitant rester inscrit en dehors du membre participant qui ne peut plus lui offrir cette garantie.

Ces derniers s'engagent en demandant leur maintien dans la Mutuelle à lui signaler toute modification de leur situation administrative dès qu'ils en ont connaissance et au plus tard dans le mois qui suit ce changement. Le Membre Participant s'engage également à fournir chaque année à la Mutuelle avant le 31 décembre, une attestation dûment certifiée de son service payeur indiquant le montant des rémunérations nettes perçues au cours de l'année précédente aux fins de réajustement de leurs garanties « Perte de Rémunération » et/ou « Capital

Décès ». À défaut, la dernière rémunération annuelle communiquée sera retenue pour le calcul de la base garantie.

1.2 – La radiation

• Non paiement de cotisation :

En application de l'article 8 du Règlement général, le non paiement des cotisations entraîne la suspension du règlement des prestations et la radiation de la Mutuelle.

• Documents de gestion non fournis :

Le membre participant, le bénéficiaire cotisant, veuf ou veuve d'un membre participant, ou le bénéficiaire cotisant indépendant encourt également la radiation lorsqu'il ne fournit pas les informations, les documents nécessaires à la mise en œuvre des statuts.

Il doit en particulier informer rapidement la Mutuelle de tout changement de :

- situation familiale (état civil, adresse) ;
- compte courant ;
- service ou de ressort pour les actifs.

Tout changement doit être signalé par lettre dûment datée et signée dans le mois qui suit, au siège de la Mutuelle.

• Régimes visés à l'article 12, paragraphe 7 des statuts :

Par régime obligatoire permettant le maintien de l'inscription aux garanties autres que « Frais de Maladie », il faut entendre régime des parlementaires, S.N.C.F., R.A.T.P.

• Radiation des bénéficiaires cotisants, veufs ou veuves d'un membre participant, et des bénéficiaires cotisants indépendants. La radiation sur demande ou pour non paiement de cotisation est effectuée conformément aux dispositions de l'article 12 des statuts et des articles 8, 9, 11 et 12 du règlement général.

2 – LES COTISATIONS

2.1 – Assiette des cotisations

- 2.1.1 – Le dernier avis d'imposition faisant apparaître les traitements et pensions peut être demandé afin de conforter les données initialement fournies.
- 2.1.2 – Pour les nouvelles adhésions et ré-adhésions, à défaut du montant total des ressources (traitement + primes + indemnités) perçues au cours de l'année n-2, c'est le montant du traitement perçu le mois précédant l'inscription ou la réinscription multiplié par 12 qui sera retenu.

3 – LES PRESTATIONS

3.1 – La qualité d'ayant droit et de bénéficiaire

Sont également admis comme ayants droit les petits-enfants du membre participant dans la mesure où ils sont pris en charge par la Sécurité sociale sur le compte de l'enfant, lui-même bénéficiaire cotisant en tant qu'enfant ou enfant handicapé d'un membre participant.

3.2 – Droits aux prestations

Le membre participant, le bénéficiaire cotisant, veuf ou veuve d'un membre participant, ou le bénéficiaire cotisant indépendant qui, pour une période donnée, n'a pas réglé ses cotisations, quelle qu'en soit la nature, par suite de son adhésion à la Mutuelle, voit son droit aux avantages servis par cette dernière suspendu pendant toute la durée de cette période.

Le droit aux avantages servis par la Mutuelle sera également sus-

pendu pour le membre participant n'ayant pas tenu ses engagements en matière de :

- remboursement des prêts qui ont été accordés, s'il n'a pas régularisé sa situation dans les 30 jours suivant la réception d'une lettre de mise en demeure expédiée en recommandé avec demande d'avis de réception et au terme du délai dont le point de départ est ainsi défini ;
- règlement des échéances d'un prêt cautionné par la Mutuelle. Les droits ne seront de nouveau ouverts que lorsque le membre participant aura régularisé sa situation.

En cas de radiation, la périodicité statutaire de versement des cotisations détermine la date limite d'ouverture des droits aux prestations.

Les dispositions de l'article 16 des statuts permettent donc le règlement, après que la radiation a été prononcée, de prestations dues antérieurement à la date de fin de droit.

4 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE SECTION

4.1 – L'Assemblée générale de section est composée des adhérents, membres participants, membres honoraires et bénéficiaires cotisants, dont le lieu de résidence est compris dans le ressort territorial de la section de vote.

4.2 – Les Assemblées générales de sections –Province / Grande Couronne et Paris / Petite Couronne– sont présidées par l'un ou l'autre des deux Vices-présidents de la Mutuelle.

4.3 – Les membres empêchés d'assister à l'Assemblée générale de section peuvent voter par correspondance.

4.4 – L'Assemblée générale de section se réunit au siège de la Mutuelle et doit être convoquée quinze jours au moins avant sa réunion.

5 – ÉLECTION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

5.1 – Les adhérents candidats à l'élection des délégués à l'Assemblée générale font acte de candidature auprès du Président

de l'Assemblée générale de section dont ils sont membres, au plus tard le 30 septembre de l'année qui précède chaque renouvellement partiel de l'Assemblée générale.

Leur candidature est accompagnée de leur profession de foi dactylographiée et signée. Le titre ne doit pas comporter plus de 100 caractères, les espaces entre les mots comptant chacun pour un caractère. La profession de foi et son titre doivent tenir dans une page de format courant (21x29,7).

5.2 – Les professions de foi des divers candidats aux élections de délégués sont jointes au bulletin de vote et leur titre figure également sur le bulletin de vote en regard des noms des candidats signataires.

6 – MODALITÉS DE VOTE À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

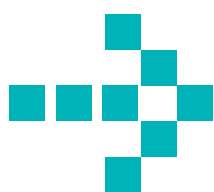
6.1 – La convocation adressée aux membres indique les questions sur lesquelles ils sont invités à se prononcer, ainsi que, le cas échéant, les noms des candidats aux fonctions d'administrateur ou de membre de la Commission de Contrôle, avec le nombre de sièges à pourvoir.

7 – ÉLECTION DES ADMINISTRATEURS

7.1 – Les adhérents candidats à la fonction d'administrateur de la Mutuelle font acte de candidature auprès du Président de la Mutuelle, au plus tard le 31 décembre de l'année qui précède chaque renouvellement partiel des administrateurs.

Leur candidature est accompagnée de leur profession de foi dactylographiée et signée. Le titre ne doit pas comporter plus de 100 caractères, les espaces entre les mots comptant chacun pour un caractère. La profession de foi et son titre doivent tenir dans une page de format courant (21x29,7).

7.2 – Les professions de foi des divers candidats aux fonctions d'administrateur sont jointes au bulletin de vote et leur titre figure également sur le bulletin de vote en regard des noms des candidats signataires.



RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION"

SECTION I – Prestations

Article 1 – Les membres participants et les bénéficiaires cotisants souscripteurs de la garantie « Frais de Maladie » ont droit, au titre de la garantie « Perte de Rémunération », en cas de congés pour cause de maladie ou d'accident, au versement d'indemnités journalières en complément de la rémunération maintenue par l'employeur ou des prestations en espèce de la Sécurité sociale. La garantie ne peut être mise en œuvre qu'après une franchise de 180 jours suivant la date d'adhésion.

En cas de licenciement, il est procédé à la radiation de la garantie « Perte de Rémunération » à la date effective du licenciement. Si l'adhérent était en cours d'indemnisation, le licenciement entraîne automatiquement l'arrêt du versement des indemnités de perte de revenus.

Aucune indemnité ne peut être versée pour une maladie dont l'origine est antérieure à la date d'adhésion à la garantie.

Article 2 – L'indemnité journalière est égale à la différence entre la quatre cent cinquantième partie de la base de garantie et les rémunérations et prestations en espèces de Sécurité sociale perçues.

Pour les seuls congés de maladie ordinaire, l'indemnité journalière est égale à la différence entre la trois cent soixante cinquième partie de la base de garantie et les rémunérations et prestations en espèces de Sécurité sociale perçues.

Article 3 – La base de garantie

1. pour le membre participant :

La base de garantie est le produit arrondi aux 100 € les plus voisins de la rémunération nette annuelle totale par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration d'après la variation de l'indice général des traitements de la Fonction publique.

Sur la demande du membre participant, et pour la seule garantie Perte de Rémunération, cette base de garantie peut

être limitée au traitement indiciaire brut annuel ou, en cas de position de détachement, à un montant justifié.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

La rémunération retenue est en principe celle perçue l'avant-dernière année. Toutefois :

- si cette rémunération a été majorée ou minorée en raison de circonstances exceptionnelles, le membre participant doit demander qu'il y soit substitué une rémunération correspondant à sa situation actuelle en fournissant toutes les justifications nécessaires à la Mutuelle avant le 31 décembre suivant l'année considérée.

- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue.

- en cas d'arrêt de maladie prolongé au-delà d'une année civile, la dernière rémunération enregistrée par la Mutuelle est reconduite pour le nouvel exercice.

Elle peut être révisée par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration.

2. pour les bénéficiaires cotisants :

La base de garantie est la rémunération nette annuelle imposable, arrondie aux 100 € les plus voisins.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

Article 4 - La base garantie ne peut de toute façon excéder un maximum équivalent à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'Assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, arrondi aux 100 € les plus voisins.

Article 5 - Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

SECTION II – Cotisations

Article 6 - La cotisation mensuelle du service « Perte de Rémunération » est fixée en pourcentage de la base de garantie avec arrondissement éventuel aux dix centimes les plus voisins. Elle est calculée par application à la base garantie du taux figurant dans le tableau ci-après, annexé au présent règlement.

SECTION III – Contrôle médical

Article 7 - La MCF se réserve le droit de faire effectuer par un médecin de son choix une expertise médicale de l'état de santé de l'adhérent dont les frais seront à la charge de la Mutuelle.

La décision du médecin expert peut être contestée par le médecin traitant de l'adhérent. Dans ce cas, il est fait appel à un troisième médecin pour les départager.

À défaut d'entente sur la décision de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de la Mutuelle, par le Président du tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'adhérent.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge de la Mutuelle dès lors que la décision de son médecin expert n'est pas entièrement admise par le tiers expert. Dans le cas contraire ils sont à la charge de l'adhérent.

Lorsqu'il est reconnu que l'arrêt de travail de l'adhérent n'est pas justifié, d'une part, l'adhérent devra reverser à la Mutuelle l'ensemble des indemnités perçues pour la période considérée et, d'autre part, la Mutuelle se réserve la possibilité de prononcer la radiation de la garantie, sans possibilité de ré-adhésion pour l'adhérent.

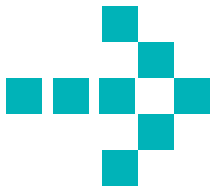
SECTION IV – Règlement des litiges

Article 8 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au Médiateur Fédéral de la Mutualité française. Le règlement de la médiation fédérale est disponible sur le site internet de la Mutuelle. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices, contrats collectifs et tous autres documents d'information.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Nature de la garantie	Cotisation mensuelle		Prestations
	Taux	Assiette	
Complément de rémunération assis sur votre base garantie en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident	0,0563%*	Base annuelle garantie personnalisée dans la limite d'un plafond fixé à l'article 3 du présent règlement	Versement d'une indemnité journalière égale à la différence entre la 1/450 ^e partie de la base garantie et les rémunérations et prestations en espèce de Sécurité sociale perçues, pour les congés de longue maladie, de longue durée et de grave maladie, et la 1/365 ^e partie pour les congés de maladie ordinaire

* Soit un taux statutaire global de 0,0855% pour l'ensemble de la garantie Perte de Rémunération, en tenant compte de la garantie invalidité couverte par CNP Assurances (taux annuel de 1,0260%), et un taux appelé de 0,0826% en tenant compte du taux d'appel de la garantie invalidité



GARANTIE "INVALIDITÉ"

SECTION I – Prestations

Article 1 - Jusqu'au 65^e anniversaire de l'adhérent, cette garantie est obligatoirement liée à la garantie « Perte de Rémunération ». Au 65^e anniversaire de l'adhérent, il est automatiquement mis fin à cette garantie.

Article 2 - Les membres participants et les bénéficiaires cotisants atteints d'invalidité permanente au moins égale à 2/3 perçoivent une rente annuelle. Celle-ci est plafonnée à 36% de la base garantie, mais peut être réduite pour que l'ensemble des sommes perçues à divers titres par le membre participant ou le bénéficiaire cotisant ne dépasse pas 80% de la dernière base garantie enregistrée par la Mutuelle.

Article 3 - Le versement des prestations cesse dès que l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

SECTION II – Cotisations

Article 4 - La cotisation mensuelle du service « Invalidité » est fixée en pourcentage de la base de garantie avec arrondissement éventuel aux dix centimes les plus voisins.

l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

La rémunération retenue est celle perçue l'avant-dernière année. S'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue.

SECTION IV – Contrôle médical

Article 6 - L'assureur se réserve le droit de faire effectuer par un médecin de son choix une expertise médicale de l'état de santé de l'adhérent dont les frais seront à la charge de l'assureur, afin de justifier que le taux d'invalidité est bien supérieur ou égal à deux tiers.

La décision du médecin expert peut être contestée par le médecin traitant de l'adhérent. Dans ce cas, il est fait appel à un troisième médecin pour les départager.

À défaut d'entente sur la décision de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de l'assureur, par le Président du tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'adhérent.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission, sont à la charge de l'assureur dès lors que la décision de son

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Nature de la garantie	Cotisation mensuelle		Prestations
	Taux	Assiette	
Attribution d'une rente en cas de mise en invalidité avec un taux supérieur ou égal à deux tiers	Taux statutaire : 0,0292%* Taux appelé pour 2018 : 90% du taux statutaire soit 0,0263%	Base annuelle garantie telle que définie à l'article 5	Rente annuelle plafonnée à 36% de la base garantie, calculée en fonction de la perte de salaire subie sans que le cumul de la pension de retraite d'invalidité et de la rente excède 80% de la base garantie

* Soit un taux statutaire global de 0,0855% pour l'ensemble de la garantie Perte de Rémunération, en tenant compte de la garantie incapacité couverte par la MCF (taux annuel de 1,0260%), et un taux appelé de 0,0826% en tenant compte du taux d'appel de la garantie invalidité pour 2018

SECTION III – Base de garantie

Article 5 -

1. Pour les membres participants :

La base de garantie est le produit arrondi aux 100 € les plus voisins de la rémunération nette annuelle totale du membre participant par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration d'après la variation de l'indice général des traitements de la Fonction publique.

Sur la demande du membre participant, cette base de garantie peut être limitée au traitement indiciaire brut annuel ou, en cas de position de détachement, à un montant justifié.

Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

2. Pour les bénéficiaires cotisants :

La base de garantie est la rémunération nette annuelle imposable, arrondie aux 100 € les plus voisins.

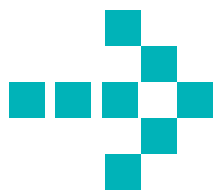
Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de

médecin expert n'est pas entièrement admise par le tiers expert. Dans le cas contraire ils sont à la charge de l'adhérent.

Lorsqu'il est reconnu que le taux d'invalidité est inférieur à deux tiers, la rente n'est pas servie.

SECTION V – Règlement des litiges

Article 7 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution.



GARANTIE "CAPITAL DÉCÈS"

SECTION I – Prestations

Article 1 - Le décès des membres participants, des bénéficiaires cotisants et des conjoints d'adhérents, inscrits à la garantie « Capital Décès » ouvre droit au paiement d'un capital versé au profit du ou des bénéficiaires qu'ils ont désigné(s).

Le membre participant actif ou scolarisé, le bénéficiaire cotisant, conjoint, concubin ou enfant d'un membre participant, ou le bénéficiaire cotisant indépendant, inscrit à cette garantie « Capital Décès » qui devient ayant droit peut rester inscrit à cette garantie.

Le membre participant, le bénéficiaire cotisant, l'adhérent devenu ayant droit ou le conjoint d'adhérent désigne par lettre manuscrite les bénéficiaires de son capital décès en précisant leurs nom, nom de jeune fille, prénom et date de naissance et éventuellement la fraction du capital revenant à chacun ; à défaut de cette dernière indication, le capital sera divisé en parts égales entre les bénéficiaires désignés.

Les capitaux sont versés aux bénéficiaires désignés par le souscripteur de la garantie : membre participant, bénéficiaire cotisant, adhérent devenu ayant droit ou conjoint d'adhérent.

À défaut de désignation expresse du bénéficiaire de la garantie, le capital est versé dans l'ordre de préférence suivant :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut, à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut, aux autres héritiers de l'Assuré par parts égales entre eux.

Si le membre participant, le bénéficiaire cotisant, l'adhérent devenu ayant droit ou le conjoint d'adhérent, souscripteur de la garantie, est atteint avant 65 ans d'une invalidité lui interdisant toute activité lucrative et l'obligeant à recourir, sa vie durant, à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante, il a droit au versement anticipé entre ses mains du capital garanti.

Article 2 - En demandant leur inscription à la garantie « Capital Décès », les membres participants peuvent choisir entre trois garanties : le capital simple, le capital double et le capital triple respectivement égaux à une, deux et trois fois la base de garantie définie à l'article 5 du présent règlement.

Les bénéficiaires cotisants et les conjoints d'adhérents peuvent être inscrits au capital dont le montant est défini au tableau ci-dessous, annexé au présent règlement.

Les adhérents devenus ayants droit fixent librement le montant de leur capital décès, dans la limite du capital en vigueur lorsqu'ils étaient membre participant ou bénéficiaire cotisant.

La garantie court du jour de l'inscription.

Article 3 - Les souscripteurs de la garantie « Capital Décès » peuvent ensuite librement modifier leur choix s'ils désirent une garantie inférieure. La modification prend effet le premier jour du mois suivant celui où la demande parvient à la Mutuelle.

Le passage à une garantie supérieure est par contre soumis aux

mêmes conditions que l'inscription à la garantie et prend effet le premier jour du mois suivant celui où le résultat du contrôle de l'état de santé de l'intéressé parvient à la Mutuelle.

Article 4 - La garantie « Capital Décès » prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le souscripteur atteint l'âge de 70 ans ou l'âge de sa mise à la retraite pour le membre participant, si ce dernier le demande.

Toutefois, sur la demande du souscripteur la garantie peut se poursuivre au-delà de 70 ans ou, le cas échéant, de l'âge de mise à la retraite pour un montant fixé par lui-même :

- pour le membre participant : dans la limite soit du capital simple dont il pouvait bénéficier à cet âge, soit de 45 800 € s'il bénéficiait à ce même âge d'un capital double ou triple supérieur respectivement à 91 600 € ou 137 400 € ;
- pour le bénéficiaire cotisant, le conjoint d'adhérent et l'adhérent devenu ayant droit : dans la limite du capital en vigueur à cet âge.

Lorsque la garantie « Capital Décès » a été prolongée au-delà de 70 ans, le montant du capital garanti ne peut ensuite être modifié qu'en diminution et à la demande du membre participant, du bénéficiaire cotisant, du conjoint d'adhérent ou de l'adhérent devenu ayant droit.

La diminution prend effet le premier jour du mois suivant celui où la demande parvient à la Mutuelle.

Article 5 - La base de garantie est le produit arrondi aux 100 € les plus voisins de la rémunération nette annuelle totale du membre participant par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration d'après la variation de l'indice général des traitements de la Fonction publique.

Cette base de garantie ne peut en tout état de cause excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie en vigueur au 1^{er} juillet de l'année n-1, et, arrondi aux 100 € les plus voisins.

La rémunération retenue est en principe celle perçue l'avant-dernière année.

Toutefois :

- si cette rémunération a été majorée ou minorée en raison de circonstances exceptionnelles, le membre participant doit demander qu'il y soit substitué une rémunération correspondant à sa situation actuelle en fournissant toutes les justifications nécessaires à la Mutuelle avant le 31 décembre suivant l'année considérée ;
- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération perçue qui est retenue ;
- en cas d'arrêt de maladie prolongé au-delà d'une année civile, la dernière rémunération enregistrée par la Mutuelle est reconduite pour le nouvel exercice.

Elle peut être révisée par un coefficient déterminé par le Conseil d'administration.

SECTION II – Cotisations

Article 6 - La cotisation mensuelle de la garantie « Capital Décès » est fixée, par tranche d'âge, en pourcentage du capital garanti défini selon le cas à l'article 2 du présent règlement ou à l'article 4. Elle est déterminée pour chaque adhérent au taux qui lui est applicable au 1^{er} janvier de l'année de son inscription pour l'année de ladite inscription puis à celui qui lui est applicable au 1^{er} janvier de chaque année pour les suivantes.

Elle est éventuellement arrondie aux dix centimes les plus voisins.

SECTION III – Règlement des litiges

Article 7 - En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir

entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES TAUX DE COTISATIONS ET DU MONTANT DES CAPITAUX GARANTIS

Âge	Cotisations mensuelles Taux (applicable au capital garanti)		Capital garanti
	Partie du capital inférieure ou égale à 15 245 €	Partie du capital supérieure à 15 245 €	
Avant 30 ans	0,006%	0,006%	<p>• Membre participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avant 70 ans capital simple, double ou triple (dans la limite de 60 fois le plafond périodique mensuel de cotisation de l'assurance maladie) - À partir de 70 ans capital simple ou un maximum de 45 800 € pour les souscripteurs initiaux de capitaux double ou triple respectivement supérieurs à 91 800 € et 137 400 € <p>• Bénéficiaire cotisant conjoint et enfants d'adhérent :</p> <p>sur option : 7 700 €, 15 300 €, 30 500 € ou 45 800 €</p>
de 30 à 34 ans	0,008%	0,008%	
de 35 à 39 ans	0,014%	0,014%	
de 40 à 44 ans	0,017%	0,017%	
de 45 à 49 ans	0,026%	0,026%	
de 50 à 54 ans	0,042%	0,042%	
de 55 à 59 ans	0,055%	0,055%	
de 60 à 64 ans	0,075%	0,075%	
de 65 à 69 ans	0,089%	0,089%	
de 70 à 74 ans	0,250%	0,250%	
de 75 à 79 ans	0,315%	0,464%	
de 80 à 84 ans	0,315%	0,703%	
de 85 à 89 ans	0,315%	1,069%	
de 90 à 94 ans	0,315%	1,646%	
de 95 ans et plus	0,315%	2,550%	



GARANTIE "FRAIS D'OBSÈQUES"

Article 1 - La garantie « Frais d'Obsèques » donne droit, au moment du décès, à la prise en charge des frais d'obsèques exposés soit par l'adhérent ou l'un de ses enfants, inscrit sur son compte en qualité d'ayant droit et âgé de moins de 21 ans, soit par le conjoint de l'adhérent, si ce dernier a souscrit la garantie « Frais d'Obsèques Conjoint », dans la limite de 2 500 €.

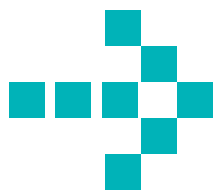
Article 2 - Au décès de l'adhérent les prestations sont payées sur justification à la personne ayant supporté ces frais d'obsèques ; à défaut, à son conjoint ; à défaut, à ses héritiers. Au décès du conjoint ou d'un enfant, les prestations sont payées à l'adhérent.

Article 3 - La cotisation mensuelle du service « Frais d'Obsèques » est de 4 € par adulte garanti.

Article 4 - Règlement des litiges. En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Nature de la garantie	Cotisation mensuelle	Prestations
Prise en charge des frais exposés en cas de décès de l'adhérent ou de ses enfants de moins de 21 ans	4 €	Dans la limite d'un montant maximum de : 2 500 €
Disposition identique en cas de décès du conjoint	Supplément de 4 €	



GARANTIE "DÉPENDANCE"

Article 1 - Définition de la garantie

La garantie « Dépendance » couvre le risque de « Dépendance Totale ». Elle peut être étendue, moyennant surprime, au risque de « Dépendance Partielle ».

• 1/ Dépendance Totale

La garantie ouvre droit au versement d'une rente mensuelle minimum de 250 € - avec possibilité offerte jusqu'à l'âge de 70 ans d'opter, moyennant paiement d'une cotisation additionnelle, pour un montant supérieur de garantie, respectivement 500, 750 et 1000 € - lorsque le souscripteur :

- est classé en GIR I, II ou III (CF : Grille AGGIR ci-après) ;
- est dans l'impossibilité permanente, physique et psychique d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter) ;
- et est reconnu par le médecin conseil de l'assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

• 2/ Dépendance Partielle

La garantie inclut la prise en charge d'un système de téléassistance, à raison de 42 € pour le coût de l'installation et d'une rente mensuelle médaillon de 30 €, lorsque le souscripteur :

- est classé en GIR IV (CF : Grille AGGIR ci-après) ;
- est dans l'impossibilité permanente, physique et psychique d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter) ;
- et est reconnu par le médecin conseil de l'assureur comme répondant aux deux critères ci-dessus.

Article 2 - Conditions de délivrance de la garantie en cas d'adhésion facultative

En cas d'adhésion facultative, la garantie est délivrée au vu d'un questionnaire médical dûment renseigné par le souscripteur et sur certification par ce dernier :

- qu'il n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir un ou plusieurs actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter) ;
- qu'il n'a pas besoin d'une aide technique (fauteuil roulant, élévateur, lit médicalisé, déambulateur,...) pour accomplir un ou plusieurs actes de la vie quotidienne (se déplacer, se laver, s'habiller, s'alimenter) ;
- qu'il n'a pas perçu ou n'a pas fait de demande pour percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie ou la prestation spécifique dépendance ;
- qu'il ne perçoit pas de rente d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente de travail, et n'a pas perçu de capital invalidité ;
- qu'il ne bénéficie pas d'une anticipation de retraite pour invalidité ;
- qu'il n'a pas effectué de séjour en hôpital psychiatrique pour

cause de dépression, de démence, de névrose ou de psychose invalidante au cours des dix dernières années.

Faute de certification de l'un ou l'autre de ces six points, la garantie est délivrée sur avis du médecin conseil de l'assureur.

Article 3 - Demande d'augmentation du montant de la rente (garantie dépendance totale)

Ces mêmes conditions de renseignement d'un questionnaire médical et de certification par le souscripteur de son absence d'état de dépendance sont requises pour toute demande d'augmentation du montant de la rente mensuelle.

Article 4 - Franchise

La franchise permettant la mise en jeu de la garantie est de 180 jours, ramenés à 90 jours en cas de dépendance d'origine accidentelle.

Article 5 - Cotisations

• « Dépendance partielle »

- Cotisation unique de 0,85 € par mois.

• « Dépendance totale »

- Cotisation de base pour une rente minimum de 250 € par mois. Régime de cotisation mixte, comportant une part forfaitaire et une part ajustable en fonction des ressources (salaires + primes + indemnités ou montant brut des pensions perçues, selon que l'adhérent est actif ou retraité).

- Cotisation additionnelle pour les suppléments de rente par tranches de 250 €.

Régime de cotisation uniquement forfaitaire par tranche d'âge.

Article 6 - Règlement des litiges

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution.

Cotisation mensuelle pour une rente de 250 €

Part forfaitaire	Part en % ressources
9,37 €	0,01%

Âge de l'adhésion	Cotisation additionnelle mensuelle		
	Supplément de 250 €	Supplément de 500 €	Supplément de 750 €
Jusqu'à 40 ans	2,19 €	4,37 €	6,56 €
De 41 à 45 ans	2,86 €	5,72 €	8,59 €
De 46 à 50 ans	3,86 €	7,72 €	11,58 €
De 51 à 55 ans	5,27 €	10,55 €	15,82 €
De 56 à 60 ans	7,65 €	15,31 €	22,96 €
De 61 à 65 ans	10,74 €	21,48 €	32,22 €
De 66 à 70 ans	13,83 €	27,66 €	41,48 €

GRILLE AGGIR

La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources) est utilisée pour la détermination du degré de dépendance. Cette grille classe les personnes subissant une perte d'autonomie en 6 groupes.

La garantie dépendance totale visée par le présent règlement est mise en jeu pour les adhérents classés dans les groupes GIR I, II et III :

- GIR I ; ce groupe comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- GIR II ; ce groupe est composé de deux sous groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;

- d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices et qui requièrent une aide pour la toilette et l'habillement.

- GIR III ; ce groupe concerne les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle (toilette, habillement, hygiène).
- GIR IV, ce groupe comprend les personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement. La plupart s'alimentent seules. Ce groupe comprend également les personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.



GARANTIE "CAUTION ET ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER"

(Proposée pour le compte de MFPrécaution et de MFPrima)

Article 1 - La Mutuelle garantit aux membres participants les avantages du service mutualiste de la caution solidaire de prêts au logement créé par la Fédération Nationale de la Mutualité Fonction Publique (M.F.P.) et assuré par MFPrévoyance.

Article 2 - Aucune cotisation spécifique n'est appelée en cas de recours au service mutualiste de la caution solidaire pour les prêts au logement accordés par les établissements bancaires listés ci-après :

- Cétélem immobilier (BNP Paribas Personal Finance)
- Caisse d'épargne et de prévoyance (CEP)
- Banque Postale
- Banque Française Mutualiste (BFM)
- Banque transatlantique
- Caisse du Crédit mutuel
- Les Banques populaires
- Crédit du Nord et ses filiales
- Crédit Foncier de France
- Les Caisses régionales du Crédit Agricole
- Crédit Industriel et Commercial
- La BPCE Internationale en Outremer

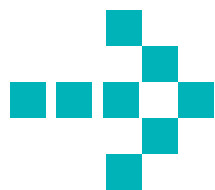
Article 3 - Les contrats assurance prêts immobiliers et chômage souscrits par la Mutuelle par l'intermédiaire de MFPrima et co-assurés par C.N.P. Assurances et MFPrévoyance SA, impliquent le paiement de primes dont les taux d'appel sont fixés annuellement pour chacun des contrats. Ces mêmes primes sont appliquées aux prêts immobiliers au titre de ces contrats, même s'ils ne sont pas cautionnés.

Article 4 - Règlement des litiges

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement mutualiste, l'adhérent adresse une réclamation écrite à la Mutuelle, par simple lettre ou par courriel. Après épuisement de la procédure de règlement des litiges propre à la Mutuelle et dès lors qu'un accord n'a pas pu intervenir entre l'adhérent et la Mutuelle, celui-ci peut avoir recours au médiateur de l'assurance. Les coordonnées et l'adresse du site internet du médiateur de l'assurance figurent sur le site internet de la Mutuelle, ses statuts et garanties, les bulletins d'adhésion, notices et tous autres documents d'information émanant des assureurs pour lesquels la Mutuelle assure la distribution.

ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER (contrats souscrits avant le 1^{er} juillet 2015)

Prêts visés	Cotisation mensuelle	Montant cautionnable et/ou assurable
Cautionnables : <ul style="list-style-type: none"> • Cétélem immobilier (BNP Paribas Personal Finance) • Caisse d'Epargne et de Prévoyance (CEP) • Banque Postale • Banque Fédérale Mutualiste (BFM) • Banque Transatlantique • Caisses du Crédit Mutuel • Banque Populaire • Crédit du Nord et ses Filiales • Crédit Foncier de France • Caisses Régionales du Crédit Agricole • Crédit Industriel et Commercial 	Taux variable dans la limite supérieure de 0,0266%, (Soit 0,30% par an) en cas de franchise de 180 jours et de 0,0284% (soit 0,34% par an) en cas de franchise de 90 jours. Taux annuel 2016 : - si l'option de franchise est de 180 jours : 0,23% - Si l'option de franchise est de 90 jours : 0,26%	Limité à 900 000 € par tête
Non cautionnables : Tous autres Organismes Financiers	Idem	Limité à 900 000 € par tête



TARIFICATION 2018

→ Contrats d'assurance prêts immobiliers (7371M)

	Prêts immobiliers 7371M		Prêts relais 7372N	
	Âge de l'assuré à la signature du bulletin individuel d'adhésion	Taux de prime annuel en % du capital initial assuré	Âge de l'assuré à la signature du bulletin individuel d'adhésion	Taux de prime annuel en % du capital initial assuré
	Pas de garantie Indemnités journalières pour ce type de prêt			
Franchise de 90 jours	<35 ans 35-49 ans >=50 ans	0,14% 0,26% 0,46%		
Franchise de 180 jours	<35 ans 35-49 ans >=50 ans	0,12% 0,23% 0,37%	<35 ans 35-49 ans >=50 ans	0,12% 0,23% 0,37%
Formalités médicales à l'adhésion	Questionnaire médical pour les prêts > 80 000 € et pour les adhérents de plus de 50 ans Questionnaire médical au 1 ^{er} euro pour la BFM			
Plafond	900 000 € sur 1 tête		900 000 € sur 1 tête	

→ Contrats d'assurance chômage 2922B, 5382A (fermés) et 7373P

	Ancien contrat 2922B (fermé)	Ancien contrat 5382A (fermé)
Taux de prime	3,20%	2,40%
Forfait mensuel	152 €, 305 €, 457 €, 610 €, 762 €, 915 €, 1 067 €, 1 220 €	
Délai d'attente	90 jours	180 jours
Délai de carence	90 jours	270 jours
Durée maximum d'indemnisation :		
1. Par période de chômage	15 mois	21 mois
Montant versé (% du forfait)	100% pendant les 15 mois	4 mois à 50% 4 mois à 75% et 13 mois à 100%
2. Pendant toute la durée du contrat	45 mois	63 mois
	Contrat 7373P	
Taux de prime	<ul style="list-style-type: none"> - Pour 25% de la mensualité : 0,09% du capital initial emprunté/an - Pour 50% de la mensualité : 0,17% du capital initial emprunté/an - Pour 75% de la mensualité : 0,26% du capital initial emprunté/an 	
Pourcentage garanti	<ul style="list-style-type: none"> - 25% de l'échéance mensuelle du prêt - ou 50% de l'échéance mensuelle du prêt - ou 75% de l'échéance mensuelle du prêt 	
Délai de carence	180 jours discontinus	
Durée maximum d'indemnisation	21 mois par période de chômage et 63 mois au total pendant toute la durée du prêt	

Mutuelle Centrale des Finances

Siège social : 5-7 avenue de Paris, CS 40009, 94306 Vincennes Cedex
Tél. : 01 41 74 31 00 / Fax : 01 58 64 30 99 / e-mail : mcf@mutuellemcf.fr



www.mutuellemcf.fr