



NOTICE D'INFORMATION SUR VOTRE GARANTIE INCAPACITE – COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

La garantie « incapacité – couverture complémentaire » consiste en une garantie « incapacité » assurée par la Mutuelle Centrale des Finances.

GARANTIE INCAPACITE – COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

La garantie « **incapacité – couverture complémentaire** » est facultative. Elle est destinée aux agents des trois fonctions publiques en activité de service qui disposent d'une couverture prévoyance obligatoire ou facultative mise en place par leur employeur dans le cadre de la protection sociale complémentaire (PSC).

Objet de la garantie :

En cas de perte de revenus lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la garantie « incapacité – couverture complémentaire » assure un complément de revenus aux agents publics dans les conditions précisées ci-après.

Cette garantie intervient pour le CMO (Congé Maladie Ordinaire), le CLM et CGM (Congé Longue Maladie et Congé Grave Maladie) et le CLD (Congé Longue Durée) en complément de la couverture prévue par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'État.

Entrée dans la garantie ; durée, renouvellement ; cessation, radiation :

L'adhésion est effective au premier jour d'un mois sans rétroactivité.

Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction chaque premier janvier, sauf résiliation par l'adhérent, au moins deux mois avant cette date.

Elle prend fin dans les situations suivantes :

- 1/ Demande écrite du membre participant
- 2/ Défaut de paiement des cotisations
- 3/ Décès du membre participant
- 4/ Cessation d'exercice d'une activité salariée : les membres participants sont radiés à la date effective de leur mise à la retraite ou du jour où ils cessent d'exercer une activité salariée.
- 5/ Licenciement : les membres participants sont radiés en cas de licenciement.

Prise d'effet de la garantie

La garantie est mise en jeu sous réserve que l'adhérent soit à jour du paiement de ses cotisations.

La garantie ne peut être mise en œuvre qu'après un délai de carence de 180 jours suivant la date d'adhésion.

L'adhérent qui dispose d'une garantie incapacité souscrite auprès de la MCF avant le 1^{er} septembre 2025 en est dispensé.

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

Modification en cours de contrat

Les droits et obligations des adhérents peuvent être modifiés statutairement sur décision des délégués des adhérents réunis en Assemblée Générale.

Les modifications prennent effet au premier jour du mois décidé par les délégués lors de l'assemblée générale.

La mutuelle est tenue d'en informer tous les adhérents par écrit, au moins deux mois avant la prise d'effet des modifications. A réception de cette information, et en cas de désaccord avec les modifications apportées au contrat, les adhérents disposent de 30 jours pour dénoncer leur adhésion à la mutuelle.

La base garantie :

La base garantie est la dernière rémunération nette annuelle imposable disponible, arrondie aux cent euros les plus proches.

Cette base sert d'assiette à la cotisation. **Elle constitue le montant de référence pour le calcul des prestations** en cas d'entrée en risque.

Cette base garantie ne peut excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} janvier n-1, arrondis aux cent euros les plus proches.

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

Par défaut, la rémunération retenue est celle perçue l'avant-dernière année (année N-2 pour les cotisations et prestations de l'année N).

Toutefois :

- à la souscription, l'adhérent peut choisir comme base garantie soit sa dernière rémunération nette annuelle imposable disponible, soit sa dernière rémunération nette mensuelle imposable multipliée par douze.

- Dans le cas d'une évolution significative de sa rémunération en cours d'année, le membre participant est invité à anticiper la mise à jour de sa base garantie en fournissant toutes les pièces justificatives nécessaires à la Mutuelle.

La cotisation et le montant garanti en cas d'arrêt de travail sont alors réévalués en fonction de ce nouveau montant.

- s'il n'y a pas eu de rémunération l'avant-dernière année, c'est la dernière rémunération annuelle imposable disponible 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.

Prestations

1/ La prestation due au titre d'un Congé de Maladie Ordinaire (CMO) couvre une période maximale d'un an pendant une période de douze mois consécutifs. La MCF n'intervient pas durant les 90 premiers jours d'arrêts cumulés sur un intervalle d'un an. Ce cumul prend en compte les arrêts discontinus.

Un complément de rémunération est versé dès lors que les arrêts maladies cumulés sur un an dépassent 90 jours.

A partir du 91^e jour, la MCF complète la rémunération perçue de façon à rétablir 100% de la base garantie. L'indemnisation reconstitue les sommes à verser dès le deuxième jour d'arrêt maladie.

Les calculs se font sur une base de 365 jours (366 les années bissextiles) en considérant le nombre réel de jours dans un mois.

Les sommes versées par l'employeur et les indemnités journalières perçues depuis le début du CMO sont additionnées, la base garantie correspondant à la même période est reconstituée. La MCF verse la différence au membre participant.

2/ La prestation due au titre d'un Congé de Longue Maladie (CLM) ou de Grave Maladie (CGM) couvre une période maximale de trente-six mois pour un même fait générateur.

Du 1^{er} au 365^e jour (366^e les années bissextiles), la MCF complète la rémunération perçue et / ou les indemnités journalières perçues additionnées à l'indemnité versée par l'assureur du socle de façon à rétablir 100% de la base garantie.

Du 366^e au 1095^e jours (1096^e le cas échéant si année bissextile), la MCF complète la rémunération perçue et/ou les indemnités journalières perçues additionnée à l'indemnité versée par l'assureur du socle de façon à rétablir 90% de la base garantie.

Les calculs se font par cumul des sommes versées par l'employeur et/ou les indemnités journalières perçues additionnée à l'indemnité versée par l'assureur du socle depuis le début du CLM/CGM. La

base garantie correspondant à la même période est reconstituée. La MCF verse la différence au membre participant.

La période couverte est celle indiquée sur les arrêtés ou attestations de l'employeur ou du conseil médical ou tout autre document officiel de l'administration.

3/ La prestation due au titre d'un Congé de Longue Durée (CLD) couvre une période maximale de soixante mois pour un même fait générateur.

Du 1^{er} au 365^e jour (366^e les années bissextiles), la MCF complète la rémunération perçue et / ou les indemnités journalières perçues additionnées à l'indemnité versée par l'assureur du socle de façon à rétablir 100% de la base garantie.

Du 366^e au 1095^e jours (1096^e le cas échéant si année bissextile), la MCF complète la rémunération perçue et/ou les indemnités journalières perçues additionnée à l'indemnité versée par l'assureur du socle de façon à rétablir 90% de la base garantie.

Du 1096^e jour au 1825^e jour (modulo les années bissextiles), la MCF complète la rémunération perçue et/ou les indemnités journalières perçues additionnée à l'indemnité versée par l'assureur du socle de façon à rétablir 80% de la base garantie.

Les calculs se font par cumul des sommes versées par l'employeur et/ou les indemnités journalières perçues additionnée à l'indemnité versée par l'assureur du socle depuis le début du CLD. La base garantie correspondant à la même période est reconstituée. La MCF verse la différence au membre participant.

4/ Dans ces trois cas (CMO, CLM /CGM, CLD), en fonction des régularisations de rémunération opérées par l'administration, le calcul par cumul peut entraîner une absence de prestations par la MCF certains mois.

De même, la variation du nombre de jours d'un mois à l'autre ainsi que les éventuelles régularisations de rémunérations opérées par l'administration entraînent des variations dans les prestations de la MCF.

5/ En cas de mi-temps thérapeutique, la couverture est prolongée de 12 mois dans les mêmes conditions que la dernière couverture fournie (100% après un CMO, 90% après un CLM, 80% après un CLD).

5/ Dans le respect du code civil qui interdit l'enrichissement sans cause, le montant des indemnités ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.

6/ En cas de licenciement, si l'adhérent était en cours d'indemnisation, ce licenciement entraîne automatiquement l'arrêt du versement des indemnités de perte de revenus.

Prestations minimales

Si 45 jours après avoir eu connaissance des dates d'arrêt de travail, la MCF ne dispose pas des pièces nécessaires au calcul de l'indemnité, une indemnité journalière minimale est calculée en fonction des éléments disponibles.

Cette indemnité journalière minimale s'élève à un millième de la base garantie.

(Revenu salarial net imposable annuel / 1000) x nombre de jours à indemniser).

A la fin d'un CMO, l'administration doit décider de la reprise du travail de l'agent ou de son reclassement en CLM ou CLD.

De même, à la fin d'un CLM ou CLD, l'administration doit décider de la reprise du travail de l'agent ou de son passage en invalidité.

Si la commission médicale tarde à se réunir ou à rendre ses conclusions, la MCF peut verser l'indemnité journalière minimale trois mois au-delà des douze mois du CMO.

Cette indemnisation constitue une avance de trésorerie. Dans tous les cas, une régularisation intervient dès que les éléments nécessaires au calcul de la prestation sont disponibles. L'indemnité journalière minimale est alors déduite des sommes dues.

Prescription

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 fausse 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.

Cotisations

Les cotisations sont prélevées sur le compte bancaire des adhérents ou réglées directement par chèque ou virement bancaire lorsque le prélèvement n'est pas possible.

En cas de défaut de paiement des cotisations deux mois consécutifs, la mutuelle adresse une lettre recommandée de mise en demeure à l'adhérent dix (10) jours au plus tôt après la deuxième échéance impayée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la radiation de l'ensemble des garanties souscrites auprès de la mutuelle.

La cotisation mensuelle de la garantie « incapacité – couverture complémentaire » est fixée en pourcentage de la base garantie avec arrondi éventuel aux dix centimes les plus voisins.

En 2026, le taux de cotisation annuel est égal à 0,87216 % HT. La cotisation est calculée par application de ce taux à la base garantie.

Contrôle médical

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.

A 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.

Formalités à remplir en cas de sinistre :

Adresser systématiquement à la Mutuelle :

- Tout justificatif permettant d'établir la date à partir de laquelle vous êtes en demi-traitement.
- Une copie des décisions du comité médical du passage en CLM, CLD ou temps partiel thérapeutique.
- les bulletins de salaire mensuels à partir de la date de placement en CMO, puis CLM/CGM ou CLD
- pour les non titulaires, joindre en outre le décompte de versement des indemnités journalières de la sécurité sociale.

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, aux garanties 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 CNP, soit de MF Prévoyance SA ou de MF Précaution 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.

Médiation

Les demandes de renseignements ou les réclamations liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et des règlements doivent être formulées par écrit à la mutuelle, par simple lettre ou par courriel.

Deux mois après avoir adressé une réclamation à la MCF, il est possible de porter le litige devant le médiateur de la FNMF en s'adressant à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

225 rue de Vaugirard

75719 Paris cedex 15.

Site du médiateur accessible à partir du lien
suivant : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux.

Informatique et liberté

Les informations collectées concernant l'adhérent sont nécessaires au traitement de sa demande et à la gestion de son contrat.

Ces informations sont à destination de la mutuelle.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification voire d'opposition pour motif légitime. Pour ce faire,

l'Adhérent peut adresser une demande écrite à l'adresse de la mutuelle.

Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

Subrogation

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.