



Mutuelle Centrale des Finances

Mutuelle n° 302 976 568

Régie par le livre II du Code de la Mutualité

STATUTS ET RÈGLEMENT en vigueur au 1^{er} janvier 2026







SOMMAIRE

STATUTS 2026

→ 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 (Articles 6 à 8)	/p 5
CHAPITRE 3 : DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION, SUSPENSION (Articles 9 à 11)	/p 6

→ TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1^{er} : **ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**

Section I - Composition (Articles 12 à 17)	/p 8
Section II - Réunions de l'Assemblée générale (Articles 18 à 21)	/p 8
Section III - Compétences de l'Assemblée générale (Articles 22 et 23)	/p 9
Section IV - Règles de quorum et majorités requises (Article 24)	/p 9
Section V - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale (Article 25)	/p 9

CHAPITRE 2 : **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Section I - Composition, élections (Articles 26 à 31)	/p 9
Section II - Réunions du Conseil d'administration (Articles 32 à 35)	/p 10
Section III - Attributions du Conseil d'administration (Articles 36 à 41)	/p 11
Section IV - Statut des administrateurs (Articles 42 à 47)	/p 11

CHAPITRE 3 : **DIRIGEANTS EFFECTIFS ET BUREAU**

Section I - Le Président et le directeur opérationnel (Articles 48 et 49)	/p 12
Section II - Le bureau (Articles 50 à 53)	/p 12

CHAPITRE 4 : **ORGANISATION FINANCIÈRE**

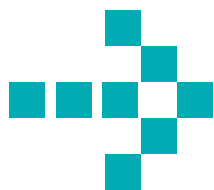
Section I - Produits et charges (Article 54)	/p 13
Section II - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière (Articles 55 et 56)	/p 13
Section III - Commissaire aux comptes (Article 57)	/p 13
Section IV - Fonds d'établissement (Article 58)	/p 13

→ TITRE III - DISPOSITIONS DIVERSES (Articles 59 à 64)

/p 14

RÈGLEMENTS

→ RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES INSTANCES	/p 15
→ RÈGLEMENT GÉNÉRAL	/p 18
→ RÈGLEMENT MALADIE	/p 21
→ RÈGLEMENT "ACTION SOCIALE"	/p 54
→ RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION - INCAPACITÉ" COUVERTURE CLASSIQUE.....	/p 56
→ RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION - INCAPACITÉ" COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE.....	/p 59
→ GARANTIE "INVALIDITÉ"	/p 62
→ GARANTIE "DÉCÈS"	/p 64
→ GARANTIE "FRAIS D'OBSÈQUES"	/p 66
→ GARANTIE "DÉPENDANCE"	/p 66
→ GARANTIE "CAUTION DES PRÊTS IMMOBILIERS"	/p 68
→ GARANTIE "ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER" AUPRÈS DE MUTLOG.....	/p 71
→ GARANTIE "ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER" AUPRÈS DE CNP ASSURANCES.....	/p 76



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 110, rue de Picpus à Paris (75012). 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 - Dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives seule ou en coassurance et dans les conditions précisées par ses règlements mutualistes, la Mutuelle a pour objet :

- 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 ;
- de permettre l'adhésion individuelle de ses membres participants à des contrats de prévoyance proposés par des structures assurancielles partenaires ;
- de mettre en œuvre une action sociale à destination de ses membres personnes physiques et à leurs ayants droit ;
- d'accepter et de céder des engagements en réassurance en application de l'article L111-1 du Code de la Mutualité.
- d'effectuer des prestations de gestion pour le compte d'autres organismes assureurs ;
- de déléguer de façon totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif ;
- de conclure tout partenariat dans le domaine de la prévention ou pouvant faciliter le développement et l'amélioration des garanties statutaires.

La Mutuelle peut à la demande d'autres mutuelles ou unions se substituer intégralement à leurs engagements dans les conditions prévues à l'article L211-5 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle peut effectuer des prestations d'intermédiation ou y recourir conformément aux dispositions définies à l'article L116-1 et suivants du Code de la Mutualité.

Dans l'intérêt de ses membres et de leurs ayants droit, la Mutuelle mène une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique, ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Article 3 - Fonctionnement des organes de la Mutuelle

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 - Dispositions générales relatives aux contrats mutualistes

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 ainsi que de leurs ayants droit 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

Article 6 - La Mutuelle se compose de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires.

Article 6.1 - Membres participants

Peuvent adhérer à la Mutuelle en tant que membre participant :

- l'ensemble des agents des 3 fonctions publiques (fonction publique d'État, Territoriale et Hospitalière) et de leurs établissements publics ;
- toute personne ayant été agent d'une des 3 fonctions publiques ou d'une des personnes morales mentionnées précédemment au cours de sa carrière professionnelle ;
- toute personne physique agent d'une organisation intergouvernementale à laquelle la France est partie prenante, résidente en France ;
- toute personne physique ayant été membre participant ou ayant droit de la Mutuelle à condition de ne pas avoir été radié pour non-paiement.

Peuvent également adhérer à la Mutuelle en tant que membre participant :

- des personnes salariées d'entreprises appartenant à l'Économie Sociale et Solidaire telles que définies par la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 ;
- le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin d'un membre participant, affilié à un régime obligatoire ou volontaire d'assurance maladie de la Sécurité sociale ;
- les enfants d'un membre participant, affiliés à un régime obligatoire ou volontaire de la Sécurité sociale ;
- les veufs ou veuves d'un membre participant décédé ;
- tout assuré social descendant, frère ou sœur d'un membre participant.

Les membres admis en qualité de membres participants font acte d'adhésion et, en échange du paiement régulier de leur cotisation, bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, conformément à l'article L114-1 du Code de la Mutualité. L'accès aux garanties proposées par la Mutuelle est subordonné aux conditions fixées par le règlement général ou par les règlements de garantie de la Mutuelle ainsi qu'éventuellement le paiement d'un droit d'entrée.

Dans tous les cas, s'il est juridiquement capable, la demande d'adhésion d'un membre doit être formulée par l'intéressé lui-même.

Article 6.2 – Membres honoraires

Peuvent adhérer à la Mutuelle en tant que membre honoraire des personnes morales souscrivant des contrats collectifs et les représentants des salariés de ces personnes morales selon des modalités définies par les statuts de la Mutuelle.

Le Conseil d'administration peut conférer l'honorariat à toute personne physique ayant été membre participant.

Article 6.3 – Ayants droit

La Mutuelle peut également apporter ses garanties aux ayants droit de membres participants 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.

Les enfants mineurs, les enfants majeurs handicapés et les partenaires sans ressources peuvent être rattachés au contrat d'un membre participant.

Article 7 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent de la Mutuelle, les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 6 et qui font acte d'adhésion aux garanties mutualistes 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 de respecter les 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 à l'article 6 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 8 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

1. Opérations collectives à adhésion facultative :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature du bulletin d'affiliation 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 à adhésion obligatoire :

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'affiliation 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.

Dans le cadre de contrats collectifs :

- les personnes physiques adhérentes ayant acquitté leur cotisation prennent la qualité de membre participant ;
- les personnes morales ayant contracté avec la Mutuelle prennent la qualité de membre honoraire.

CHAPITRE 3

DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION, SUSPENSION

Article 9 – Résiliation

Le membre participant ou le membre honoraire peut demander la résiliation de ses garanties dans les conditions prévues aux articles L221-9, L221-10 et suivants, L223-8 du Code de la Mutualité.

En cas de résiliation de la part d'un adhérent, ses ayants droit peuvent devenir adhérents en leur nom propre s'ils en font la demande et acquittent les cotisations afférentes.

Article 10 – Radiations, Exclusions

1. Radiation

La radiation d'un membre participant ou d'un membre honoraire est prononcée par la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles L 221-7, L 221-8 et L 221-17 du Code de la Mutualité. Les conditions de radiation des garanties sont précisées dans le règlement mutualiste.

Sont expressément radiés de la Mutuelle :

- les adhérents qui ne paient pas leur cotisation et ceux qui ne fournissent pas les informations nécessaires à la mise en œuvre des statuts ;
- Les membres adhérents qui sont décédés.

2. Exclusion

Peuvent être exclus les membres et les ayants droit 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.

Sur décision du Conseil d'administration, peuvent aussi être exclus les membres honoraires personnes physiques qui ne peuvent plus être joints.

3. La radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions du règlement général.

4. Le droit à prestations cesse pour tout fait générateur survenu après la date de cessation du contrat ou des garanties.

Article 11 – Peuvent demander la suspension de l'une ou l'autre des garanties « Frais de Maladie », « Perte de Rémunération - Incapacité » ou « Invalidité », les adhérents placés dans les situations suivantes :

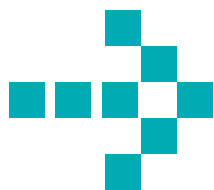
- Pour la garantie « Frais de Maladie », les membres participants affectés à l'étranger, les membres participants venant à relever d'un régime obligatoire autre que le régime général. La suspension de la garantie « Frais de Maladie » est de droit et gratuite.

- Pour les garanties « Perte de Rémunération - Incapacité » 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. La suspension des garanties « Perte de Rémunération - Incapacité » et « Invalidité » est gratuite.
- Pour les garanties « Frais de Maladie », « Perte de Rémunération - Incapacité » ou « Invalidité », les adhérents placés dans l'obligation de souscrire les garanties d'un contrat collectif santé et/ou prévoyance, que ce soit du fait de leur propre employeur ou de celui de leur conjoint. La suspension des garanties « Frais de Maladie », « Perte de Rémunération - Incapacité » et « Invalidité » est gratuite.

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.

Dans tous les autres cas, il appartient au bureau du Conseil d'administration d'apprécier la légitimité du motif de la demande de suspension.



TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE 1

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I – Composition

Article 12 – Les adhérents de la Mutuelle sont répartis :

- selon la qualité des membres, membres participants ou membres honoraires ;
- selon leur lieu de résidence, entre les deux sections de vote suivantes : Paris et les départements de la petite couronne ; autres départements ;
- selon la nature de la relation avec la Mutuelle, adhésion individuelle ou collective telle que définie à l'article L221-2.

Article 13 – Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée de délégués élus dans le cadre de sections de vote.

1. Section de vote des membres participants adhérents de contrats individuels

Selon leur lieu de résidence, les membres participants procèdent à l'élection d'un délégué pour 250 membres participants.

2. Section de vote des membres participants adhérents de contrats collectifs

Quel que soit leur lieu de domiciliation, les membres procèdent à l'élection d'un délégué pour 500 membres participants.

3. Section de vote des membres honoraires, personnes morales

Quel que soit leur lieu de domiciliation, les membres honoraires procèdent à l'élection d'un délégué pour 25 membres honoraires.

4. Section de vote des membres honoraires, personnes physiques

Quel que soit leur lieu de domiciliation, les membres honoraires procèdent à l'élection d'un délégué pour 500 membres honoraires. Dans chaque section, lorsque le nombre de membres affecté à la section de vote le permet, 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 16 des présents statuts.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée générale. Les délégués peuvent recevoir procuration, dans la limite de trois pouvoirs par délégué.

Les pouvoirs en blanc peuvent être attribués à un membre du Conseil d'administration par le Président de la Mutuelle.

Article 14 – Élection 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 15 – Conditions d'éligibilité

Pour être éligible à l'Assemblée générale, en qualité de délégué, les membres doivent être âgés de 16 ans accomplis dans l'année civile de leur élection et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues aux articles L.5, L.6 et L.7 du Code Électoral 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 16 – Renouvellement des délégués

Lorsque le nombre de membres affectés à la section de vote le permet, 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 17 – 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 18 – 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 19 – 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 adhérents ;
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.

À 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 20 – L'Assemblée générale est convoquée par courrier, par courriel ou via « l'extranet » dédié aux élus. La première convocation est adressée à chacun de ses membres quinze jours au moins avant la date de sa réunion. En cas d'absence de quorum, la seconde convocation est adressée six jours au moins avant la date de la deuxième réunion.

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 peut refuser l'inscription d'un projet de résolution 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.

Article 21 - En cas de force majeure ou sur décision motivée, le Conseil d'administration peut organiser un vote par correspondance des délégués de l'Assemblée générale.

SECTION III – Compétences de l'Assemblée générale

Article 22 -

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 23 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 23 - 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 24 -

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 23 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 25 - 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 26 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 12 administrateurs au moins à 20 administrateurs au plus. Les personnes de chaque sexe disposent d'un nombre minimal de sièges au moins égal à 40% du nombre total de sièges sauf impossibilité découlant de la répartition par sexes des candidats à l'élection des administrateurs.

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.

Le Conseil d'administration peut conférer à un ancien administrateur le titre d'administrateur honoraire, de Président honoraire ou de Vice-Président honoraire.

Ce titre est réservé aux administrateurs qui ont rendu à la Mutuelle des services importants et sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

- être à jour de ses cotisations ;
- disposer de l'honorabilité nécessaire à cette distinction selon les dispositions de l'article L114-21 du Code de la Mutualité.

Les administrateurs honoraires sont nommés pour une durée de six ans non reconductible.

Le Président, peut, quand il le juge utile, inviter ces administrateurs honoraires ou certains d'entre eux, à assister à titre consultatif, aux séances du Conseil.

Les administrateurs honoraires sont soumis aux dispositions relatives au statut des administrateurs figurant aux articles 42 à 47 compris.

Le Conseil d'administration peut, en tout temps décider qu'un administrateur honoraire cesse d'avoir droit à cette qualification. Il est rendu compte annuellement de ces nominations à l'Assemblée générale.

Article 27 – Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Les membres du Conseil d'administration sont élus parmi les membres participants et les membres honoraires.

Pour faire acte de candidature, le candidat doit être à jour de ses cotisations et adresser une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou un courriel à l'attention du Président du Conseil d'administration trois mois, au moins, avant la tenue du dernier Conseil d'administration précédent la tenue de l'Assemblée générale.

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 L 114-21 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 L 114-21 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 28 – Modalités de l'élection

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

Article 29 – 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 ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 27 ;
- 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 30 – Renouvellement du Conseil d'administration

À chaque renouvellement partiel, une fois connu les candidats, les électeurs sont informés du nombre minimum d'hommes et de femmes à élire, de telle sorte que la composition totale du Conseil respecte la règle de représentation de chaque sexe énoncée à l'article 26.

Les électeurs doivent, sous peine de nullité de leur vote et, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe, voter pour un nombre d'hommes et de femmes permettant que la composition du Conseil issu de chaque renouvellement partiel respecte la règle de représentation de chaque sexe énoncée à l'article 26.

Article 31 – 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. Cette cooptation doit s'effectuer en respectant la règle de représentation de chaque sexe énoncée à l'article 26.

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 32 – Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre 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 33 – 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 34 – 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 35 – Délibérations du Conseil d'administration

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

Sauf lorsque le Conseil d'administration est réuni pour l'arrêté des comptes annuels et le rapport de gestion, sont réputés présents les administrateurs qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

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 bulletins secrets 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 36 – 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 37 – 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 L 114-21 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. 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.
- **Vacance 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 38 – 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 39 – 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. Sont réputés présents, les administrateurs qui participent aux réunions par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des débats.

Article 40 – 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 41 – 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 42 – 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 L 114-26 du Code de la Mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

Article 43 – 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 45, 46 et 47 des présents statuts.

Article 44 – 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 45 – Conventions réglementées

Sous réserve des dispositions de l'article 46 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 46 – 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 desdites 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 47 – 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 48 – 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 1^{er} 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.

Article 49 – 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 R 335-1 du Code des assurances.

• Pouvoirs délégués :

Dans le cadre du règlement de délégations visé à l'article 40, le directeur opérationnel exerce les pouvoirs qui lui sont spécifiquement attribués.

• Délégation de signature :

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

SECTION II – Le bureau**Article 50 – Élection**

Les membres du bureau, autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus à bulletins secrets 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 51 – 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 52 – 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.

Sont réputés présents, les administrateurs qui participent aux réunions par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective. Ces moyens transmettent au moins le son de la voix des participants et satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des débats.

Par ailleurs, les Présidents des commissions mises en place à la Mutuelle, non membres du bureau, assistent aux réunions avec voix consultative.

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 53 – 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 54 – 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 55 – 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 56 – La Mutuelle adhère au Système de Garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

SECTION III – Commissaire aux comptes

Article 57 – Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L 114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée générale nomme un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L822-1 du Code de commerce.

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

Le Commissaire aux comptes :

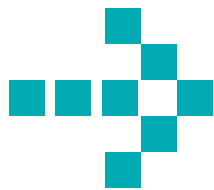
- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné 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 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 58 – 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 59 – 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 22-2 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 22-3 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 60 – 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.

En l'absence de réponse de la MCF dans un délai de deux mois suite à la réception de la réclamation, 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. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ainsi que les 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. Site dédié accessible à partir du lien suivant : <https://www.mediateur-mutualite/saisir-le-mediateur/>
- 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. Site dédié accessible à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org

Article 61 – 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 62 – Information des adhérents

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 CNP Assurances, de Munité, de Mutlog ou de MFPrécaution est également accessible sur le site internet de la Mutuelle.

Tout futur adhérent reçoit avec son bulletin d'adhésion, les statuts, les notices d'information des différentes garanties proposées par la Mutuelle et les documents d'information précontractuelle.

De plus, à tout moment et sur simple demande, les adhérents peuvent recevoir une version papier de l'ensemble de ces documents.

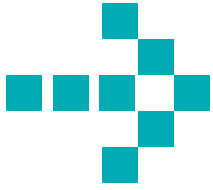
Chaque année, les adhérents ont connaissance des modifications statutaires adoptées par l'Assemblée générale, par tous moyens d'information habituellement utilisés dans les relations entre la Mutuelle et ses adhérents.

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 63 – 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'État) du statut général des fonctionnaires, placés en position de détachement.

Article 64 – 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 INTÉRIEUR DES INSTANCES

Article 1 - Assemblée générale

Dans le respect de la loi, les articles 12 à 25 des statuts régissent la composition, les réunions, les compétences, les règles de quorum et de majorité requises de l'Assemblée générale ainsi que la force exécutoire de ses décisions. Le règlement intérieur des instances apporte les précisions ci-après :

• Sections de vote

En fonction de la nature de la relation avec la Mutuelle, adhésion individuelle ou collective, honorariat des personnes physiques ou morales, les adhérents sont répartis en section de vote dont la composition est arrêtée par le Conseil d'administration sur la base des informations connues de la Mutuelle au premier janvier de chaque année. À l'intérieur de chaque section de vote, le Conseil d'administration peut également assurer une répartition prenant en compte le lieu de résidence des adhérents.

• Élection des délégués à l'Assemblée générale

Les élections des délégués sont organisées au sein de chaque section de vote par un scrutin de liste. Le Conseil d'administration détermine le nombre de sièges à pourvoir au vu des effectifs. Chaque liste constituée doit comporter autant de noms que de sièges à pourvoir.

Les adhérents candidats à l'élection des délégués à l'Assemblée générale font acte de candidature auprès du Président du Conseil d'administration, au plus tard 6 mois avant chaque renouvellement partiel de l'Assemblée générale.

Les candidatures sont accompagnées d'une 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 (A4).

La profession de foi des candidats aux élections de délégués est jointe au bulletin de vote.

Les candidatures transmises sont présentées au Conseil d'administration qui apprécie l'acceptabilité de chaque liste au regard de leur complétude et des critères d'honorabilité et de capacité définis par l'ACPR.

Article 2 - Conseil d'administration

Dans le respect de la loi, les articles 26 à 47 des statuts régissent la composition, l'élection, les réunions, les attributions, le statut et les obligations du Conseil d'administration et de ses membres. Le règlement intérieur des instances apporte les précisions ci-après au cadre général établi par l'article 22 des statuts :

2.1. Élection des administrateurs

Dans le respect des exigences relatives aux capacités des administrateurs et la taille minimale et maximale du Conseil d'administration, celui-ci fixe les caractéristiques des listes pouvant concourir aux élections.

Les élections des administrateurs ont lieu par scrutin de listes complètes. Le Conseil d'administration vérifie que les listes soumises au vote de l'Assemblée générale respectent les prescriptions légales en matière de parité, d'honorabilité et de capacité pour exercer la fonction d'administrateur.

Les adhérents candidats à la fonction d'administrateur de la Mutuelle font acte de candidature auprès du Président de la Mutuelle, au plus tard 6 mois avant chaque renouvellement partiel des administrateurs.

Les candidatures sont accompagnées d'une 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 (A4).

La profession de foi des candidats aux fonctions d'administrateur est jointe au bulletin de vote.

2.2. Compétences spécifiques du Conseil d'administration

L'article 22 des statuts précise que l'Assemblée générale se prononce notamment sur les activités exercées, les règles générales des contrats collectifs et les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession ou d'acceptation en réassurance. Le Conseil d'administration met en œuvre les orientations définies par l'Assemblée générale dans le respect du cadre défini ci-après. Les actions réalisées sont exposées dans le rapport de gestion présenté annuellement en Assemblée générale :

- Activités exercées

Elles doivent être en ligne avec l'objet social et l'éthique de la Mutuelle ; elles sont susceptibles d'apporter un avantage sociétal ou financier à la communauté des adhérents ; elles constituent un potentiel pour renforcer ou élargir la communauté des adhérents.

S'il s'agit d'une nouvelle offre de santé ou de prévoyance à souscription individuelle dont le risque est supporté par la Mutuelle, elle présente les caractéristiques d'un contrat solidaire et son équilibre financier permet d'assurer la pérennité de la structure.

- Règles générales des contrats collectifs dont le risque est supporté par la Mutuelle

Le contrat doit être proportionné aux capacités opérationnelles de MCF.

Il peut être mis en œuvre en co-assurance avec un ou plusieurs organismes assureurs.

Il a les caractéristiques d'un contrat solidaire et son équilibre technique doit être assuré dès le début de la période de contractualisation.

- Règles générales des opérations de réassurance

Les contrats de cession en réassurance présentent les caractéristiques d'un outil de préservation du bilan.

Les contrats d'acceptation en réassurance portent sur le même périmètre d'acceptation en assurance directe. Ils respectent les contraintes posées pour la souscription des contrats collectifs.

2.3. Consultation exceptionnelle

Dans une situation d'urgence, le Président du Conseil d'administration peut organiser et faire voter une décision par consultation écrite des membres du Conseil d'administration. La décision pourra être adoptée si au moins 50% des administrateurs répondent favorablement.

Dans le cas d'une consultation par « Visio », le Président s'assure que les votes recueillis à main levée auprès des membres présents représentent au moins 50% des administrateurs.

Article 3 - Bureau du Conseil d'administration

La principale mission statutaire du bureau du Conseil d'administration consiste à préparer les décisions soumises au Conseil d'administration. Dans ce rôle, il assiste le Président et s'assure de la coordination des travaux des différentes instances du Conseil d'administration.

Le bureau fait rapport de ses travaux à chaque séance du Conseil suivant sa propre réunion. Le Conseil d'administration peut lui allouer des missions spécifiques :

- statuer sur les demandes d'adhésion à titre exceptionnel, les exclusions et les suspensions ;
- organiser une surveillance régulière des investissements financiers et immobiliers de la Mutuelle ; surveiller que la gestion des actifs, soit réalisée en direct, soit déléguée à un mandataire, est conforme aux orientations définies par le Conseil ;
- contrôler la trajectoire de liquidité ;
- faire rapport de ses travaux de pilotage financier au Conseil d'administration.

• Fréquence des réunions

La convocation du bureau s'effectue au moins une semaine avant la date de la réunion et comprend un ordre du jour. Les réunions font l'objet d'un compte rendu approuvé lors de la tenue de la prochaine réunion du bureau ; ce compte rendu est diffusé aux membres du Conseil d'administration.

Le bureau se réunit au moins quatre fois par an sur convocation du Président. Dans une situation d'urgence, une consultation écrite des membres du bureau peut être organisée.

• Modalités des prises de décision

Le bureau ne définit pas de quorum minimum.

Article 4 - Comité d'Audit et des Risques

Le Comité s'assure de la fiabilité des processus d'élaboration et de communication de l'information comptable et financière. Il s'assure aussi que la Mutuelle a mis en place un système de gestion des risques conforme aux attendus de la directive UE 2015/35 dite « Solvabilité II ».

Dans ce rôle, ses principales attributions sont :

- examen et avis préalable à la transmission au Conseil d'administration sur les comptes et sur toute publication financière et réglementaire à destination du public ;
- examen et revue préalable à la transmission au Conseil d'administration des plans à moyen terme, des budgets et des analyses financières ;
- émission d'une recommandation au Conseil d'administration pour la nomination et le renouvellement des CAC ;
- revue et pilotage du dispositif de gestion des risques et de contrôle ;
- existence de politiques et de cartographies des risques ;
- pilotage des risques : souscription & provisionnement, gestion actif-passif, investissement, liquidité, concentration, opérationnel, réassurance ;
- examen préalable des rapports Évaluation Interne des Risques et de la Solvabilité (EIRS), Rapports Réguliers au Contrôleur (RRC) et rapports au public ;
- revue des contrôles permanents ;
- revue des Plans de Continuité d'Activité et des Plans de Reprise d'Activité ;
- établissement et suivi du plan pluriannuel d'audit ;
- pilotage de la mise en œuvre des recommandations d'audit.

• Fréquence des réunions

La convocation s'effectue au moins une semaine avant la date de la réunion et comprend un ordre du jour ; les titulaires des fonctions clés sont invités permanents du Comité d'Audit et des Risques.

Les réunions font l'objet d'un compte rendu approuvé lors de la tenue de la prochaine réunion du Comité.

Le Comité d'Audit et des Risques se réunit au moins quatre fois par an et chaque fois qu'une urgence l'impose, sur convocation d'un des deux co-Présidents

• Modalités des prises de décision

Sauf lorsqu'il doit émettre un avis à destination du Conseil d'administration, le Comité d'Audit et des Risques ne définit pas de quorum minimum. Sinon, au moins 50% des membres titulaires doivent être présents physiquement ou via Visio.

Un avis soumis au vote est accepté lorsqu'il rassemble 50% au moins des membres présents physiquement ou via Visio.

ARTICLE 5 - Commission Offre Prestataire

La Commission Offre Prestataire conçoit et organise l'évolution et la distribution de l'offre de service proposée aux adhérents pour approbation par l'Assemblée générale ou du Conseil d'administration lorsqu'il est compétent par délégation.

Dans ce rôle, la Commission assume notamment les missions suivantes :

- création et modifications des offres de garanties assurées et distribuées ;
- pilotage et proposition d'évolution de la tarification des garanties assurées et distribuées ;
- pilotage et proposition d'évolution des prestations de garanties proposées et distribuées ;
- actualisation et pilotage des règlements mutualistes ;
- revue de l'efficacité et de la cohérence de la communication commerciale ;
- proposition d'un cadre général pour l'étude de contrats collectifs ;
- formulation d'un avis sur l'opportunité de candidater aux appels d'offre des contrats collectifs

• Fréquence des réunions

La Commission Offre Prestataire se réunit au moins quatre fois par an sur convocation d'un des deux co-Présidents. En cas d'urgence, une consultation écrite des membres de la Commission peut être organisée.

La convocation s'effectue au moins une semaine avant la date de la réunion et comprend un ordre du jour.

Les réunions font l'objet d'un compte rendu approuvé lors de la tenue de la prochaine réunion de la commission.

• Modalités des prises de décision

Sauf lorsqu'elle doit émettre un avis à destination du Conseil d'administration, la Commission Offre Prestataire ne définit pas de quorum minimum. Sinon, au moins 50% des membres titulaires doivent être présents physiquement ou via Visio.

Un avis soumis au vote est accepté lorsqu'il rassemble 50% au moins des membres présents physiquement ou via Visio.

Article 6 - Commission Action Sociale

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.

Elle apprécie les éventuelles demandes d'abandon de créance à l'égard des adhérents dont le montant cumulé dépasse 1 000 €. Elle décide de l'octroi de dispenses de pénalités.

Elle présente un bilan annuel de son activité aux membres du Conseil d'administration.

• Fréquence des réunions

La Commission d'Action Sociale se réunit au moins quatre fois par an et chaque fois qu'une urgence l'impose, sur convocation du Président ou d'un des deux co-Présidents

La convocation s'effectue au moins une semaine avant la date de la réunion et comprend un ordre du jour.

Les réunions font l'objet d'un compte rendu approuvé lors de la tenue de la prochaine réunion du Comité.

• Modalités des prises de décision

Quorum : au moins 30% des membres titulaires doivent être présents physiquement ou via Visio.

Une décision soumise au vote est acceptée lorsqu'elle rassemble 50% au moins des membres présents physiquement ou via Visio.

ARTICLE 7 - Comité des Rémunérations

Le Comité des Rémunérations rassemble le Président du Conseil d'administration et ses deux vice-présidents. Le directeur opérationnel en est invité permanent sauf pour les éventuels sujets le

concernant directement. Il est présidé par le Président du Conseil d'administration.

• **Cette instance :**

- détermine la politique du recrutement : création de postes, suppression de postes, recours ou non au détachement, principe du recours à des contrats à durée déterminée ;
- arrête l'évolution des rémunérations après consultation des propositions de la direction opérationnelle.

• **Fréquence des réunions**

Cette instance se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'une urgence l'impose, sur convocation du Président ou d'un des deux co-Présidents

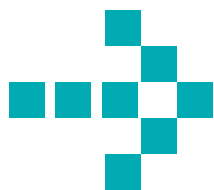
• **Modalités des prises de décision**

Consensus parmi ses membres. Le Comité informe le Conseil de ses décisions.

Article 8 – Délégations de pouvoirs du Conseil d'administration

Les pouvoirs propres du Président du Conseil d'administration et du directeur opérationnel, tous deux « dirigeants effectifs » devant l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sont définis aux articles 48 et 49 des statuts.

Une fois par an et chaque fois qu'une modification d'organisation interne l'impose, le Conseil d'administration examine et approuve un tableau détaillant ses délégations de pouvoirs au Président du Conseil d'administration, au dirigeant opérationnel et au bureau du Conseil d'administration.



RÈGLEMENT GÉNÉRAL

SECTION I – Adhésion aux garanties assurées et aux produits distribués par la Mutuelle

Article 1 – Appartenance mutualiste et l'engagement réciproque des parties au contrat mutualiste

L'adhésion à la Mutuelle Centrale des Finances implique acceptation des statuts et des règlements.

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

Outre le bulletin d'adhésion, le contrat mutualiste est constitué des règlements mutualistes auxquels consent l'adhérent règlement général et règlements correspondant aux garanties souscrites.

Les adhérents peuvent souscrire aux garanties assurées par la Mutuelle dans les conditions définies par les règlements mutualistes.

En sus des obligations de couplage décidées par la Mutuelle, lorsque les conditions prévues aux contrats sont respectées, les adhérents peuvent également souscrire aux garanties distribuées par la Mutuelle dans son rôle d'intermédiation dans les conditions prévues par chaque contrat.

Article 2 – Adhésion individuelle aux garanties assurées par la MCF

Les membres participants sont définis aux articles 6 et 7 du titre I des statuts.

2.1. Membres participants en activité

2.1.1. Membres participants appartenant à l'une des trois fonctions publiques

Ils sont inscrits aux garanties « Frais de maladie » et « Perte de Rémunération - Incapacité » assurées par la Mutuelle ainsi qu'à la garantie « Invalidité » assurée par CNP Assurances. Cependant, si leur employeur ou celui de leur conjoint leur impose un contrat collectif obligatoire pour les garanties « Frais de maladie », ils peuvent n'adhérer qu'aux garanties « Perte de rémunération - Incapacité » et « Invalidité ».

De même, si leur employeur ou celui de leur conjoint leur impose un contrat collectif en Prévoyance pour les garanties « Perte de rémunération - Incapacité » ou « Invalidité », ils peuvent n'adhérer qu'aux garanties « Frais de maladie » ou « Perte de rémunération - Incapacité complémentaire ».

Durant leur scolarité, les élèves des établissements de la fonction publique peuvent souscrire les garanties « Frais de santé » seules. Leur scolarité finie, les règles ci-dessus s'appliquent.

2.1.2. Autres membres participants en activité

Ils sont inscrits obligatoirement aux garanties « Frais de maladie ».

2.2. Membres participants à la retraite

2.2.1. Membres participants en activité qui passent à la retraite alors qu'ils sont déjà adhérents à la MCF

Par défaut, ces membres conservent l'ensemble des garanties dont ils bénéficiaient lorsqu'ils étaient en activité, à l'exception des garanties « Incapacité » et « Invalidité » qui sont résiliées.

Ils peuvent souscrire aux garanties « Frais de santé » de la MCF s'ils n'en bénéficiaient pas déjà.

Les adhérents aux garanties « Frais de santé » de moins de 70 ans révolus sont obligatoirement inscrits à la garantie « Dépendance », sauf s'ils ont souscrit cette garantie auprès d'un autre organisme.

2.2.2. Les membres honoraires personnes physiques (cf. article 6.2 du titre I des statuts) qui souhaitent adhérer aux garanties de la MCF à leur passage à la retraite

Les membres honoraires ont cinq ans à partir de leur date de passage à la retraite pour demander leur adhésion pour souscrire la garantie « Frais de santé ». S'ils sont âgés de moins de 70 ans révolus, ils sont obligatoirement inscrits à la garantie « Dépendance », sauf s'ils ont souscrit cette garantie auprès d'un autre organisme.

2.2.3. Les membres honoraires personnes physiques (cf. article 6.2 du titre I des statuts) en activité

Ils peuvent souscrire aux garanties assurées par la Mutuelle dans les conditions définies par les règlements mutualistes.

Ils peuvent souscrire aux garanties distribuées par la Mutuelle dans les conditions prévues par chaque contrat.

2.2.4. Personnes n'ayant jamais été adhérentes à la MCF et qui demandent à adhérer

Pour adhérer à la MCF, il faut appartenir aux catégories définies à l'article 6 du titre I des statuts. À défaut, il est possible, suivant l'article 7, de faire une demande d'adhésion exceptionnelle auprès du Conseil d'administration.

Toute souscription à la garantie « Frais de santé » par une personne retraitée de moins de 70 ans révolus oblige à souscrire à la garantie « Dépendance » distribuée par la Mutuelle sauf si elle a déjà souscrit à une garantie équivalente auprès d'un autre organisme.

2.3. Ayants droit et membres rattachés

Les ayants droit tels que définis par le droit de la Sécurité sociale bénéficient de la garantie « Frais de maladie » moyennant une majoration de la cotisation.

Les conjoints qui perçoivent moins de 13 900 euros de revenu annuel imposable peuvent être rattachés en tant qu'ayant droit au contrat du membre participant retraité. Cette qualité se perd si leurs ressources augmentent. Il est alors demandé au conjoint de souscrire son propre contrat.

2.4. Tout membre participant

Les membres participants et les membres honoraires personnes physiques ont accès à l'ensemble des garanties proposées par la MCF dans le respect des règles d'adhésion et de gestion définies par chaque règlement mutualiste.

Les membres participants affiliés par le biais d'un contrat collectif peuvent adhérer à titre individuel aux garanties proposées par la MCF en dehors de leur contrat collectif.

SECTION II – Fonctionnement général des garanties

Article 3 – Formalités d'adhésion

Toute garantie prend effet le premier jour d'un mois, sans possibilité de rétroactivité.

La date anniversaire des garanties est le 1^{er} janvier.

L'ouverture du droit aux prestations intervient le jour de la prise d'effet des garanties. Ce droit court sur l'année civile avec tacite

reconduction par périodes d'un an, sauf dénonciation dans les conditions prévues aux articles 8 et 9 du présent règlement. Toutefois, les prestations à verser au titre des garanties « Perte de rémunération » (« Incapacité » ou « Invalidité ») sont subordonnées aux conditions de délai de carence et franchise du règlement mutualiste de ces garanties.

SECTION III – Paiement des cotisations

Article 4 – Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation exigible le premier jour de chaque mois, à partir de la date de prise d'effet de la garantie.

La cotisation de membre participant inclut les cotisations dues au titre de son conjoint et de ses ayants droit. Les cotisations sont prélevées mensuellement sur compte bancaire ou postal, le premier jour de chaque mois. Cependant :

Le Conseil d'administration peut décider de mettre en place un prélèvement semestriel ou annuel pour les cotisations individuelles dont le montant serait inférieur à un seuil qu'il détermine. En cas de paiement par chèque, les cotisations sont appelées par trimestre et payables le 1^{er} jour de chaque trimestre.

Après accord de l'adhérent, la cotisation est éventuellement retenue sur les prestations.

En cas de retard de règlement deux trimestres de suite, la Mutuelle peut exiger la mise en place du prélèvement.

Article 5 – Cotisation des adhérents retraités admis au titre de l'article 2.2.4 ou à titre exceptionnel dans la Mutuelle

Il s'agit :

- de personnes n'ayant jamais été adhérentes à la MCF ;
- de membres honoraires admis alors que plus de cinq ans se sont écoulés depuis leur passage à la retraite ;
- de tout membre retraité admis au titre de l'article 8 du titre I des statuts alors que plus de cinq ans se sont écoulés depuis leur passage à la retraite.

Ces adhérents entrent dans la grille de tarification correspondant à leur âge au moment de leur première adhésion en tant que retraité. Cette grille de tarification majorée leur sera appliquée jusqu'au terme de la garantie souscrite :

- de 10% entre 60 et 75 ans révolus,
- de 15% au-delà.

Cette tarification particulière représente la participation des adhérents tardifs à l'effort consenti par les adhérents de longue date à la mutualisation des risques au titre de la solidarité.

Article 6 – Obligations des membres participants

6.1. Tout membre participant s'engage à fournir à la Mutuelle chaque année avant le 30 septembre, un justificatif indiquant le montant de ses ressources nettes imposables perçues au cours de l'année précédente.

Ce document permet le calcul des cotisations, proportionnelles au revenu ou forfaitaires par tranche de revenu selon les garanties.

Ce document sert aussi pour établir la base de rémunération assurée par les garanties « Perte de rémunération » classique et complémentaire. Il est également utilisé pour les garanties « Invalidité » et « Décès » distribuées par la Mutuelle, selon des modalités précisées dans les notices de chacune de ces garanties.

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

6.2. Par ailleurs, il s'engage à signaler à la Mutuelle toute modification de sa situation administrative dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans le mois qui suit ce changement.

6.3. En particulier, lors de son passage à la retraite ou lors de tout changement de situation, le membre participant désirant maintenir son adhésion à la Mutuelle doit :

- signaler le plus tôt possible son changement de situation ;

- exprimer par écrit son désir de rester adhérent ;

- s'il a changé de coordonnées bancaires, remplir le mandat de prélèvement SEPA fourni par la Mutuelle accompagnée du relevé d'identité bancaire ou postal correspondant. Par défaut, les compte de prélèvement et de versement de prestation resteront ceux utilisés lors de sa période d'activité ;

- présenter les pièces justificatives de ses pensions.

6.4. En cas de séparation, le conjoint rattaché au contrat d'un membre participant peut demander à adhérer à la Mutuelle en son nom. Il doit alors fournir les pièces nécessaires à son adhésion.

6.5. Défaut de paiement de sommes dues à la Mutuelle
Nonobstant les règles relatives à la résiliation ou à la suspension des garanties, qu'il s'agisse de cotisations impayées ou de prestations à rembourser, la Mutuelle est autorisée à mettre en œuvre tout moyen pour recouvrer les sommes dues.

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

La résiliation pour non-paiement est organisée par les articles L221-7 et L221-8 du Code de la Mutualité.

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la MCF se réserve la possibilité de mettre en demeure le membre participant. À défaut de paiement dans les trente jours qui suivent, la garantie est suspendue. 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.

En cas de paiement dans les trente jours, la garantie suspendue reprend ses effets pour l'avenir, 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.

En cas de non-paiement dans les trente jours, la Mutuelle peut résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours.

Cette résiliation n'éteint pas la dette : la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre le recouvrement des cotisations dues. Le paiement des cotisations après la résiliation ne remet pas le contrat en cours.

Article 9 –

9.1. Résiliation à la date anniversaire du contrat

La résiliation est notifiée par écrit au plus tard deux mois avant la date anniversaire du contrat. La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification. (art L221-10 du Code de la Mutualité).

9.2. Résiliation pour transmission tardive de l'avis d'échéance

Lorsque l'avis d'échéance est envoyé moins de quinze jours avant la date d'échéance du contrat, le membre participant peut résilier dans les 20 jours qui suivent la réception de l'avis d'échéance. (art L221-10-1 du Code de la Mutualité).

9.3. Résiliation pour motif légitime

Le membre participant peut demander la résiliation d'une garantie en cas de changement de situation : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, fin d'activité professionnelle ; mais aussi tout changement ayant un impact direct sur son besoin de couverture. (art L221-17 du Code de la Mutualité).

En particulier, l'existence d'une couverture obligatoire mise en place par son employeur constitue un motif légitime de résiliation.

La demande doit être faite par écrit et le membre participant doit fournir un justificatif de son changement de situation.

La résiliation de la garantie concernée intervient au plus tard dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. Elle prend effet un mois après réception de sa notification.

9.4. Résiliation infra annuelle

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, tout adhérent peut demander la radiation des garanties « Frais de maladie » et « Incapacité » à tout moment. La demande doit être effectuée par recommandé (postal ou électronique). La radiation prend effet un mois après la réception de la demande. (art L221-10-2 du Code de la Mutualité).

En application de l'article 2.1.1. du Règlement général, la demande d'un adhérent de résiliation d'une couverture santé ou d'une couverture de prévoyance (« Perte de rémunération » ou « Invalidité ») en vue de l'affiliation du demandeur à une garantie de même nature au titre d'un contrat collectif obligatoire, n'entraîne aucune résiliation automatique des autres couvertures souscrites auprès de la Mutuelle.

Dans le cadre d'une garantie « Perte de rémunération - Incapacité » :

- s'agissant d'une demande de résiliation volontaire de la part d'un adhérent, la Mutuelle cessera le versement de toute indemnité dès le mois suivant la perception de la dernière cotisation ;
- s'agissant d'une demande de résiliation faisant suite à la mise en place d'un contrat collectif obligatoire pour un adhérent en cours d'indemnisation au moment de l'entrée en vigueur du contrat et n'ayant pas obtenu le bénéfice d'une dispense d'adhésion de la part de son employeur, la Mutuelle maintiendra son indemnisation, déduction faite de la cotisation mensuelle de la garantie, jusqu'à réception d'un justificatif de reprise d'activité.

SECTION IV – Subrogation

Article 10 – 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 11 – La Mutuelle reçoit des adhérents délégation générale pour procéder pour leur compte au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers dans le cadre du tiers payant.

SECTION V – Prescription

Article 12 – Toutes les actions dérivant des présents statuts doivent intervenir, sauf à être prescrites, 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 de l'adhérent, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance ;

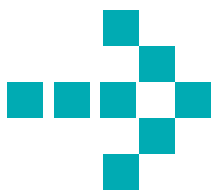
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour 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 à l'article L 111-1 du Code de la Mutualité, partie 1, 1° b, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

SECTION VI – Adhésion collective aux garanties assurées et aux produits distribués par la Mutuelle

Article 13 – La Mutuelle peut signer des contrats collectifs de Frais de Maladie ou de Prévoyance, à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative, avec des employeurs de la fonction publique, des employeurs d'établissements à caractère mixte public/privé et des employeurs de l'Économie Sociale et Solidaire. (cf article 6 titre I des statuts). Dans ce contexte, au cas par cas, la Mutuelle choisit les éventuelles règles de couplage entre les garanties « Frais de Maladie », « Incapacité » et « Invalidité » à mettre en œuvre.

Article 14 – Chaque contrat décrit les obligations réciproques des parties dans le respect de la réglementation en vigueur.



RÈGLEMENT MALADIE

SECTION I – Prestations

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

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

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 années pleines. Une fois ces deux années révolues, il est possible de changer d'offre en cours d'année, à la date du premier jour d'un mois à venir.

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.

La Mutuelle peut choisir de 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.

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 (BR) 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.

Les contrats de la MCF sont solidaires et responsables ; en conséquence, le remboursement des équipements d'optique médicale, d'audioprothèse et des actes prothétiques dentaires sont soumis aux réglementations concernant la périodicité des renouvellements et les montants remboursés ; de même le « forfait patient urgence » est pris en charge.

La gestion du risque hospitalisation est réalisée dans le cadre des conventions de la M.F.P. et de la F.N.M.F.

Par défaut, les soins reçus à l'étranger sont remboursés à hauteur du ticket modérateur.

Les soins reçus à l'étranger par les élèves de l'Institut National du Service Public (INSP), 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 MCF Prévention, MCF Santé et MCF Santé Plus 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, leurs grilles de garanties sont établies dans le respect des différentes lois et décrets ainsi que des articles des LFSS successives y afférent.

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 L2004-810 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 L2004-810 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 L2004-810 du 13 août 2004).

2. La Mutuelle prend en charge :

- Les actes de prévention tels que prévus dans les décrets 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 24 € (prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale) s'appliquant aux actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ;
- En optique médicale, la différence entre les prix limites de vente et la prise en charge par la Sécurité sociale des montures et des verres de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la

Sécurité sociale ainsi que pour la prestation d'appairage pour les verres de classe A d'indice de réfraction différent et le supplément pour les verres avec filtre de classe A, de sorte qu'il n'y ait pas de reste à charge pour l'adhérent (article 5 du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019) ;

- Les dépassements de tarif en optique médicale pour les équipements de classe B dans le respect des planchers et plafonds et dans la limite d'un équipement tous les deux ans pour les personnes de plus de seize ans tels que fixés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ce délai de deux ans court à compter de la date de la précédente facture + un jour ;
- Ce délai est ramené à six mois pour les enfants en-dessous de six ans (six mois de date à date + un jour) ;
- Ce délai est ramené à un an (à compter de la date de la précédente facture + un jour) pour les enfants de plus de six ans et de moins de seize ans ;
- Pour les personnes de seize ans et plus, ce délai est annulé ou ramené à un an en cas de maladies ou opérations listées au paragraphe VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018. L'arrêté précise : « La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire » ;
- Pour les actes prothétiques dentaires, la différence entre les prix limites de vente et la prise en charge par la Sécurité sociale, fixés par la convention nationale dentaire du 21 juin 2018 dans son annexe IV ;
- Pour les équipements en audioprothèse, la différence entre les prix limites de vente mentionnés à l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale pour les équipements de classe A fixés par la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et la prise en charge par la Sécurité sociale de sorte qu'il n'y ait pas de reste à charge pour l'adhérent (Décret 2019-21 du 11 janvier 2019) ;
- Les dépassements de tarif des équipements en audioprothèse dans la limite du plafond fixé par le 3^e alinéa de l'article 1^{er} du Décret 2019-21 du 11 janvier 2019 ;
- Le forfait patient urgence inscrit dans l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 (PLFSS).
- 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), la participation ne peut être supérieure à 100% du tarif de base de la Sécurité sociale. Si le professionnel de santé a signé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), 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 avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Article 3 - 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.

SECTION II – Cotisations

Article 4 - La cotisation mensuelle de la garantie « Frais de Maladie » des membres participants âgés de moins de 35 ans est fixée forfaitairement, sans tenir compte des revenus. Celle des membres participants de 35 ans et plus, est fixée forfaitairement selon les tranches de ressources.

Les tableaux de cotisations sont annexés au présent règlement. Ils distinguent entre les membres participants actifs et les membres participants retraités.

Concernant ces derniers, la grille de tarif qui leur est appliquée est choisie selon l'article 5 du règlement général.

La cotisation « Frais de maladie » du membre participant varie en fonction du nombre de personnes rattachées à son contrat.

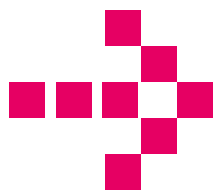
L'article 5 du règlement général de la Mutuelle définit un dispositif de cotisation spécifique pour les personnes n'ayant jamais été adhérentes à la MCF et qui demandent à adhérer ainsi que pour celles qui sont admises à titre exceptionnel.

Article 5 - Sur présentation d'un justificatif de leur situation, les membres participants étudiants et les membres participants en situation de handicap se voient appliquer une cotisation spécifique dite "étudiant" mentionnée aux tableaux ci-après, annexés au présent règlement.

Article 6 - La Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses adhérents ou souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion affectés à ces mêmes garanties, exprimés en pourcentage des cotisations ou primes hors taxes afférentes, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

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. 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. Les coordonnées et l'adresse du site internet du Médiateur Fédéral figurent sur le site internet de la Mutuelle, ainsi que les statuts et règlements mutualistes, les bulletins d'adhésion, notices contrats collectifs et tous autres documents d'information.



GRILLE DES PRESTATIONS

MCF PRÉVENTION

POUR L'ANNÉE 2026

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% BR	40% - 35% ou 30% BR	100% BR
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% BR	30% BR	100% BR
Consultations de psychologue	60% BR	40% BR	100% BR
Consultations d'ostéopathie médicale (effectuées chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et de chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Acupuncture pratiquée par un médecin remboursé par la Sécurité sociale		10 €	10 €
Analyses / Pédicures* / Masseurs* / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% BR	40% BR	100% BR
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% BR	40% BR	100% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Transports	55% BR	45% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement 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 Prévention	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostic, acte de médecine nucléaire diagnostic	ADI	70% BR	30% BR	100% BR
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% BR	30% BR	100% BR
Actes de diagnostic, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*	ATM	70% BR ou 100% BR	110% BR ou 80% BR	180% BR

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 70% de la Base de Remboursement Sécurité sociale (BR) si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

HOSPITALISATION

→ Hôpitaux publics et 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
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (Groupe Homogène de Séjour – GHS)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement – GHT)	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% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Accouchements, césariennes* (code regroupement CCAM = ACO)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Forfait patient urgence		18 €		18 €	
Chambre particulière		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	
Frais d'accompagnement		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	
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% de la BR 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					

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

DENTAIRE

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Prévention	Total
Consultations, consultations spécialistes, visites, visites spécialistes, avis ponctuels		60% BR	40% BR	100% BR
Soins conservateurs dentaires	SDE	60% BR	40% BR	100% BR
Actes dentaires, inlay-onlay	INO ou INI	60% BR	40% BR	100% BR
Endodontie	END	60% BR	40% BR	100% BR
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou actes opératoires effectués en ambulatoire) Actes de radiologie, scanner Actes de diagnostic	ASC AID ADM	60% BR 60% ou 100% BR	40% BR 110% ou 70% BR	100% BR 170%
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	60% BR	40% BR	100% BR
Prothèses dentaires : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale) Prothèse transitoire Prothèse fixe métallique Prothèse fixe céramique Inlay-core Réparation sur prothèse Couronne zircone Bridge Supplément prothèse résine	PDT ou CTI PFM ou PF1 PFC ou PF1 ICO ou IC1 RPN ou RE1 CZ1 BR1 SU1	60% BR	155% BR	215% BR
Prothèses dentaires amovibles : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale) Prothèse amovible métallique Prothèse amovible résine Prothèse amovible tarif modéré	PAM PAR PA1	60% BR 60% BR 60% BR	150% BR 250% BR 250% BR	210% BR 310% BR 310% BR
Prothèses dentaires : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation) Prothèse transitoire Prothèse fixe métallique Couronne zircone Prothèse fixe Inlay-core Réparation adjonction Réparation prothèse adjointe simple Supplément prothèse résine	CTO CMO CZO PFO ICO RAO RSO SUO	60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèses dentaires amovibles : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation) Prothèse amovible transitoire Prothèse amovible Réparation facettes prothèse amovible	PTO PAO RFO	60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	60% BR	155% BR	215% BR
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le 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
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR ou ORT	60% ou 100% BR	250% BR	310% ou 350% BR
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	60% BR	40% BR	100% BR
Surfaçage dentaire			100 € par séance dans la limite de 2 par an	100 € par séance dans la limite de 2 par an

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale

PRÉVENTION DENTAIRE

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Examen annuel de prévention	60% BR	40% + 5 €	100% BR + 5 €
Dépistage entre 3 ^e et 6 ^e mois de grossesse	60% BR	40% + 5 €	100% BR + 5 €
Examen de dépistage de la maladie paradontale	60% BR	40% + 10 €	100% BR + 10 €
Traitement de la maladie paradontale (non pris en charge par la Sécurité sociale)		200 € par an	200 € par an

DENTAIRE : DIVERS

Nature des soins	SS	MCF Prévention	Total
Autres actes d'orthodontie (examen surveillance, contention)	60% BR 100% BR	180% BR 150% BR	240% BR
Rebasage, réparation de fracture, renfort et adjonction ou remplacement de dents ou crochets	60% ou néant	40% + forfait de 243,92 € ou Forfait de 243,92 €	100% + forfait Forfait

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale

OPTIQUE

→ Équipements de classe A

(100% santé – pas de reste à charge pour l'adhérent)

Type de verre	Codes regroupement	Prix Limites de Vente	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Prévention
Verres simples	V01	De 32,50 € à 52,50 €	De 9,75 € à 15,75 €	De 26,65 € à 43,05 €
Verres complexes	V02 V03	De 47,50 € à 105 €	De 14,25 € à 31,50 €	De 38,95 € à 86,10 €
Verres très complexes	V04	De 60 € à 170 €	De 18 € à 51 €	De 49,20 € à 139,40 €
Monture adultes : code LPP 2222124	M01	30 €	9 €	24,60 €
Monture enfants : code LPP 2254242	M02	30 €	9 €	24,60 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2264223	MS1	30 €	9 €	24,60 €
Prestation d'adaptation verres de classe A : code LPP 2226435	S01	10 €	10 €	4 €
Prestation d'appairage de niveau 1 : code LPP 2232252	SV2	5 €	1,50 €	4,10 €
Prestation d'appairage de niveau 2 : code LPP 2222503	SV2	10 €	3 €	8,20 €
Prestation d'appairage de niveau 3 : code LPP 2206987	SV2	15 €	4,50 €	12,30 €
Supplément pour verre avec filtre teinté : code LPP 2269025	SV4	5 €	1,50 €	4,10 €

→ **Équipements de classe B**

(tarif libre - reste à charge de l'adhérent en fonction du prix payé)

Type de verre	Codes regroupement	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Prévention	Participation MCF Prévention (réseau OPTILYS)
Verres simples	VU1 VU2 VU3	0,05 €	58 €	78 €
Verres complexes	VU4 VU5 VU6 VU7 VM1 VM2 VM3	0,05 €	90 €	110 €
Verres très complexes	VM4 VM5 VM6 VM7	0,05 €	100 €	120 €
Monture adultes : code LPP 2264861	MO3	0,05 €	50 €	50 €
Monture enfants : code LPP 2276870	MO4	0,05 €	50 €	50 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2221745	MS2	0,05 €	50 €	50 €
Prestation d'adaptation verres de classe B : code LPP 2209738	SV1	0,05 €	9,97 €	9,97 €
Prisme incorporé adultes : code LPP 2247905	SV4	3,96 €	17,60 €	17,60 €
Prisme incorporé enfants : code LPP 2287862	SV4	16,01 €	10,40 €	10,40 €
Prisme souple enfants de moins de 6 ans : code LPP 2227920	SV4	22,41 €	26,60 €	26,60 €
Système antiptosis adultes et enfants : codes LPP 2200795 ; 2293957	SV4	77,29 €	53,70 €	53,70 €
Verres iséiconiques adultes et enfants : codes LPP 2278219 ; 2222408	SV3	Sur devis	28 €	28 €
Filtre chromatique ou ultraviolet enfants de moins de 18 ans : code LPP 2204066	SV4	9,15 €	14,50 €	14,50 €
Filtre d'occlusion partiel enfants de moins de 6 ans : code LPP 2267641	SV4	3,66 €	5,50 €	5,50 €

→ **Autres prestations optiques**

Nature de la prestation	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Prévention	SS + MCF Prévention
Chirurgie réfractive et non réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil
Lentille de contact		65 €	65 € par lentille et par an

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
Prothèse mammaire		100% LPP	Forfait	270 €
Prothèse capillaire de classe 2 (prix limite de vente 700 €)		250 €	20 €	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

	Appareil auditif de classe 1			Appareil auditif de classe 2		
	BR*	MCF Prévention	SS + MCF Prévention	BR*	MCF Prévention	SS + MCF Prévention
Bénéficiaires de moins de 20 ans	1 400 € (plafond de facturation 1 400 €)	560 €	1 400 €	1 400 €	860 €	1 700 €
Bénéficiaires de 20 ans et plus	400 € (plafond de facturation 950 €)	710 €	950 €	400 €	430,17 €	670,17 €
Forfait piles	60% LPP	110% LPP	160% LPP	60% LPP	110% LPP	170% LPP

* Le remboursement Sécurité sociale est égal à 60% de la BR (Base de Remboursement)

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Prévention	Total
Honoraires	70% BR	25% BR	95% BR
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	30% BR -	95% BR 100% TFR
Prestations légales Hébergement - Transport	65% BR	30% BR	95% BR
Prestations supplémentaires Hébergement - Transport	65% BR	30% BR	95% BR

BR : Base de Remboursement 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% BR	35%, 30% ou 20% BR	100% BR
Amniocentèse non prise en charge par la SS		185 €	185 €
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la SS		23 €	23 €
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
Bien-être hygiène féminine		Forfait de 40 € par an	Pour les adhérents ayants-droit à partir de 12 ans et les étudiantes

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF PRÉVENTION » POUR L'ANNÉE 2026

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Adhérents de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	29,18 €	43,76 €	52,52 €
Adhérents de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Jusqu'à 13 900 €	39,16 €	58,75 €	68,50 €
De 13 901 € à 21 400 €	44,09 €	66,13 €	77,11 €
De 21 401 € à 31 900 €	48,70 €	72,99 €	85,13 €
De 31 901 € à 42 300 €	53,98 €	80,91 €	94,50 €
De 42 301 € à 75 700 €	57,70 €	86,57 €	101,01 €
Supérieur à 75 700 €	62,27 €	93,30 €	108,93 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Jusqu'à 13 900 €	49,34 €	74,13 €	86,35 €
De 13 901 € à 21 400 €	54,82 €	82,23 €	95,95 €
De 21 401 € à 31 900 €	59,99 €	89,94 €	104,96 €
De 31 901 € à 42 300 €	65,28 €	97,86 €	114,22 €
De 42 301 € à 75 700 €	69,01 €	103,53 €	120,86 €
Supérieur à 75 700 €	73,58 €	110,38 €	128,64 €

→ III. Cotisations des adhérents scolarisés dans un établissement de la Fonction publique et des étudiants

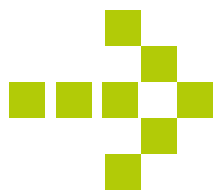
(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants étudiants, apprentis et handicapés	12,98 €	19,48 €	22,60 €

* Non scolarisés

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

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



GRILLE DES PRESTATIONS

MCF SANTÉ

POUR L'ANNÉE 2026

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% BR	40% - 35% ou 30% BR	100% BR
Consultations de médecins (généralistes et spécialistes)	70% BR	30% BR	100% BR
Consultations de psychologue	60% BR	40% BR	100% BR
Consultations d'ostéopathie médicale (effectuées chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et de chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Acupuncture pratiquée par un médecin remboursé par la Sécurité sociale		10 €	10 €
Analyses / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% BR	40% BR	100% BR
Kinésithérapeute	60% BR	70% BR	130% BR
Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR	100% BR
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% BR	40% BR	100% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Transports	55% BR	45% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement 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% BR ou 100% BR	30% BR -	100% BR
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostic, acte de médecine nucléaire diagnostic	ADI	70% BR ou 100% BR	60% BR 30% BR	130% BR
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% BR ou 100% BR	60% BR 30% BR	130% BR
Actes diagnostics, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*	ATM	70% BR ou 100% BR	120% BR ou 90% BR	190% BR

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 70% de la Base de Remboursement Sécurité sociale (BR) si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

HOSPITALISATION

→ Hôpitaux publics et 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
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (Groupe Homogène de Séjour - GHS)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT)	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% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		15 €		15 €	
Forfait patient urgence		18 €		18 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Accouchements, césariennes* (code regroupement CCAM = ACO)	100% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière		Dans la limite de 40 € par jour		Selon tarif négocié	
Frais d'accompagnement		Dans la limite de 33 € par jour		Selon tarif négocié	
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% de la BR 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					

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	100% LPP 100% LPP	160% LPP 200% 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

DENTAIRE

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé	Total
Consultations, consultations spécialistes, visites, visites spécialistes, avis ponctuels		60% BR	40% BR	100% BR
Soins conservateurs dentaires	SDE	60% BR	40% BR	100% BR
Endodontie	END	60% BR	40% BR	100% BR
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou actes opératoires effectués en ambulatoire)	ASC	60% BR	40% BR	100% BR
Actes de radiologie, scanner	AID	60% BR	60% BR	120% BR
Actes de diagnostic	ADM	60% BR	60% BR	120% BR
Inlay-onlay	INO ou IN1	60% BR	90% BR	150% BR
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	60% BR	40% BR	100% BR
Prothèses dentaires : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale)		60% BR	230% BR	290% BR
Prothèse transitoire	PDT ou CT1			
Prothèse fixe métallique	PFM ou PF1			
Prothèse fixe céramique	PFC ou PF1			
Inlay-core	ICO ou IC1			
Réparation sur prothèse	RPN ou RE1			
Couronne zircone	CZ1			
Bridge	BR1			
Supplément prothèse résine	SU1			
Prothèses dentaires amovibles : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale)				
Prothèse amovible métallique	PAM	60% BR	230% BR	290% BR
Prothèse amovible résine	PAR	60% BR	350% BR	410% BR
Prothèse amovible tarif modéré	PA1	60% BR	350% BR	410% BR
Prothèses dentaires : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation)		60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèse transitoire	CT0			
Prothèse fixe métallique	CM0			
Couronne zircone	CZ0			
Prothèse fixe	PFO			
Inlay-core	ICO			
Réparation adjonction	RAO			
Réparation prothèse adjointe simple	RSO			
Supplément prothèse résine	SU0			
Prothèses dentaires amovibles : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation)		60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèse amovible transitoire	PT0			
Prothèse amovible	PA0			
Réparation facettes prothèse amovible	RFO			
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	60% BR	200% BR	260% BR
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale) (sous réserve que le chirurgien dentiste ou le 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 ou ORT	60% ou 100% BR	250% BR	310% ou 350% BR
Orthodontie adhérents de moins de 35 ans (non prise en charge par la Sécurité sociale)			200 € par semestre	200 € par semestre dans la limite de 4 semestres, sur présentation d'une prescription justifiant médicalement le traitement
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	60% BR	40% BR	100% BR
Surfaçage dentaire / traitement de la maladie parodontale (non pris en charge par la Sécurité sociale)			100 € par séance dans la limite de 4 par an	100 € par séance dans la limite de 4 par an
Soins sur dents de lait (non pris en charge par la Sécurité sociale)			300 € par an	300 € par an

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale

OPTIQUE

→ Équipements de classe A

(100% santé – pas de reste à charge pour l'adhérent)

Type de verre	Codes regroupement	Prix Limites de Vente	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé
Verres simples	V01	De 32,50 € à 52,50 €	De 9,75 € à 15,75 €	De 26,65 € à 43,05 €
Verres complexes	V02 V03	De 47,50 € à 105 €	De 14,25 € à 31,50 €	De 38,95 € à 86,10 €
Verres très complexes	V04	De 60 € à 170 €	De 18 € à 51 €	De 49,20 € à 139,40 €
Monture adultes : code LPP 2222124	M01	30 €	9 €	24,60 €
Monture enfants : code LPP 2254242	M02	30 €	9 €	24,60 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2264223	MS1	30 €	9 €	24,60 €
Prestation d'adaptation verres de classe A : code LPP 2226435	S01	10 €	10 €	4 €
Prestation d'appairage de niveau 1 : code LPP 2232252	SV2	5 €	1,50 €	4,10 €
Prestation d'appairage de niveau 2 : code LPP 2222503	SV2	10 €	3 €	8,20 €
Prestation d'appairage de niveau 3 : code LPP 2206987	SV2	15 €	4,50 €	12,30 €
Supplément pour verre avec filtre teinté : code LPP 2269025	SV4	5 €	1,50 €	4,10 €

→ Équipements de classe B

(tarif libre - reste à charge de l'adhérent en fonction du prix payé)

Type de verre	Codes regroupement	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé	Participation MCF Santé (réseau OPTILYS)
Verres simples	VU1 VU2 VU3	0,05 €	62 € par verre	82 € par verre
Verres complexes	VU4 VU5 VU6 VU7 VM1 VM2 VM3	0,05 €	95 € par verre	115 € par verre
Verres très complexes	VM4 VM5 VM6 VM7	0,05 €	110 € par verre	130 € par verre
Monture adultes : code LPP 2264861	MO3	0,05 €	50 €	50 €
Monture enfants : code LPP 2276870	MO4	0,05 €	50 €	50 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2221745	MS2	0,05 €	50 €	50 €
Prestation d'adaptation verres de classe B : code LPP 2209738	SV1	0,05 €	9,97 €	9,97 €
Prisme incorporé adultes : code LPP 2247905	SV4	3,96 €	17,60 €	17,60 €
Prisme incorporé enfants : code LPP 2287862	SV4	16,01 €	10,40 €	10,40 €
Prisme souple enfants de moins de 6 ans : code LPP 2227920	SV4	22,41 €	26,60 €	26,60 €
Système antiptosis adultes et enfants : codes LPP 2200795 ; 2293957	SV4	77,29 €	53,70 €	53,70 €
Verres iséiconiques adultes et enfants : codes LPP 2278219 ; 2222408	SV3	Sur devis	28 €	28 €
Filtre chromatique ou ultraviolet enfants de moins de 18 ans : code LPP 2204066	SV4	9,15 €	14,50 €	14,50 €
Filtre d'occlusion partiel enfants de moins de 6 ans : code LPP 2267641	SV4	3,66 €	5,50 €	5,50 €

→ Autres prestations optiques

Nature de la prestation	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé	SS + MCF Santé
Chirurgie réfractive et non réfractive		300 € par an et par œil	300 € par an et par œil
En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019
Lentille de contact pour les adhérents de 35 ans et plus		55 €	55 € par lentille et par an
Lentille de contact pour les adhérents de moins de 35 ans		80 €	80 € par lentille et par an

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
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire de classe 2 (prix limite de vente 700 €)		250 €	450 €	700 € (remboursement intégral)
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 matériel médical		60% LPP 100% LPP	100% LPP 100% LPP	160% LPP 200% LPP

APPAREILS AUDITIFS

	Appareil auditif de classe 1			Appareil auditif de classe 2		
	BR*	MCF Santé	SS + MCF Santé	BR*	MCF Santé	SS + MCF Santé
Bénéficiaires de moins de 20 ans	1 400 € (plafond de facturation 1 400 €)	560 €	1 400 €	1 400 €	860 €	1 700 €
Bénéficiaires de 20 ans et plus	400 € (plafond de facturation 950 €)	710 €	950 €	400 €	800 €	1 040 €
Forfait piles		50 €	50 € par an		50 €	50 € par an

* Le remboursement Sécurité sociale est égal à 60% de la BR (Base de Remboursement)

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé	Total
Honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	35% TFR -	100% TFR 100% TFR
Prestations légales Hébergement – Transport	65% BR	35% BR	100% BR
Prestations supplémentaires Hébergement – Transport	65% BR	35% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement 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% BR	35%, 30% ou 20% BR	100% BR
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale		23 €	23 €

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	60% BR	40% BR	100% BR
Détartrage annuel complet	60% BR	40% BR	100% BR
Bilan du langage (AMO24)	60% BR	40% BR	100% BR
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	60% BR	40% BR	100% BR
Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)	70% BR	30% BR	100% BR
Ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
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%

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
Consultation de psychologue (inscrit au répertoire ADEL) non remboursée par la Sécurité sociale	40 € par séance	Sur présentation d'une prescription médicale, participation dans la limite de la dépense engagée, et de 6 séances par an, pour les bénéficiaires de plus de 18 ans
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
Produits pharmaceutiques ou cosmétiques médicalement prescrits dans le cadre ou à la suite des séances de chimiothérapie et radiothérapie	Forfait de 100 € par an	Prise en charge dans la limite de 100 € par an des produits prescrits dans le cadre d'une ALD ou d'une opération chirurgicale récente. Forfait servi par année civile pendant trois ans (année en cours + deux ans) et au-delà sur présentation d'une prescription médicale
Lingerie spécifique post-opératoire (à la suite de brûlures ou chimiothérapie ou radiothérapie)	Forfait de 80 € par an	Dans la limite du prix payé et sur présentation des factures acquittées, après vérification d'une ALD ou d'une opération chirurgicale récente. Forfait servi par année civile pendant trois ans (année en cours + deux ans) et au-delà sur présentation d'une prescription médicale
Séances d'exercices physiques pré-opératoires dans le cadre du traitement d'un cancer	30 € par séance dans la limite de 30 séances	30 € par séance effectuée dans le mois qui précède l'intervention chirurgicale, dans la limite de 30 séances, sur présentation d'une prescription médicale préconisant les séances
Sport santé post-opératoire dans le cadre du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée	Forfait 80 € par an	Participation dans la limite du prix payé pour une activité physique adaptée auprès de clubs disposant de professionnels formés pour cela. Sur présentation d'une prescription médicale et d'une licence (ou uniquement la licence si elle porte la mention "sport santé")
Bien-être hygiène féminine	Forfait de 40 € par an	Pour les adhérentes ayants droit à partir de 12 ans et les étudiantes
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale	

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ » POUR L'ANNÉE 2026

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Adhérents de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	40,91 €	61,37 €	73,63 €
Adhérents de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Jusqu'à 13 900 €	53,14 €	79,84 €	93,12 €
De 13 901 € à 21 400 €	59,63 €	89,41 €	104,01 €
De 21 401 € à 31 900 €	66,20 €	99,57 €	115,93 €
De 31 901 € à 42 300 €	73,06 €	109,48 €	127,69 €
De 42 301 € à 75 700 €	78,11 €	116,91 €	136,71 €
Supérieur à 75 700 €	84,80 €	127,26 €	148,46 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Jusqu'à 13 900 €	66,03 €	98,78 €	115,69 €
De 13 901 € à 21 400 €	73,11 €	109,45 €	127,70 €
De 21 401 € à 31 900 €	80,52 €	120,63 €	140,87 €
De 31 901 € à 42 300 €	87,25 €	130,97 €	152,88 €
De 42 301 € à 75 700 €	92,28 €	138,56 €	161,35 €
Supérieur à 75 700 €	99,17 €	148,46 €	173,55 €

→ III. Cotisations des adhérents scolarisés dans un établissement de la Fonction publique et des étudiants

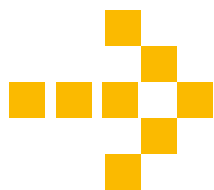
(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants poursuivant des études ou en apprentissage et handicapés	17,47 €	26,51 €	30,67 €

* Non scolarisés

** Eux-mêmes et leurs ayants droit au titre de la Sécurité sociale ou affiliés sous critère de résidence

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



GRILLE DES PRESTATIONS

MCF SANTÉ PLUS

POUR L'ANNÉE 2026

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% BR	40% - 35% ou 30% BR	100% BR
Consultations des médecins généralistes ayant signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70% BR	30% BR + 14 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 14 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins généralistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70% BR	30% BR + 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 (OPTAM)	70% BR	30% BR + 20 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 20 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins spécialistes n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70% BR	30% BR + 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 (OPTAM)	70% BR	30% BR + 15 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 15 €, dans la limite du prix payé
Consultations des médecins psychiatres n'ayant pas signé l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)	70% BR	30% BR + 4 € pour les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés	100% + 4 €, dans la limite du prix payé
Consultations de psychologue	60% BR	40% BR	100% BR
Consultations des médecins non conventionnés	70% BR	30% BR	100% BR
Consultations d'ostéopathie médicale (effectuées chez un ostéopathe ayant reçu le titre définitif du droit d'exercice par les autorités de tutelle) et de chiropratique		20 € par acte dans la limite de 4 par an	20 € par acte dans la limite de 4 par an
Acupuncture pratiquée par un médecin remboursé par la Sécurité sociale		10 €	10 €
Analyses / Orthophonistes* / Orthoptistes*	60% BR	40% BR	100% BR
Kinésithérapeute	60% BR	90% BR	150% BR
Pédicures* actes pris en charge par la Sécurité sociale	60% BR	40% BR	100% BR
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% BR	40% BR	100% BR
Sages-femmes	70% BR	30% BR	100% BR
Transports	55% BR	45% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement 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 Plus	Total
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou acte opératoire effectué en ambulatoire)	ADC	70% BR ou 100% BR	30% BR -	100% BR
Actes de radiologie, scanner, IRM, actes de radiologie vasculaire diagnostic, acte de médecine nucléaire diagnostic	ADI	70% BR ou 100% BR	80% BR ou 50% BR	150% BR
Actes d'échographie / doppler	ADE	70% BR ou 100% BR	80% BR ou 50% BR	150% BR
Actes de diagnostic, chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire thérapeutique*	ATM	70% BR ou 100% BR	130% BR ou 100% BR	200% BR

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 70% de la Base de Remboursement Sécurité sociale (BR) si le professionnel de santé n'a pas adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

HOSPITALISATION

→ Hôpitaux publics et 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
Hébergement et accueil, forfaits environnement, forfaits chimiothérapie, forfaits médicaments, forfaits divers (Groupe Homogène de Séjour - GHS)	100% GHS ou 80% GHS	100% GHS	200% GHS ou 180% GHS	- ou 20% GHS	100% GHS
Hospitalisation à domicile (Groupe Homogène Traitement - GHT)	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% BR ou 80% BR	100% BR	200% BR ou 180% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Actes chirurgicaux* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	200% BR	300% BR ou 280% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Chirurgie ambulatoire* (code regroupement CCAM = ADC)	100% BR ou 80% BR	200% BR	300% BR ou 280% BR	50% BR ou 70% BR	150% BR
Forfait d'hébergement en cas de séjour hospitalier en ambulatoire		35 €		35 €	
Forfait patient urgence		18 €		18 €	
Actes d'anesthésie réanimation* (code regroupement CCAM = ADA)	100% BR ou 80% BR	200% BR	300% BR ou 280% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Accouchements, césariennes* (code regroupement CCAM = ACO)	100% BR ou 80% BR	200% BR	300% BR ou 280% BR	30% BR ou 50% BR	130% BR
Forfait journalier (à hauteur du montant pris en charge dans le cadre du RFH)		20 €		20 €	
Chambre particulière		Dans la limite de 45 € par jour		Selon tarif négocié	
Frais d'accompagnement		Dans la limite de 40 € par jour		Selon tarif négocié	
Hébergement en structure hospitalière suite à une intervention chirurgicale avec anesthésie		Dans la limite de 45 € par jour		Selon tarif négocié	

* Le taux de participation de la Mutuelle est ramené à 80% de la BR 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					

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	100% LPP 100% LPP	160% LPP 200% 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

DENTAIRE

Nature des soins	Codes regroupement	SS	MCF Santé Plus	Total
Consultations et visites des dentistes		60% BR	40% BR	100% BR + 14 € dans la limite du prix payé
Consultations et visites des dentistes spécialistes, avis ponctuels		60% BR	40% BR	100% BR + 20 € dans la limite du prix payé
Soins conservateurs dentaires	SDE	60% BR	40% BR	100% BR
Endodontie	END	60% BR	40% BR	100% BR
Actes chirurgicaux (hors hospitalisation ou actes opératoires effectués en ambulatoire)	ASC	60% BR	40% BR	100% BR
Actes de radiologie, scanner	AID	60% BR	80% BR	140% BR
Actes de diagnostic	ADM	60% BR	130% BR	190% BR
Inlay-onlay	INO ou INI	60% BR	300% BR	360% BR
Parodontologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TDS	60% BR	40% BR	100% BR
Prothèses dentaires : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale)		60% BR	300% BR	360% BR
Prothèse transitoire	PDT ou CT1			
Prothèse fixe métallique	PFM ou PF1			
Prothèse fixe céramique	PFC ou PF1			
Inlay-core	ICO ou IC1			
Réparation sur prothèse	RPN ou RE1			
Couronne zircone	CZ1			
Bridge	BR1			
Supplément prothèse résine	SU1			
Prothèses dentaires amovibles : tarif libre ou modéré (prises en charge par la Sécurité sociale)				
Prothèse amovible métallique	PAM	60% BR	300% BR	360% BR
Prothèse amovible résine	PAR	60% BR	350% BR	410% BR
Prothèse amovible tarif modéré	PA1	60% BR	350% BR	410% BR
Prothèses dentaires : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation)		60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèse transitoire	CT0			
Prothèse fixe métallique	CM0			
Couronne zircone	CZ0			
Prothèse fixe	PFO			
Inlay-core	ICO			
Réparation adjonction	RA0			
Réparation prothèse adjointe simple	RS0			
Supplément prothèse résine	SU0			
Prothèses dentaires amovibles : 100% santé (prises en charge par la Sécurité sociale et soumises à plafond de facturation)		60% BR	Prix limite de vente (PLV) moins remboursement Sécurité sociale	Intégralité de la dépense
Prothèse amovible transitoire	PTO			
Prothèse amovible	PA0			
Réparation facettes prothèse amovible	RFO			
Implantologie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	IMP	60% BR	300% BR	360% BR
Implantologie (en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale), sous réserve que le chirurgien dentiste ou le stomatologiste soit conventionné par la Sécurité sociale	IMP		900 € par année civile 1000 € par année civile à partir de la 3 ^e année en Santé Plus (après deux années civiles consécutives pleines en Santé Plus)	900 € par année civile 1000 € par année civile à partir de la 3 ^e année en Santé Plus (après deux années civiles consécutives pleines en Santé Plus)
Traitement d'orthodontie (si prise en charge par la Sécurité sociale)	TOR ou ORT	60% ou 100% BR	250% BR	310% ou 350% BR
Orthodontie adhérents de moins de 35 ans (non prise en charge par la Sécurité sociale), sur présentation d'une prescription justifiant médicalement le traitement			400 € par semestre	400 € par semestre dans la limite de 4 semestres
Orthodontie adhérents de 35 ans et plus (non prise en charge par la Sécurité sociale), sur présentation d'une prescription justifiant médicalement le traitement			200 € par semestre	200 € par semestre dans la limite de 4 semestres
Actes de prophylaxie bucco-dentaire (si prise en charge par la Sécurité sociale)	AXI	60% BR	40% BR	100% BR
Surfaçage dentaire / traitement de la maladie parodontale (non pris en charge par la Sécurité sociale)			100 € par séance dans la limite de 4 par an	100 € par séance dans la limite de 4 par an
Soins sur dents de lait (non pris en charge par la Sécurité sociale)			300 € par an	300 € par an

BR : Base de Remboursement Sécurité sociale

OPTIQUE

→ Équipements de classe A

(100% santé – pas de reste à charge pour l'adhérent)

Type de verre	Codes regroupement	Prix Limites de Vente	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus
Verres simples	V01	De 32,50 € à 52,50 €	De 9,75 € à 15,75 €	De 26,65 € à 43,05 €
Verres complexes	V02 V03	De 47,50 € à 105 €	De 14,25 € à 31,50 €	De 38,95 € à 86,10 €
Verres très complexes	V04	De 60 € à 170 €	De 18 € à 51 €	De 49,20 € à 139,40 €
Monture adultes : code LPP 2222124	M01	30 €	9 €	24,60 €
Monture enfants : code LPP 2254242	M02	30 €	9 €	24,60 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2264223	MS1	30 €	9 €	24,60 €
Prestation d'adaptation verres de classe A : code LPP 2226435	S01	10 €	10 €	4 €
Prestation d'appairage de niveau 1 : code LPP 2232252	SV2	5 €	1,50 €	4,10 €
Prestation d'appairage de niveau 2 : code LPP 2222503	SV2	10 €	3 €	8,20 €
Prestation d'appairage de niveau 3 : code LPP 2206987	SV2	15 €	4,50 €	12,30 €
Supplément pour verre avec filtre teinté : code LPP 2269025	SV4	5 €	1,50 €	4,10 €

→ Équipements de classe B

(tarif libre - reste à charge de l'adhérent en fonction du prix payé)

Type de verre	Codes regroupement	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus	Participation MCF Santé Plus (réseau OPTILYS)
Verres simples unifocaux	VU1 VU2 VU3	0,05 €	75 € par verre	95 € par verre
Verres complexes unifocaux	VU4 VU5 VU6 VU7	0,05 €	115 € par verre	135 € par verre
Verres complexes multifocaux ou progressifs	VM1 VM2 VM3	0,05 €	150 € par verre	170 € par verre
Verres très complexes multifocaux ou progressifs	VM4 VM5 VM6 VM7	0,05 €	200 € par verre	220 € par verre
Monture adultes : code LPP 2264861	MO3	0,05 €	50 €	50 €
Monture enfants : code LPP 2276870	MO4	0,05 €	50 €	50 €
Supplément pour monture à coque enfants de moins de 6 ans : code LPP 2221745	MS2	0,05 €	50 €	50 €
Prestation d'adaptation verres de classe B : code LPP 2209738	SV1	0,05 €	9,97 €	9,97 €
Prisme incorporé adultes : code LPP 2247905	SV4	3,96 €	17,60 €	17,60 €
Prisme incorporé enfants : code LPP 2287862	SV4	16,01 €	10,40 €	10,40 €
Prisme souple enfants de moins de 6 ans : code LPP 2227920	SV4	22,41 €	26,60 €	26,60 €
Système antiptosis adultes et enfants : codes LPP 2200795 ; 2293957	SV4	77,29 €	53,70 €	53,70 €
Verres iséiconiques adultes et enfants : codes LPP 2278219 ; 2222408	SV3	Sur devis	28 €	28 €
Filtre chromatique ou ultraviolet enfants de moins de 18 ans : code LPP 2204066	SV4	9,15 €	14,50 €	14,50 €
Filtre d'occlusion partiel enfants de moins de 6 ans : code LPP 2267641	SV4	3,66 €	5,50 €	5,50 €

→ Autres prestations optiques

Nature de la prestation	Base Remboursement Sécurité sociale	Participation MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus
Chirurgie réfractive et non réfractive		350 € par an et par œil	350 € par an et par œil
En cas d'opération de la cataracte ou de dégénérescence maculaire	60%	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019	Dans la limite des plafonds fixés par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019
Lentille de contact pour les adhérents de 35 ans et plus		65 €	65 € par lentille et par an
Lentille de contact pour les adhérents de moins de 35 ans		100 €	100 € par lentille et par an

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
Prothèse oculaire	POC	100% LPP	200% LPP	300% LPP
Prothèse capillaire de classe 2 (prix limite de vente 700 €)		250 €	450 €	700 € (remboursement intégral)
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 matériel médical		60% LPP 100% LPP	100% LPP 100% LPP	160% LPP 200% LPP

APPAREILS AUDITIFS

	Appareil auditif de classe 1			Appareil auditif de classe 2		
	BR*	MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus	BR*	MCF Santé Plus	SS + MCF Santé Plus
Bénéficiaires de moins de 20 ans	1 400 € (plafond de facturation 1 400 €)	560 €	1 400 €	1 400 €	886 €	1 726 €
Bénéficiaires de 20 ans et plus	400 € (plafond de facturation 950 €)	710 €	950 €	400 €	824 €	1 064 €
Forfait piles		50 €	50 € par an		50 €	50 € par an

* Le remboursement Sécurité sociale est égal à 60% de la BR (Base de Remboursement)

CURES THERMALES

Acte	SS	MCF Santé Plus	Total
Honoraires	70% BR	30% BR	100% BR
Frais établissement thermal	65% TFR 100% TFR	35% TFR -	100% TFR 100% TFR
Prestations légales Hébergement - Transport	65% BR	35% BR	100% BR
Prestations supplémentaires Hébergement - Transport	65% BR	35% BR	100% BR

BR : Base de Remboursement 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% BR	35%, 30% ou 20% BR	100% BR
Bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par la Sécurité sociale		23 €	23 €

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	60% BR	40% BR	100% BR
Détartrage annuel complet	60% BR	40% BR	100% BR
Bilan du langage (AMO24)	60% BR	40% BR	100% BR
Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351)	60% BR	40% BR	100% BR
Audiométrie (codes CDQP002, 010, 011, 012 et 015)	70% BR	30% BR	100% BR
Ostéodensitométrie	70% BR	30% BR	100% BR
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%

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
Consultation de psychologue (inscrit au répertoire ADEL) non remboursée par la Sécurité sociale	50 € par séance	Sur présentation d'une prescription médicale, participation dans la limite de la dépense engagée, et de 6 séances par an, pour les bénéficiaires de plus de 18 ans
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
Produits pharmaceutiques ou cosmétiques médicalement prescrits dans le cadre ou à la suite des séances de chimiothérapie et radiothérapie	Forfait de 100 € par an	Prise en charge dans la limite de 100 € par an des produits prescrits dans le cadre d'une ALD ou d'une opération chirurgicale récente. Forfait servi par année civile pendant trois ans (année en cours + deux ans) et au-delà sur présentation d'une prescription médicale
Lingerie spécifique post-opératoire (à la suite de brûlures ou chimiothérapie ou radiothérapie)	Forfait de 100 € par an	Dans la limite du prix payé et sur présentation des factures acquittées, après vérification d'une ALD ou d'une opération chirurgicale récente. Forfait servi par année civile pendant trois ans (année en cours + deux ans) et au-delà sur présentation d'une prescription médicale
Séances d'exercices physiques pré-opératoires dans le cadre du traitement d'un cancer	30 € par séance dans la limite de 30 séances	30 € par séance effectuée dans le mois qui précède l'intervention chirurgicale, dans la limite de 30 séances, sur présentation d'une prescription médicale préconisant les séances
Sport santé post-opératoire dans le cadre du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée	Forfait 100 € par an	Participation dans la limite du prix payé pour une activité physique adaptée auprès de clubs disposant de professionnels formés pour cela. Sur présentation d'une prescription médicale et d'une licence (ou uniquement la licence si elle porte la mention "sport santé")
Bien-être hygiène féminine	Forfait de 40 € par an	Pour les adhérentes ayants droit à partir de 12 ans et les étudiantes
Autres frais	Le remboursement de la MCF est de 20% du tarif de référence servant au calcul des prestations de la Sécurité sociale	

GRILLE DES COTISATIONS DE LA GARANTIE « MCF SANTÉ PLUS » POUR L'ANNÉE 2026

→ I. Cotisations des membres participants actifs*

(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Adhérents de moins de 35 ans (sans distinction de revenus)	61,37 €	92,05 €	110,46 €
Adhérents de 35 ans et plus, en fonction des tranches de revenus annuels			
Jusqu'à 13 900 €	81,92 €	123,02 €	143,63 €
De 13 901 € à 21 400 €	93,28 €	139,52 €	163,27 €
De 21 401 € à 31 900 €	102,55 €	153,76 €	179,05 €
De 31 901 € à 42 300 €	113,46 €	170,05 €	198,50 €
De 42 301 € à 75 700 €	121,86 €	183,24 €	213,63 €
Supérieur à 75 700 €	130,83 €	196,40 €	228,92 €

→ II. Cotisations des adhérents retraités

Membres participants
(hors taxes)

Tranches de revenus annuels	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Jusqu'à 13 900 €	97,42 €	146,32 €	170,98 €
De 13 901 € à 21 400 €	109,78 €	164,39 €	192,15 €
De 21 401 € à 31 900 €	119,77 €	179,34 €	209,59 €
De 31 901 € à 42 300 €	130,83 €	196,27 €	228,91 €
De 42 301 € à 75 700 €	139,54 €	209,15 €	244,60 €
Supérieur à 75 700 €	148,21 €	222,31 €	259,44 €

→ III. Cotisations des adhérents scolarisés dans un établissement de la Fonction publique et des étudiants

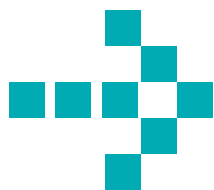
(hors taxes)

	Cotisation mensuelle (hors taxes)		
	Nombre de personnes garanties**		
	1	2***	3***
Membres participants poursuivant des études ou en apprentissage et handicapés	27,12 €	40,57 €	47,00 €

* Non scolarisés

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

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



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 sont définies au présent règlement.

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 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 IV, 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 :

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.

Par ailleurs, la commission « Action Sociale » peut accorder des allocations exceptionnelles dans le cadre des dépenses liées à l'équipement de matériels pour les enfants de moins de 18 ans en situation de handicap et/ou pour l'aménagement des locaux dans lesquels ils résident. Ces allocations viennent en complément des aides accordées par les maisons du handicap et/ou celles accordées par les organismes sociaux.

Ces allocations exceptionnelles liées au handicap sont accordées dans la cadre d'une dotation annuelle spécifique fixée par le Conseil d'administration.

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	< 1 701 €	< 2 501 €	50%
2	De 1 701 à 2 800 €	De 2 501 à 3 500 €	30%
3	> 2 800 €	> 3 500 €	15%

Justificatifs à présenter : - Attestation de classement en GIR IV, GIR V ou GIR 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 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 cinquième mois suivant celui de l'attribution.

Leur recouvrement s'effectue par chèque bancaire établi à l'ordre de la MCF ou par virement sur le compte de la MCF.

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.

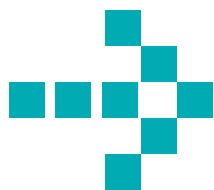
Dans le cas du décès de l'emprunteur avant le remboursement intégral du prêt, les mensualités restant dues seront retenues sur les prestations afférentes aux garanties « Frais d'Obsèques » et « Décès » éventuellement souscrites et, à défaut, sur la succession.

Article 6 - La Mutuelle met à la disposition de ses adhérents une assistance vie quotidienne destinée à participer à la prise en charge de leurs besoins en cas d'hospitalisation. Cette assistance propose également des prestations de second avis médical et une plate-forme permettant des consultations à distance.

Ces prestations sont réalisées par IMA et soumises à leurs critères d'appréciation.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES PRESTATIONS "ACTION SOCIALE"

Allocation naissance ou adoption	Cotisation mensuelle : Néant	500 € pour les membres participants, conjoints et ayants droit inscrits au service « Frais de Maladie »
Aide ménagère	Cotisation mensuelle : Néant	Prestation égale à 50% du taux horaire pour la première tranche de revenus définie à l'article 3 du règlement « Action Sociale », à 30% de ce même taux horaire pour la deuxième tranche de revenus et à 15% du taux horaire pour la 3 ^e tranche de revenus
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
Allocation exceptionnelle dans le cadre des équipements et travaux d'aménagement nécessités par le handicap d'un enfant de moins de 18 ans	Cotisation mensuelle : Néant	Montant fixé en commission et sur dossier
Prêts à caractères sociaux	Cotisation mensuelle : Néant	Montant fixé en commission et sur dossier



RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION - INCAPACITÉ" COUVERTURE CLASSIQUE

La garantie « Perte de Rémunération » se compose d'une garantie « Incapacité » assurée par la Mutuelle Centrale des Finances et d'une garantie « Invalidité » proposée dans le cadre d'un contrat annuel d'assurance collective souscrit par la Mutuelle Centrale des Finances auprès de CNP Assurances qui en assure le risque. Ces deux garanties sont obligatoirement liées. Toutefois, à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint l'âge de 70 ans, il est procédé automatiquement à la radiation de la garantie « invalidité », aucune rente ne pouvant être versée à compter de cet âge.

Cette garantie qui lie Incapacité et Invalidité est dite « Couverture classique ». Elle est souscrite à titre individuel et intervient directement en complément de la couverture statutaire de l'adhérent.

Article 1 -

La garantie est obligatoire pour les agents des trois fonctions publiques en activité de service qui ont souscrit des garanties santé auprès de la MCF.

Par exception, elle est facultative pour ces mêmes agents s'ils sont couverts pour le risque incapacité par un contrat obligatoire ou facultatif proposé par leur employeur.

Elle est également facultative pour les adhérents suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique. Dès la fin de leur scolarité, les conditions par défaut s'appliquent.

Les agents des trois fonctions publiques couverts en santé par un contrat obligatoire mis en place par leur employeur peuvent souscrire la garantie perte de rémunération complète (incapacité-invalidité).

Seules les personnes hors fonction publique ayant souscrit la garantie « incapacité » auprès de MCF avant le 31 décembre 2025 pourront bénéficier de la couverture classique.

Article 2 - Objet de la garantie

En cas de perte de revenu lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la garantie incapacité assure un complément de revenu aux agents publics dans les conditions précisées ci-après. Elle complète les indemnités journalières du régime obligatoire des personnes hors Fonction publique dans les conditions précisées ci-après.

Article 3 - 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 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'adhérent, au moins deux mois avant cette date.

Elle prend fin dans les situations suivantes :

1. demande écrite de l'adhérent (la résiliation de la garantie incapacité entraîne la résiliation automatique de la garantie invalidité) pour changement de situation en rapport avec la garantie ;
2. défaut de paiement des cotisations ;
3. décès de l'adhérent ;
4. cessation d'exercice d'une activité salariée : les adhérents 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 adhérents sont radiés en cas de licenciement.

Article 4 - 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 est mise en œuvre 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 est dispensé de ce délai de carence.

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

Article 5 - 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. À 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.

Article 6 - La base garantie

La base garantie correspond à la dernière rémunération nette annuelle imposable disponible, arrondie aux cent euros les plus proches (50 au-dessus).

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.

Sur la demande de l'adhérent, et pour la seule garantie Perte de Rémunération, cette base garantie peut être limitée au traitement indiciaire brut annuel ou à un montant justifié.

À compter de son 55^e anniversaire, l'adhérent qui a fait le choix d'une limitation de sa base de garantie ne peut plus l'augmenter. Cette base garantie ne peut de toute façon excéder le plafond maximum garanti, fixé à 60 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) en vigueur au 1^{er} juillet n-1, arrondis aux cent euros les plus proches.

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 sa base garantie entre sa dernière rémunération nette annuelle imposable disponible ou sa dernière rémunération nette mensuelle imposable multipliée par douze.
- Dans le cas d'une évolution significative de sa rémunération en cours d'année, l'adhérent 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.**

Article 7 – Prestations

1. La prestation due au titre d'un Congé de Maladie Ordinaire (CMO) couvre 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.
À 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 à l'adhérent.
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 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 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 depuis le début du CLM/CGM. La base garantie correspondant à la même période est reconstituée. La MCF verse la différence à l'adhérent.
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 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 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 depuis le début du CLD. La base garantie correspondant à la même période est reconstituée. La MCF verse la différence à l'adhérent.
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.
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).

6. Pour les personnes en arrêt maladie depuis plusieurs années à la suite d'un accident, le traitement de l'indemnisation au-delà des 12 mois pourra faire l'objet d'une analyse au cas par cas par la Commission d'Action Sociale de la Mutuelle.
7. Dans le respect du code civil qui interdit l'enrichissement sans cause, le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenu subie par l'adhérent.
8. 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 revenu.

Article 8 – Prestations minimales

Au-delà de la période de franchise de 90 jours, si la MCF ne dispose pas des pièces nécessaires au calcul de l'indemnité 45 jours après avoir eu connaissance des dates d'arrêt de travail, une indemnité journalière minimale est calculée en fonction des éléments disponibles.
Cette indemnité journalière minimale s'élève à un millième de la base de garantie.
(Revenu salarial net imposable annuel / 1 000) x nombre de jours à indemniser.
À 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 tarde à se réunir ou donner 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.

Article 9 – 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 de l'adhérent, 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 l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées à l'article L 111-1 du Code de la Mutualité, partie 1, 1^o b, 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 de l'adhérent décédé.

Article 10 – Cotisations

Les cotisations sont prélevées sur le compte bancaire des adhérents ou réglées 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 du service « Perte de Rémunération » est fixée en pourcentage de la base de garantie avec arrondissement éventuel aux dix centimes les plus voisins. En 2026, le taux de cotisation annuel pour la seule garantie « Incapacité » classique est égal à 0,83381% HT. La cotisation est calculée par application de ce taux à la base de garantie (Le taux global annuel de la

garantie « Perte de Rémunération » - Incapacité + Invalidité – est égale à 1,11821%).

Article 11 – 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.

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.

Article 12 – Formalités à remplir en cas de sinistre

Adresser systématiquement à la Mutuelle :

- tout justificatif permettant d'établir la date à partir de laquelle l'adhérent est en demi-traitement, en cas de CMO ;
- une copie des décisions du comité médical du passage en CLM, CLD ou temps partiel thérapeutique ;
- les bulletins de salaire mensuel à partir de la date de placement en CMO, puis CLM ou CLD ;
- pour les non titulaires, joindre en outre le décompte de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ;
- pour les adhérents hors de la fonction publique, les bulletins de salaire et les décomptes de versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.

Article 13 – 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 Assurances ou de MFPrévoyance SA 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 imprimée 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 14 – 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.

Article 15 – 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.

Article 16 – 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.

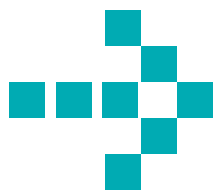
Article 17 – Subrogation

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.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Nature de la garantie	Cotisation mensuelle		Prestations
	Taux HT	Assiette	
Complément de rémunération assis sur votre base garantie en cas d'arrêt de travail supérieur à 3 mois	0,06948%	Base annuelle garantie personnalisée dans la limite d'un plafond fixé à l'article 3 du présent règlement	Rétablissement d'un % de votre base garantie (BG) sous déduction des versements de votre employeur et des indemnités journalières : - à 100% de la BG la 1 ^{re} année d'un arrêt maladie - à 90% de la BG les années 2 et 3 du même arrêt maladie - à 80% de la BG les années 4 et 5 d'arrêt du même arrêt maladie



RÈGLEMENT "PERTE DE RÉMUNÉRATION - INCAPACITÉ" COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

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).

La garantie « Incapacité – Couverture complémentaire » est assurée par la Mutuelle Centrale des Finances.

Article 1 – Objet de la garantie

En cas de perte de revenu lors d'un arrêt de travail pour maladie ou accident, la garantie « Incapacité – Couverture complémentaire » assure un complément de revenu 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.

Article 2 – 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.

Article 3 – 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.

Article 4 – 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. À 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 MCF.

Article 5 – 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.**

Article 6 – 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.

À partir du 9^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 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° au 1 095° jour (1096° 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° jour (366° 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° au 1 095° jours (1 096° 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 1 096° jour au 1 825° 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.

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.

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).
6. 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.
7. 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 revenu.

Article 7 - 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 / 1 000) x nombre de jours à indemniser).

À 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.

Article 8 - 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.

Article 9 - 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.

Article 10 - 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.

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 doit 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.

Article 11 - Formalités à remplir en cas de sinistre

Adresser systématiquement à la Mutuelle :

- tout justificatif permettant d'établir la date à partir de laquelle l'adhérent est 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.

Article 12 - 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 Assurances, soit de MFPrévoyance SA ou de MFPrécaution 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 imprimée 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 13 - 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.

Article 14 - 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.

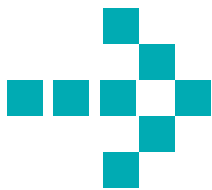
Article 15 - Autorité chargée du contrôle

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.

Article 16- 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.



GARANTIE "INVALIDITÉ"

NB : risque couvert par CNP Assurances RCS Paris 341 737 062

SECTION I – Prestations

Article 1 - La garantie « Invalidité » totale a pour objet le versement d'une prestation périodique proportionnelle à la base de garantie sous forme d'une rente d'invalidité à tout assuré considéré en invalidité totale pendant la période de garantie. Cette garantie est obligatoirement liée à la garantie « Perte de Rémunération » jusqu'au 1^{er} jour du mois au cours duquel la mise à la retraite a été prononcée.

Article 2 - Le versement de la rente invalidité est mis en jeu lorsque les adhérents relèvent des cas suivants :

- pour les assurés relevant du régime général de la Sécurité sociale : est considéré en état d'invalidité totale, l'assuré reconnu médicalement inapte à exercer une activité professionnelle rémunérée et dont l'invalidité est classée par le régime obligatoire d'Assurance maladie en 2^e ou 3^e catégorie.
- pour les assurés relevant de la Fonction publique : est considéré en état d'invalidité totale, l'assuré mis à la retraite pour une invalidité définitive l'empêchant d'exercer ses fonctions et dont le taux d'invalidité reconnue par les organismes compétents est supérieur à 50%.

Article 3 - Le service des prestations cesse :

- à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 65 ans pour les sinistres survenus à compter du 1^{er} janvier 2005 ;
- à la fin du mois au cours duquel l'assuré atteint son 70^e anniversaire pour les sinistres survenus à compter du 1^{er} janvier 2024 ;
- à la date de reprise d'une activité rémunérée par l'assuré, excepté dans le cadre d'une reprise en temps partiel thérapeutique ;
- à la date à laquelle le niveau d'invalidité de l'assuré constaté par l'assureur à la suite d'un contrôle médical, n'est plus couvert ;
- en cas de décès de l'assuré.

Pour les sinistres survenus avant le 1^{er} janvier 2005, l'assureur garantit le service d'une rente viagère à l'assuré dont le montant est révisable à son 65^e anniversaire.

En cas de résiliation du contrat, les prestations en cours de service continuent d'être versées jusqu'au terme prévu de la garantie au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation.

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.

SECTION III – Base de garantie

Article 5 - La base de garantie

1. Pour le membre participant agent public :

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 à un montant justifié. À compter de son 55^e anniversaire, le membre participant qui a fait le choix d'une limitation de sa base de garantie ne peut plus l'augmenter.

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 le membre participant hors fonction publique :

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.

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 n'est pas tenu de suivre les décisions de la Sécurité sociale ou d'un organisme assimilé (notamment celles du Comité médical et de la Commission de réforme).

L'assureur peut réserver sa décision dans l'attente des conclusions d'un contrôle médical de l'assuré, effectué à la demande de l'assureur. Ce contrôle médical peut éventuellement être opéré auprès d'un médecin mandaté par l'assureur et à ses frais.

Ce contrôle médical a pour but de vérifier que l'assuré est bien en état d'invalidité totale.

En outre, l'assureur se réserve le droit d'effectuer pendant toute la durée de l'invalidité, des contrôles médicaux auprès d'un médecin désigné par lui et à ses frais. Les conclusions de ces

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

Nature de la garantie	Cotisation mensuelle		Prestations
	Taux HT	Assiette	
Attribution d'une rente en cas de mise en invalidité avec un taux supérieur ou égal à 50%	Taux statutaire : 0,0263% Taux appelé pour 2026 : 90% du taux statutaire soit 0,0237%	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

contrôles peuvent conduire à une cessation de prise en charge par l'assureur. Si après l'un de ces contrôles, la décision de l'assureur est contestée par l'assuré, une procédure de conciliation peut être demandée par l'assuré selon les modalités prévues à l'article 20.2 du présent contrat.

Au vu des conclusions du rapport de contrôle médical, l'assureur notifie sa décision à l'assuré.

Article 7 – Conciliation

L'assuré qui conteste la décision de l'assureur suite au contrôle médical réalisé par un médecin désigné par l'assureur, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration intentionnelle, peut demander l'ouverture d'une procédure de conciliation dans l'année qui suit cette reconnaissance ou ce contrôle. Pour ce faire, l'assuré doit faire parvenir à l'assureur dans les trois mois suivants la notification de la décision :

- une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il accepte les règles de procédure de conciliation indiquées ci-après et s'engage à avancer, le cas échéant, les honoraires d'un tiers-expert

et

- un certificat médical justifiant sa réclamation et détaillant l'état de santé de l'assuré au jour de la reconnaissance de l'invalidité ou du dernier contrôle médical effectué par l'assureur ainsi que son évolution depuis cette date.

Le médecin que l'assuré aura désigné et le médecin-contrôleur de l'assureur rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'assuré. L'accord éventuel des parties sera formalisé par la signature d'un procès-verbal d'accord.

Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de tierce expertise décrite ci-après est mise en œuvre.

Article 8 – Tierce expertise

L'assureur invite son médecin-contrôleur et le médecin désigné par l'assuré à désigner un médecin tiers-expert afin de procéder à un nouvel examen. À défaut d'entente sur la désignation du médecin tiers, la procédure prend fin.

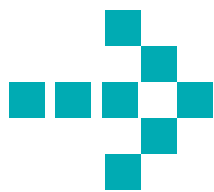
Les conclusions de cet expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Quelle que soit l'issue de cette procédure, l'assuré prendra en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin-expert.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

SECTION V – Règlement des litiges

Article 9 – 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. Dès lors qu'aucun 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 "DÉCÈS"

NB : - risque couvert par CNP Assurances RCS Paris 341 737 062
- les règles d'adhésion sont énoncées dans l'article 1 du Règlement général (p.18)

SECTION I – Prestations

Article 1 – Le décès des membres participants et des conjoints d'adhérents inscrits à la garantie « 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, conjoint, concubin ou enfant d'un membre participant, inscrit à cette garantie « Capital Décès » qui devient ayant droit peut rester inscrit à cette garantie.

Le membre participant, 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, 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, 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 « 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.

L'adhérent devenu ayant droit fixe librement le montant du capital qu'il destine à ses bénéficiaires à son décès, dans la limite du capital en vigueur lorsqu'il était membre participant.

La garantie court du jour de l'inscription.

Article 3 – Les souscripteurs de la garantie « 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 en revanche 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 « 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 agent public : 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 inférieur respectivement à 91 600 € ou 137 400 € ;
- pour le membre participant hors fonction publique, le conjoint d'adhérent et l'adhérent devenu ayant droit : dans la limite du capital en vigueur à cet âge.

Lorsque la garantie « 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 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 « 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.

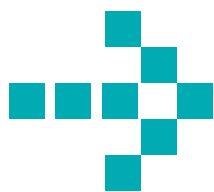
Elle est éventuellement arrondie aux dix centimes les plus voisins.

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. Dès lors qu'aucun 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.

TABEAU 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%	• Membre participant agent public : - 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 inférieurs à 91 800 € et 137 400 € • Membre participant hors fonction publique et enfants d'adhérent : sur option : 7 700 €, 15 300 €, 30 500 € ou 45 800 €
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"

NB : - risque couvert par CNP Assurances RCS Paris 341 737 062
- les règles d'adhésion sont énoncées dans l'article 1 du Règlement général (p.18)

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 3 000 €.

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.

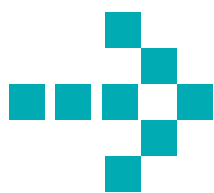
Article 3 - La cotisation mensuelle du service « Frais d'Obsèques » est de 4 € par adulte garanti.

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. Dès lors qu'aucun 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 3 000 €
Disposition identique en cas de décès du conjoint	Supplément de 4 €	



GARANTIE "DÉPENDANCE" (perte d'autonomie)

NB : - risque couvert par CNP Assurances RCS Paris 341 737 062
- les règles d'adhésion sont énoncées dans l'article 1 du Règlement général (p.18)

Article 1 - Définition des garanties

La garantie « Dépendance » couvre le risque de « Dépendance totale » et le risque « Dépendance partielle ».

1. Rente dépendance totale

La garantie « Rente dépendance totale » est composée de :

• Garantie « Rente dépendance de base »

Cette garantie est facultative pour les adhérents en activité et les conjoints des adhérents. Elle devient obligatoire, pour les adhérents, lors du passage à la retraite.

Elle ouvre droit au versement d'une rente mensuelle de 350 € lorsque l'assuré est à la fois :

- dans l'impossibilité permanente, physique ou psychique, d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

Les quatre actes ordinaires de la vie sont définis comme suit :

- **se laver** : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
- **s'habiller** : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements pré-

parés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;

- **s'alimenter** : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;

- **se déplacer** : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).

- reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux critères ci-dessus.

• Garantie « Rente dépendance complémentaire »

Cette garantie est facultative. Elle permet aux assurés, jusqu'à l'âge de 70 ans, d'opter pour un montant de rente supérieur à celui prévu par la garantie de base. Moyennant le paiement d'une cotisation additionnelle, les assurés peuvent ainsi demander à souscrire une rente complémentaire de 250 €, 500 € ou 750 €, ce qui, additionné à la garantie de base, porterait le montant de la rente mensuelle, respectivement, à 600 €, 850 € ou 1 100 €.

2. Rente « Dépendance partielle »

Cette garantie est facultative pour les adhérents en activité et les conjoints des adhérents actifs. Cette garantie devient obligatoire pour les adhérents lors de leur passage à la retraite. Elle complète la garantie « Dépendance totale » de base.

Elle ouvre droit au versement d'un capital de 2 000 € quand l'assuré est à la fois :

- dans l'impossibilité partielle et permanente d'effectuer seul au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (se déplacer, s'alimenter, se laver ou s'habiller).

Les quatre actes de la vie quotidienne sont définis par deux fonctions. Pour qu'un acte de la vie quotidienne soit reconnu impossible partiellement, l'une au moins des fonctions de l'acte indiqué dans la définition ci-dessous doit être totalement et complètement impossible à effectuer par la personne seule :

• **Se déplacer :**

1. se lever d'un lit, d'un fauteuil ou d'une chaise, se coucher et s'asseoir,

Ou

2. aller d'une pièce à l'autre à l'intérieur du domicile. L'usage d'une aide technique (cane, déambulateur, fauteuil roulant) par la personne n'influe pas sur le jugement s'il permet à la personne de se déplacer sans aide humaine.

• **S'alimenter :**

1. se servir, c'est à dire couper ses aliments, remplir un verre, éplucher un fruit, (mais n'incluant pas la préparation des repas),

Ou

2. porter les aliments à la bouche et les avaler.

• **Se laver :**

1. faire la toilette simple de toute la partie supérieure du corps,

Ou

2. faire la toilette simple de toute la partie inférieure du corps. La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure celle en dessous de la ceinture.

• **S'habiller :**

1. vêtir et dévêtir la partie supérieure du corps,

Ou

2. vêtir et dévêtir la partie inférieure du corps.

La partie supérieure du corps est celle au-dessus de la ceinture et la partie inférieure, celle en dessous de la ceinture.

- reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux critères ci-dessus.

Article 2 – Conditions de délivrance des garanties en cas d'adhésion facultative

Seule l'adhésion à la garantie « Rente dépendance de base » est obligatoire et cette obligation ne concerne les adhérents que lors de leur passage à la retraite. Toutefois, lors de la mise à la retraite, si l'adhérent peut justifier de la souscription d'une même garantie auprès d'un autre organisme, l'inscription à la garantie dépendance

est facultative. Dans toutes les autres situations, les garanties dépendance sont facultatives.

Les conjoints des adhérents peuvent également souscrire les garanties dépendance, de manière facultative, sous réserve que l'adhérent ait lui-même souscrit une des garanties dépendance.

En cas d'adhésion facultative, les garanties sont délivrées au vu d'un bulletin d'adhésion et d'un questionnaire médical dûment renseigné par l'assuré pour attester, entre autres, de son absence d'état de dépendance avant toute adhésion aux garanties dépendance. Dans tous les cas où l'adhésion est facultative, elle est soumise, pour avis, au médecin conseil de l'assureur. L'adhésion ne pourra être concrétisée qu'après accord de ce dernier.

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

Ces mêmes conditions de renseignement d'un questionnaire médical pour attester, entre autres, de son absence d'état de dépendance avant toute adhésion aux garanties rente dépendance complémentaire et rente dépendance partielle sont requises pour toute demande d'augmentation du montant de la rente dépendance mensuelle.

La diminution du montant de la rente est, quant à elle, acceptée, sans condition, sur simple demande de l'assuré, via un courrier daté et signé.

Article 4 – Cotisations

• Rente dépendance totale de base

Cotisation de base pour une rente minimum de 350 € par mois. Régime de cotisation mixte, comportant une part forfaitaire et une part ajustable en fonction des ressources nettes imposables (salaires + primes + indemnités ou montant brut des pensions perçues, selon que l'adhérent est actif ou retraité).

Cotisation mensuelle pour une rente de 350 €			
Part forfaitaire		Part en % ressources	
Part statutaire	Part appelée	Part statutaire	Part appelée
9,37 €	7,96 €	0,01%	0,0085%

• Rente dépendance totale complémentaire

La cotisation additionnelle pour la souscription de rente dépendance complémentaire par tranche de 250 € est décrite dans le tableau ci-après.

Cette cotisation est forfaitaire par tranche d'âge.

Article 5 – Règlement des litiges

Toutes les réclamations concernant les garanties dépendance doivent être adressées à la Mutuelle.

Les réclamations concernant les adhésions, les cotisations et la constitution du dossier en cas de survenance du risque sont gérées par la Mutuelle.

Âge de l'adhésion	Cotisation additionnelle mensuelle					
	Supplément de 250 €		Supplément de 500 €		Supplément de 750 €	
	Part statutaire	Part appelée	Part statutaire	Part appelée	Part statutaire	Part appelée
Jusqu'à 40 ans	2,19 €	1,86 €	4,37 €	3,71 €	6,56 €	5,58 €
de 41 à 45 ans	2,86 €	2,43 €	5,72 €	4,86 €	8,59 €	7,30 €
de 46 à 50 ans	3,86 €	3,28 €	7,72 €	6,56 €	11,58 €	9,84 €
de 51 à 55 ans	5,27 €	4,48 €	10,55 €	8,97 €	15,82 €	13,45 €
de 56 à 60 ans	7,65 €	6,50 €	15,31 €	13,01 €	22,96 €	19,52 €
de 61 à 65 ans	10,74 €	9,13 €	21,48 €	18,26 €	32,22 €	27,39 €
de 66 à 70 ans	13,83 €	11,76 €	27,66 €	23,51 €	41,48 €	35,26 €

Lorsque le litige concerne l'accord d'adhésion, pour les adhésions facultatives soumises à l'accord du médecin conseil de l'assureur, la mise en œuvre et le traitement des sinistres, la Mutuelle transmet les demandes au service Renseignement et Réclamations « Direction de la gestion » de CNP Assurances, assureur du risque et gestionnaire des prestations rente dépendance.

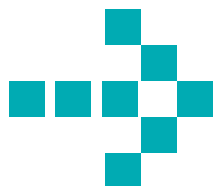
En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et/ou de la Mutuelle, l'assuré pourra s'adresser à la Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09.
L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Média-

teur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance. En conséquence, l'assuré peut, sans préjudice des actions de justice qu'il a la possibilité d'exercer et des réclamations qu'il peut formuler à l'assureur et/ou à la Mutuelle, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
Direction du contrôle des pratiques commerciales
4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.



GARANTIE "CAUTION DES PRÊTS IMMOBILIERS"

Article 1 – La Mutuelle garantie aux membres participants les avantages du service mutualiste de la caution solidaire en couverture du remboursement des prêts obtenus dans le cadre d'une opération immobilière.

La garantie accordée par MFPrécaution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L 111.1 du Code de la Mutualité. L'établissement de crédit bénéficiaire de cette garantie appelle MFPrécaution en règlement, lorsque le membre participant qui a contracté le prêt ne peut plus faire face à son obligation de remboursement.

MFPrécaution qui a payé, peut ensuite recouvrer cette somme (capital, intérêts, frais et accessoires) contre le membre participant défaillant par toute action en justice.

Les bénéficiaires de la garantie sont :

- Cétélem immobilier (BNP Paribas Personal Finance)
- Caisses d'Épargne
- Banque Postale
- Société Générale représentée par la Banque Française Mutualiste (BFM)
- Banque Transatlantique
- Caisses du Crédit Mutuel
- Les Banques populaires
- Crédit du Nord et ses filiales (Banque Courtois, Banque Kolb, Banque Laydernier, Banque Nuger, Banque Rhône-Alpes, Banque Tarneaud, Société Marseillaise de Crédit)
- Crédit Foncier de France
- Caisses Régionales du Crédit Agricole
- Crédit Industriel et Commercial (CIC)
- La BPCE Internationale en Outre-mer

Article 2 – Conditions d'adhésion et attribution de la caution aux adhérents

2.1 – Conditions d'attribution de la caution

Les adhérents de la MCF doivent présenter un dossier comportant une demande de crédit établie auprès d'un des établissements bancaire partenaire, figurant dans la liste des bénéficiaires de l'article 1 du présent règlement, qui réponde aux conditions définies ci-après.

• 2.1.1 – Nature des prêts cautionnés

MFPrécaution ne cautionne un prêt qu'après agrément préalable et dans la mesure où il est couvert par une assurance décès, incapacité/invalidité et perte d'emploi décrit ci-dessous. Les prêts doivent relever des catégories suivantes :

- Les crédits amortissables, à taux fixe, à taux révisable ou variable, à paliers « ajustable » (durée, taux) ;
- Les crédits relais avec différé de remboursement du capital seul ou du capital et des intérêts.

• 2.1.2 – Exclusions

MFPrécaution ne cautionne pas les prêts dont l'amortissement ne prévoit pas de plafond à valeur nominal de la mensualité (taux fixes et échéances progressives).

Les prêts « progressifs » et les prêts remboursables « in fine », à l'exception des prêts relais sont exclus.

MFPrécaution ne cautionne pas les prêts dont l'amortissement est supérieur à 360 mois (hors différé d'amortissement, modulation d'échéances ou report prévu dans les conditions contractuelles).

• 2.1.3 – Champ d'application du cautionnement

La caution porte sur la totalité du montant et sur toute la durée du ou des prêts relatifs à l'opération financée et sous réserve que l'emprunteur et le co-emprunteur s'il y a lieu, aient souscrit obligatoirement à un contrat d'assurance emprunteur couvrant les risques décès, incapacité de travail et invalidité, et éventuellement, s'il y a lieu, un contrat couvrant la perte d'emploi. L'adhérent qui bénéficie de la caution de MFPrécaution pour une première opération de crédit, peut bénéficier d'une seconde caution pour un autre crédit alors que sa première opération de crédit est toujours cautionnée, sauf à apporter l'information selon laquelle cette première opération sera remboursée par la seconde, les charges du premier crédit entrent dans le calcul du taux d'endettement de la seconde opération à cautionner.

Les prêts cautionnés doivent avoir pour objet le financement de l'acquisition, de la construction ou de l'amélioration d'un

bien immobilier à usage exclusif d'habitation destiné à devenir, soit :

- La résidence principale, la résidence de retraite ou la résidence secondaire de l'adhérent ;
- La résidence principale d'un ascendant à charge, d'un enfant handicapé ou le logement d'un descendant poursuivant ses études ;
- Un bien à usage locatif, y compris les opérations réalisées en France métropolitaine destinées à défiscaliser des revenus (opérations bénéficiant de mesures législatives mettant en œuvre un dispositif fiscal).

Toute modification des conditions de l'opération, notamment de son objet ou du plan de financement, postérieures à la délivrance de l'engagement de caution, entraîne la nullité du cautionnement de MFPrécaution.

Tout dossier nécessitant des modifications peut être à nouveau présenté en vue d'obtenir un nouvel engagement de caution.

Les personnes bénéficiaires d'un droit de retour, d'une clause d'interdiction d'aliéner ou d'hypothéquer, d'un usufruit ou d'une nue-propriété, portant sur l'immeuble objet du crédit à cautionner, les co-indivisaires de l'immeuble objet du crédit à cautionner, devront intervenir en qualité de caution solidaire de ce crédit en complément de MFPrécaution.

• 2.1.4 – Exclusions du champ d'application du cautionnement

La caution ne couvre pas :

- Les opérations d'acquisition réalisées par des personnes n'ayant pas la qualité d'emprunteur ou co-emprunteur du ou des prêts ;
- Les réalisations immobilières hors du territoire métropolitain et hors des départements de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion et de la Guyane ;
- Les opérations comprenant des prêts hypothécaires ou garantis par une caution délivrée par une personne morale autre que MFPrécaution sauf à ce que le(s) prêt(s) garantis par une hypothèque ou une caution d'une autre personne morale que MFPrécaution représente moins de 20% du coût de l'opération, à savoir, le montant de l'investissement hors frais de notaire. MFPrécaution accepte également de cautionner les opérations intégrant un prêt employeur garanti par une caution délivrée par une personne morale autre que MFPrécaution sous réserve que ce prêt employeur n'excède pas 20% de coût total de l'opération et qu'il n'y ait pas de différé d'amortissement ;
- Les opérations qui sont destinées à l'acquisition de droits indivis et pour lesquelles un ou des co-indivisaires a (ont) recours à un financement non cautionné par MFPrécaution ;
- Les biens à usage d'habitation autres que les immeubles par nature (exemple : mobil home...) ;
- Les biens à usage professionnel, industriel ou commercial même s'ils sont liés à un projet d'habitation ;
- Le financement de travaux portant sur un bien déjà objet d'une sûreté (hypothèque, privilège de prêteurs de deniers...). Dans ce cas, celle-ci devra être vérifiée par un relevé hypothécaire qui est à réclamer auprès de la conservation des hypothèques dont dépend l'immeuble ;
- Les acquisitions de terrains sauf à ce que le terrain soit partie intégrante d'un financement à cautionner qui prévoit la construction d'un bien immobilier ;
- Les biens acquis par une SCI familiale ;
- Les biens acquis en viager.

2.2 – Normes et règles d'attribution de la caution

MFPrécaution ne délivre sa garantie que dans la mesure où les critères juridiques, administratifs et financiers ci-après mentionnés sont respectés. En outre, MFPrécaution se réserve le droit de ne pas cautionner certaines opérations, qui répondent à ces critères, mais qui présentent des risques de nature juridiques ou financiers trop importants, décision prise au regard

des documents juridiques et financiers fournis par les organismes de crédits et l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier de caution (la liste des pièces figure sur l'imprimé de demande de cautionnement de prêt immobilier remis par la Mutuelle).

Des pièces complémentaires peuvent toutefois être demandées si l'étude du dossier le nécessite.

• 2.2.1 – Critères d'ordre juridique et administratif

En cas de co-acquéreur pour l'immeuble objet du financement, ceux-ci sont obligatoirement co-emprunteurs du prêt cautionné par MFPrécaution. Toutefois, lorsque le montage financier comprend un prêt règlementé présentant la caractéristique d'être attribué personnellement au dépositaire de l'épargne, comme par exemple des prêts sur PEL ou CEL, le co-acquéreur de l'immeuble doit alors se porter caution dudit prêt.

Souscription d'un contrat d'assurance collective

- Assurance Décès, Incapacité de travail, Invalidité

L'adhérent et le co-emprunteur s'il y a lieu, adhèrent obligatoirement pour tous les prêts cautionnés à un contrat d'assurance décès, incapacité de travail et invalidité pour une quotité de leur choix couvrant l'emprunteur et le co-emprunteur, à hauteur de 100% du capital emprunté.

- Assurance perte d'emploi

Lorsque l'adhérent de moins de 60 ans cotise à Pôle emploi ou est susceptible de bénéficier de prestations équivalentes versées aux personnes relevant de l'article L 5424-1 du Code du Travail, il lui est conseillé d'adhérer pour les prêts cautionnés à un contrat d'assurance perte d'emploi.

Le même conseil est donné au co-emprunteur, lorsque ses revenus sont pris en compte dans l'évaluation des conditions de solvabilité de l'opération.

• 2.2.2 – Critères financiers d'évaluation des conditions de solvabilité de l'opération

2.2.2.0 - Quel que soit le nombre de prêts, le montant garanti par opération cautionnée est limité à 1 200 000 €.

2.2.2.1 - L'apport doit être égal :

- Pour les adhérents âgés de plus de 30 ans au moment de la demande de caution, à un minimum de 5% du coût total de l'opération, hors frais de notaire et quel que soit le montant des crédits cautionnés ;
- Pour les adhérents âgés de 30 ans ou moins au moment de la demande de caution, à un minimum de 1% du coût total de l'opération, hors frais de notaire et quel que soit le montant des crédits cautionnés ;
- Les sommes utilisées pour régler les frais de notaire n'entrent pas dans le calcul de l'apport personnel ;
- L'apport doit être constitué sans recours à l'emprunt sous quelque forme que ce soit (l'avance à taux 0% étant un emprunt). Il s'agit d'une somme épargnée, reçue en don ou disponible sur un compte à vue. Elle doit être justifiée par un document bancaire ou attestée dans le cas d'un don ;
- Pour le financement d'une construction, le terrain acquis préalablement peut être constitutif de l'apport personnel sous réserve des conditions suivantes :
 - le terrain appartient aux emprunteurs participant à l'opération,
 - aucune hypothèque ne figure sur le relevé hypothécaire du terrain,
 - un avis de valeur du terrain doit être fourni au dossier (acte d'acquisition...) ;
- Dans le cadre du financement d'une opération d'acquisition au moyen d'un crédit relais, la valeur de l'immeuble objet du prêt relais peut constituer l'apport personnel sous réserve qu'un compromis de vente de cet immeuble ait été signé.

2.2.2.2 Le rapport charges/ressources

Le rapport charges/ressources du foyer doit se situer, au maximum, aux environs de 33% sur toute la durée du prêt.

Les charges correspondent aux mensualités des prêts cautionnés, aux charges locatives et crédits en cours (fournir les tableaux d'amortissement pour les crédits d'une durée supérieure à 2 ans).

Les pensions et allocations versées par l'un des co-emprunteurs, à un tiers viennent en déduction des ressources du foyer.

Les ressources correspondent aux traitements et/ou salaires, aux pensions de retraites, aux indemnités ou primes à caractère récurrent, aux bénéfices non commerciaux, aux revenus locatifs ou fonciers. Les allocations familiales et pensions alimentaires perçues pendant les 2/3 de la durée du prêt sont également prises en compte, ainsi que les revenus des artisans, commerçants ou professions libérales exerçant leur activité depuis plus de 3 ans.

Ne sont pas pris en compte dans ce rapport charges/ressources :

- Les ressources des emprunteurs n'ayant pas souscrit une assurance décès, incapacité de travail, invalidité ;
- Les ressources des emprunteurs et co-emprunteurs, âgés de moins de 60 ans, cotisant à Pôle emploi ou susceptibles de bénéficier de prestations équivalentes versées aux personnes relevant de l'article L 5424-1 du Code du Travail et n'ayant pas souscrit une assurance perte d'emploi ;
- Les ressources de l'emprunteur et co-emprunteurs ayant fait l'objet d'une décision de refus ou d'ajournement à l'adhésion aux contrats d'assurances prévues au 2.3.1 ;
- Les traitements des salariés sous contrat à durée déterminée de droit public, sauf ceux ayant bénéficié d'un tel contrat d'une durée minimale de 3 ans auprès d'un unique employeur et qui justifieraient sur le même emploi d'un renouvellement permettant d'atteindre au moins 6 années de contrats cumulés ;
- Les salaires des personnes du secteur privé en cas de contrat à durée déterminée ;
- Les indemnités chômage ;
- Les indemnités de toute nature à caractère temporaire constitutives du revenu du foyer ;
- Les allocations liées aux ressources (allocation jeune enfant, parental d'éducation, logement, personnalisée au logement...) ;
- Le revenu de solidarité active.

2.2.2.3 Le revenu résiduel

Le revenu résiduel correspond au montant des ressources après déduction des charges. Pour le foyer, il doit être supérieur aux minima figurant dans la grille de barèmes communiquée à la Mutuelle après chaque revalorisation du SMIC.

Les barèmes susvisés sont calculés comme suit :

100% du SMIC horaire X 151,67 heures (1/4 du SMIC brut X nombre de personnes à charge du foyer).

2.3 – Obligations du bénéficiaire de la caution

- **2.3.1 – Promesse d'inscription d'hypothèque conventionnelle**
L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent, en cas de démission, radiation, exclusion ou autre de la Mutuelle, à inscrire, à leurs frais, une hypothèque au profit de l'organisme prêteur sur le bien objet de la caution.

À cet effet, ils régularisent à la constitution du dossier une promesse d'hypothèque figurant dans la demande de cautionnement de prêt immobilier.

- **2.3.2 – Règlement des primes d'assurances**

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent à régler les primes appelées au titre des contrats d'assurances en couverture du prêt.

- **2.3.3 – Obligation d'information**

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent à informer MFPrécaution de toute inscription de sûreté réelle (hypothèque) sur le bien cautionné consentie au profit d'un tiers.

2.4 – Formalité d'attribution de la caution

Pour bénéficier de la caution, l'adhérent choisit un organisme prêteur parmi ceux figurant sur la liste qui figure à l'article 1 du présent règlement, liste proposée par MFPrécaution.

L'adhérent adresse, à la Mutuelle, l'imprimé de demande de cautionnement de prêt immobilier dûment complété et accompagné des pièces listées sur ce document. Il précise sa situation de famille, ses conditions actuelles de logement ainsi que toute autre information ou document que l'emprunteur ou le co-emprunteur jugeront utiles à la compréhension de l'opération.

MFPrécaution procède à l'instruction de la demande et accorde ou non la caution. Tout refus sera motivé.

Article 3 – Notification de la décision

MFPrécaution adresse sa décision au bénéficiaire de la caution et à la Mutuelle.

L'engagement de caution est adressé par MFPrécaution à l'établissement de crédit bénéficiaire.

Article 4 – Date d'effet et durée de l'attribution de la caution

La caution prend effet à la date du jour de l'édition de l'acte de cautionnement. La durée d'attribution est déterminée par la durée des prêts cautionnés par MFPrécaution.

Article 5 – Cessation de la garantie

L'attribution de la caution cesse en cas de :

- Remboursement à terme du ou des crédits consentis par le prêteur dans le cadre du financement de l'opération ;
- Remboursement anticipé total du ou des crédits consentis par le prêteur dans le cadre du financement de l'opération.

Article 6 – Mise en jeu de la garantie par l'établissement de crédit bénéficiaire

Sous réserve que le contrat de prêt conclu entre l'adhérent et l'organisme prêteur soit valablement formé, seuls les sinistres survenus postérieurement à l'attribution de la caution sont couverts.

La garantie de MFPrécaution est mise en jeu par la réalisation des causes d'exigibilités anticipées prévues aux conditions générales du contrat de prêt (non-paiement d'une mensualité à son terme, défaut de souscription ou de règlement des primes d'assurances du prêt...).

Le règlement de la créance du prêteur par MFPrécaution ouvre à ce dernier un recours contre l'emprunteur défaillant conformément aux articles 2305 et suivants du Code Civil. MFPrécaution, qui a payé peut ensuite recouvrer sa créance en capital, intérêts, frais et accessoires contre l'adhérent défaillant par toute action en justice.

Article 7 – Renseignements, réclamations, médiation, autorité de contrôle

- Demande d'informations générales sur la caution :
Le demandeur doit s'adresser, soit à la Mutuelle, soit à MFPrécaution, au 0 820 539 431.
- Demande de modification d'un engagement de caution :
Pour toute demande de modification ou de correction d'un engagement de caution intervenant dans les 3 mois de l'émission de cet engagement de caution en cause, l'adhérent adresse sa demande par courrier à MFPrécaution, Service Caution, 59/61 bis rue Pernéty, 75014 PARIS.
- Réclamation sur les décisions de caution :
En cas de refus de cautionnement, l'adhérent peut s'adresser à la Mutuelle ou directement par courrier à MFPrécaution, Service Caution/Réclamations, 59/61 bis rue Pernéty, 75014 PARIS.
Renseignement concernant :
 - les modifications d'un engagement de caution intervenant dans les 3 mois de la délivrance de l'engagement ;
 - les demandes de désolidarisation ;
 - les demandes de transfert de prêt sur un nouveau bien ;
 - les demandes de renégociation d'un crédit cautionné ;

- toute autre demande d'information sur un dossier cautionné. L'adhérent peut s'adresser soit à la Mutuelle, soit à MFPrécaution au 0 820 539 431.

- Demande de médiation :
En dernier recours, après avoir préalablement procédé à une contestation auprès du Service Caution, l'adhérent mutualiste peut avoir recours à la médiation mise en place par l'Union MFPrécaution auprès de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) :

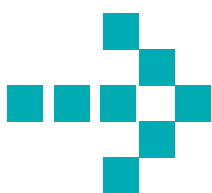
- en adressant un courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 - Paris cedex 15.

- via le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

- Autorité de contrôle :

L'autorité de contrôle de l'Union MFPrécaution est : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.



GARANTIE "ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER" auprès de Mutlog

Article 1 - La Mutuelle propose à ses membres participants et aux personnes co-emprunteurs associées à ce projet, le contrat d'assurance de prêt MUTLOG MCF EMPRUNTEUR :

Les assurances des prêts sont souscrites par la Mutuelle auprès de Mutlog (garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) et Mutlog Garanties (garanties Incapacité Temporaire, Invalidités Permanentes et Perte d'Emploi Indemnisée), mutuelles soumises au livre II du Code de la Mutualité.

Elles relèvent des branches 1, 2, 16 et 20 de l'article R211-2 du Code de la Mutualité. Elles sont régies par le Code de la Mutualité et la réglementation en vigueur.

Le contrat MUTLOG MCF EMPRUNTEUR répond également aux recommandations de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggrave en Santé) révisée.

Article 2 - Informations des adhérents

L'ensemble des informations contractuelles est repris dans la notice d'information du contrat valant règlement mutualiste accessible sur le site Internet de la Mutuelle.

Une version papier de cette notice peut être adressée aux adhérents sur simple demande.

La notice est jointe aux bulletins d'adhésion et constitue le contrat. Les contrats sont souscrits auprès de Mutlog et Mutlog Garanties - Siège social : 75 quai de la Seine - 75940 Paris cedex 19.

L'Autorité chargée du contrôle des mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

Article 3 - Montant maximal garanti

Il n'y a pas de limite au montant garanti.

Article 4 - Prêts assurables

Le contrat couvre les prêts immobiliers, professionnels et personnels dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Prêts à taux fixe et à échéances constantes ;
- Prêts à taux fixe et à échéances progressives ;
- Prêts à taux variables ;
- Prêts modulables ;
- Prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou palier ;
- Prêts amortissables achat-revente intégrant une faculté de remboursement anticipé dès la première année ;

- Prêts à taux zéro ;
- Prêts In Fine ;
- Prêts relais inférieurs à 36 mois.

Article 5 - Personnes assurables

Peuvent être assurées, les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 76^e anniversaire à la date de signature de la demande d'adhésion et ayant la qualité suivante :

- Membre participant, emprunteur titulaire du prêt immobilier professionnel ou personnel ;

Ou

- Co-emprunteur ou caution personne physique du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire ;

Ou

- Emprunteurs, co-emprunteurs, cautions personnes physiques qui participent par leurs apports en compte courant au financement d'une SCI.

L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'accord de l'assureur, sur présentation de la demande d'adhésion et, le cas échéant, d'un questionnaire de santé intégralement complété et signé par le candidat à l'assurance. Le questionnaire de santé est valable 6 mois à compter de sa signature.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'assureur entraînera la nullité de l'adhésion.

En cas d'accord d'assurance, l'assuré s'engage au versement des cotisations afférentes aux garanties souscrites.

Article 6 - Réclamation, médiation

- Toute réclamation relative à une adhésion et aux événements qui découlent de l'application du contrat doit être adressée par écrit à Mutlog - Service réclamation - 75 quai de la Seine - 75940 Paris cedex 19. Un accusé réception sera fait à chaque réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables, à compter de la date de l'envoi de la demande écrite.
- L'adresse e-mail pour une réclamation est la suivante : reclamation@mutlog.fr
- Si la réclamation n'a pu être traitée dans ce délai, Mutlog s'engage à apporter une réponse sous deux mois maximum à compter de l'envoi de la-dite réclamation.

- L'adhérent peut également demander l'avis du Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15, deux mois après sa première réclamation ou si la réponse de la Mutuelle ne lui convient pas.
- Le médiateur peut être saisi en ligne à cette adresse : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/> ou par courrier adressé à M. le médiateur de la Mutualité française - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15.

Mutlog s'engage à respecter l'avis du médiateur, sauf en cas de procédure judiciaire initiée avant, pendant ou après l'avis rendu.

Article 7 - Tarifs

Deux tarifs sont proposés : un tarif en pourcentage du capital initial (CI) et un tarif en pourcentage du capital restant dû et l'âge (%CRD/âge).

Le tarif de base est donné pour un prêt amortissable souscrit par un emprunteur non fumeur n'entrant pas dans les critères de la loi Lemoine (loi n°2022-270 du 28 février 2022).

Un coefficient de majoration s'applique dans chacun des cas suivants : prêt remboursable in fine, souscripteur fumeur, opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.

Les coefficients sont cumulatifs.

Lexique :

PTIA : perte totale et irréversible d'autonomie

ITT : incapacité de travail totale

ITP : incapacité de Travail Partielle

IPT : invalidité permanente totale

IPP : invalidité permanente partielle

1. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN FONCTIONNAIRE NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE DÉCÈS PTIA

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31[	0,029%	0,045%	[43-44[	0,112%	0,177%	[56-57[	0,353%	0,556%
[31-32[	0,040%	0,063%	[44-45[	0,119%	0,187%	[57-58[	0,373%	0,583%
[32-33[	0,045%	0,069%	[45-46[	0,124%	0,193%	[58-59[	0,395%	0,609%
[33-34[	0,048%	0,075%	[46-47[	0,143%	0,228%	[59-60[	0,440%	0,680%
[34-35[	0,050%	0,080%	[47-48[	0,151%	0,238%	[60-61[	0,465%	0,713%
[35-36[	0,055%	0,084%	[48-49[	0,185%	0,292%	[61-62[	0,488%	0,747%
[36-37[	0,064%	0,101%	[49-50[	0,187%	0,298%	[62-63[	0,526%	0,831%
[37-38[	0,068%	0,108%	[50-51[	0,204%	0,320%	[63-64[	0,544%	0,834%
[38-39[	0,072%	0,114%	[51-52[	0,214%	0,337%	[64-65[	0,575%	0,892%
[39-40[	0,075%	0,120%	[52-53[	0,251%	0,390%	[65-70[	0,681%	1,071%
[40-41[	0,087%	0,140%	[53-54[	0,267%	0,420%	[70-76[	0,996%	1,586%
[41-42[	0,095%	0,151%	[54-55[	0,273%	0,431%			
[42-43[	0,098%	0,153%	[55-56[	0,289%	0,455%			

Coefficients à appliquer pour un fonctionnaire fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur x (1+50%)	= tarif amortissable x (1+100%)	= tarif non Lemoine x (1+20%)

Exemple : le calcul pour un assuré Lemoine fumeur choisissant un prêt in fine est :
tarif amortissable non fumeur non Lemoine x (1+50%) x (1+100%) x (1+20%)

2. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN NON FONCTIONNAIRE NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE DÉCÈS PTIA

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31[	0,031%	0,048%	[43-44[	0,118%	0,188%	[56-57[	0,448%	0,706%
[31-32[	0,042%	0,066%	[44-45[	0,125%	0,198%	[57-58[	0,495%	0,771%
[32-33[	0,047%	0,073%	[45-46[	0,133%	0,205%	[58-59[	0,564%	0,871%
[33-34[	0,050%	0,080%	[46-47[	0,152%	0,241%	[59-60[	0,628%	0,971%
[34-35[	0,053%	0,085%	[47-48[	0,160%	0,253%	[60-61[	0,689%	1,057%
[35-36[	0,057%	0,090%	[48-49[	0,196%	0,309%	[61-62[	0,751%	1,146%
[36-37[	0,068%	0,107%	[49-50[	0,198%	0,315%	[62-63[	0,807%	1,276%
[37-38[	0,072%	0,114%	[50-51[	0,216%	0,340%	[63-64[	0,865%	1,327%
[38-39[	0,077%	0,121%	[51-52[	0,226%	0,356%	[64-65[	0,916%	1,420%
[39-40[	0,080%	0,128%	[52-53[	0,265%	0,412%	[65-70[	0,978%	1,536%
[40-41[	0,093%	0,148%	[53-54[	0,305%	0,479%	[70-76[	1,425%	2,270%
[41-42[	0,101%	0,160%	[54-55[	0,324%	0,511%			
[42-43[	0,103%	0,161%	[55-56[	0,352%	0,555%			

Coefficients à appliquer pour un non fonctionnaire fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur x (1+50%)	= tarif amortissable x (1+100%)	= tarif non Lemoine

3. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN FONCTIONNAIRE NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ (ITT, ITP, IPT, IPP) AVEC FRANCHISE DE 90 JOURS

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31[	0,078%	0,121%	[42-43[	0,153%	0,247%	[54-55[	0,256%	0,364%
[31-32[	0,076%	0,121%	[43-44[	0,164%	0,263%	[55-56[	0,243%	0,341%
[32-33[	0,080%	0,128%	[44-45[	0,183%	0,293%	[56-57[	0,229%	0,315%
[33-34[	0,087%	0,138%	[45-46[	0,195%	0,313%	[57-58[	0,204%	0,274%
[34-35[	0,098%	0,155%	[46-47[	0,206%	0,327%	[58-59[	0,168%	0,219%
[35-36[	0,101%	0,159%	[47-48[	0,214%	0,338%	[59-60[	0,144%	0,184%
[36-37[	0,105%	0,169%	[48-49[	0,223%	0,346%	[60-61[	0,125%	0,158%
[37-38[	0,109%	0,177%	[49-50[	0,234%	0,356%	[61-62[	0,104%	0,127%
[38-39[	0,117%	0,189%	[50-51[	0,245%	0,373%	[62-63[	0,093%	0,110%
[39-40[	0,119%	0,192%	[51-52[	0,259%	0,387%	[63-64[	0,086%	0,099%
[40-41[	0,139%	0,223%	[52-53[	0,258%	0,379%	[64-65[	0,064%	0,072%
[41-42[	0,149%	0,240%	[53-54[	0,258%	0,372%			

Coefficients à appliquer pour un fonctionnaire fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.
Coefficients pour un choix de franchise différente.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif option franchise 30 jours (adhésion non Lemoine seulement)	Tarif option franchise 180 jours	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur x (1+50%)	= tarif amortissable x (1-50%)	= tarif franchise 90 j x (1+100%)	= tarif franchise 90 j x (1-10%)	= tarif non Lemoine x (1+20%)

4. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN NON FONCTIONNAIRE NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE INCAPACITÉ ET INVALIDITÉ (ITT, ITP, IPT, IPP) AVEC FRANCHISE DE 90 JOURS

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31]	0,074%	0,113%	[42-43]	0,209%	0,327%	[54-55]	0,353%	0,510%
[31-32]	0,093%	0,146%	[43-44]	0,230%	0,360%	[55-56]	0,351%	0,499%
[32-33]	0,100%	0,156%	[44-45]	0,245%	0,392%	[56-57]	0,333%	0,478%
[33-34]	0,109%	0,172%	[45-46]	0,263%	0,404%	[57-58]	0,329%	0,448%
[34-35]	0,116%	0,183%	[46-47]	0,267%	0,428%	[58-59]	0,277%	0,364%
[35-36]	0,132%	0,208%	[47-48]	0,274%	0,433%	[59-60]	0,228%	0,309%
[36-37]	0,135%	0,212%	[48-49]	0,278%	0,432%	[60-61]	0,173%	0,232%
[37-38]	0,146%	0,232%	[49-50]	0,296%	0,464%	[61-62]	0,118%	0,154%
[38-39]	0,161%	0,255%	[50-51]	0,326%	0,500%	[62-63]	0,081%	0,107%
[39-40]	0,172%	0,273%	[51-52]	0,337%	0,519%	[63-64]	0,047%	0,062%
[40-41]	0,183%	0,290%	[52-53]	0,350%	0,538%	[64-65]	0,038%	0,048%
[41-42]	0,201%	0,316%	[53-54]	0,350%	0,505%			

Coefficients à appliquer pour un non fonctionnaire fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine. Coefficients pour un choix de franchise différente.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif option franchise 30 jours (adhésion non Lemoine seulement)	Tarif option franchise 180 jours	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur x (1 + 50%)	= tarif amortissable x (1 - 50%)	= tarif franchise 90 j x (1 + 100%)	= tarif franchise 90 j x (1 - 10%)	= tarif non Lemoine

5. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN NON FONCTIONNAIRE NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE PERTE D'EMPLOI

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31]	0,188%	0,291%	[41-42]	0,322%	0,509%	[52-53]	0,550%	0,844%
[31-32]	0,198%	0,308%	[42-43]	0,338%	0,526%	[53-54]	0,576%	0,860%
[32-33]	0,207%	0,322%	[43-44]	0,355%	0,556%	[54-55]	0,604%	0,875%
[33-34]	0,218%	0,343%	[44-45]	0,372%	0,595%	[55-56]	0,635%	0,903%
[34-35]	0,229%	0,363%	[45-46]	0,391%	0,603%	[56-57]	0,666%	0,958%
[35-36]	0,240%	0,377%	[46-47]	0,411%	0,660%	[57-58]	0,701%	0,962%
[36-37]	0,252%	0,396%	[47-48]	0,430%	0,679%	[58-59]	0,735%	0,967%
[37-38]	0,265%	0,420%	[48-49]	0,452%	0,701%	[59-60]	0,772%	1,045%
[38-39]	0,279%	0,442%	[49-50]	0,473%	0,743%	[60-61]	0,810%	1,085%
[39-40]	0,291%	0,462%	[50-51]	0,498%	0,768%			
[40-41]	0,305%	0,484%	[51-52]	0,523%	0,805%			

Coefficients à appliquer pour un non fonctionnaire fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur	= tarif amortissable x (1 - 50%)	= tarif non Lemoine

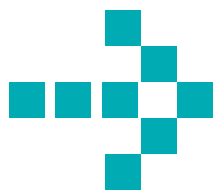
6. SOUSCRIPTION D'UN PRÊT AMORTISSABLE PAR UN EMPRUNTEUR NON FUMEUR HORS DES CRITÈRES DE LA LOI LEMOINE

GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge	Tranche d'âge à l'adhésion	Taux TTC %CI	Taux TTC %CRD/âge
[18-31[	0,017%	0,027%	[46-47[	0,027%	0,042%	[62-63[	0,070%	0,111%
[31-32[	0,019%	0,030%	[47-48[	0,027%	0,042%	[63-64[	0,076%	0,117%
[32-33[	0,020%	0,031%	[48-49[	0,028%	0,044%	[64-65[	0,085%	0,131%
[33-34[	0,022%	0,035%	[49-50[	0,028%	0,045%	[65-66[	0,092%	0,145%
[34-35[	0,023%	0,037%	[50-51[	0,030%	0,047%	[66-67[	0,101%	0,159%
[35-36[	0,024%	0,037%	[51-52[	0,031%	0,049%	[67-68[	0,111%	0,174%
[36-37[	0,025%	0,039%	[52-53[	0,033%	0,051%	[68-69[	0,120%	0,188%
[37-38[	0,025%	0,039%	[53-54[	0,035%	0,055%	[69-70[	0,131%	0,206%
[38-39[	0,025%	0,040%	[54-55[	0,036%	0,057%	[70-71[	0,144%	0,229%
[39-40[	0,025%	0,040%	[55-56[	0,039%	0,061%	[71-72[	0,156%	0,248%
[40-41[	0,025%	0,040%	[56-57[	0,043%	0,067%	[72-73[	0,170%	0,271%
[41-42[	0,025%	0,040%	[57-58[	0,045%	0,070%	[73-74[	0,184%	0,293%
[42-43[	0,027%	0,042%	[58-59[	0,050%	0,077%	[74-75[	0,200%	0,318%
[43-44[	0,026%	0,042%	[59-60[	0,055%	0,085%	[75-76[	0,215%	0,343%
[44-45[	0,027%	0,042%	[60-61[	0,059%	0,091%			
[45-46[	0,027%	0,042%	[61-62[	0,064%	0,098%			

Coefficients à appliquer pour un emprunteur fumeur, un prêt in fine ou une opération entrant dans les critères de la loi Lemoine.

Tarif fumeur	Tarif prêts in fine	Tarif Lemoine
= tarif non fumeur	= tarif amortissable x (1+100%)	= Tarif non Lemoine



GARANTIE "ASSURANCE PRÊT IMMOBILIER" auprès de CNP Assurances

NB : cette offre n'est plus commercialisée. Les contrats en cours poursuivent leurs effets jusqu'à leur échéance.

Article 1 – Dans le cadre d'un projet immobilier, la Mutuelle propose à ses membres participants et aux personnes co-emprunteurs associées à ce projet, les garanties d'assurance des prêts immobiliers suivants :

- 7371M (assurance incapacité (ITT), invalidité (IPT jusqu'au 31 janvier 2021), (IPT et IPP à compter du 1^{er} février 2021), PTIA, et décès) : pour les prêts immobiliers ;
- 7372N (PTIA et décès) : pour les prêts relais ;
- 7373P : contrat chômage.

Les assurances des prêts immobiliers sont souscrites par la Mutuelle auprès de CNP Assurances en qualité d'apporteur pour une quote-part de 75% et de MFPrévoyance en qualité de co-assureur pour une quote-part de 25%.

Elles relèvent des branches 1, 2 et 20 de l'article L. 321-1 du Code des assurances. Elles sont régies par le Code des assurances et la réglementation en vigueur.

Les garanties 7371M et 7372N répondent également aux recommandations de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé en Santé) révisée.

Article 2 – Informations des adhérents

L'ensemble des informations contractuelles est repris dans les notices d'information propres à chaque contrat, accessibles sur le site Internet de la Mutuelle. Une version papier de ces notices peut être adressée aux adhérents sur simple demande. Les notices sont jointes aux bulletins d'adhésion des garanties. Les contrats sont souscrits auprès de CNP Assurances - 341 737 062 RCS Paris - Siège social : 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15, France.

L'Autorité chargée du contrôle des co-assureurs est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.

Article 3 – Montant maximum garanti

L'encours maximal des prêts garantis sur la tête d'un même assuré est fixé à 1 200 000 € et ce, quelque soit le type de prêt

et quelque soit le nombre et le montant total des prêts garantis au titre de l'ensemble des contrats en couverture de prêts, en prenant en compte la quotité assurée.

Article 4 – Prêts assurables

Le contrat couvre les prêts immobiliers dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Prêts à taux fixe et à échéances constantes ;
- Prêts à taux fixe et à échéances progressives ;
- Prêts à taux variables ;
- Prêts modulables ;
- Prêts avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou palier ;
- Prêts amortissables achat-revente intégrant une faculté de remboursement anticipé dès la première année ;
- Prêts à taux zéro.

Peuvent également être garantis par le présent contrat, les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 €.

Les prêts « in fine » sont totalement exclus de toute couverture par les contrats figurant à l'article 1.

Article 5 – Personnes assurables

Peuvent être assurées, les personnes physiques n'ayant pas atteint leur 65^e anniversaire à la date de signature du Bulletin Individuel de Demande d'Adhésion et ayant la qualité suivante :

- Membre participant, emprunteur titulaire du prêt immobilier ou du crédit à la consommation ;
- Ou
- Co-emprunteur ou caution personne physique du titulaire du prêt même si ces deux personnes n'ont pas la qualité de fonctionnaire ;
- Ou
- Emprunteurs, co-emprunteurs, cautions personnes physiques qui participent par leurs apports en compte courant au finan-

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

Prêts visés	Cotisation mensuelle	Montant cautionnable et/ou assurable
Cautionnables : • Cetelem 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 1 200 000 € par tête
Non cautionnables : Tous autres Organismes Financiers	Idem	Limité à 1 200 000 € par tête

cement d'une SCI. La SCI doit être constituée exclusivement entre parent et alliés jusqu'au 4^e degré.

Il ne peut y avoir plus de deux assurés au titre d'un même prêt. L'adhésion dans l'assurance est subordonnée à l'accord de l'assureur, sur présentation du bulletin individuel de demande d'adhésion et d'un questionnaire de santé intégralement complété et signé par le candidat à l'assurance. Le questionnaire de santé est valable 3 mois à compter de sa signature.

Toute réticence, ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'assureur entraînera la nullité de l'adhésion.

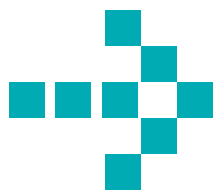
En cas d'accord d'assurances, l'assuré s'engage au versement des primes afférentes aux garanties souscrites.

Article 6 – Réclamation, médiation

- Pour toute réclamation relative à la décision d'adhésion, l'assuré peut s'adresser pendant la durée de validation de la décision, à :
CNP Assurances - Département relations clients emprunteurs
- Service Souscription - Réexamens - TSA 57161 - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.
- Pour toute réclamation relative à un sinistre, l'assuré ou ses ayants droit peut s'adresser à :
CNP Assurances - Département relations clients emprunteurs
- Service Réclamations - Unité Réclamations - TSA 81566 - 4 place Raoul Dautry - 75716 Paris cedex 15.
- En cas de désaccord avec une décision de l'assureur, et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'assuré ou ses ayants droit peut s'adresser à la Médiation de l'Assurance :
- Par voie postale à : la Médiation de l'Assurance - TS 50110 - 75441 Paris cedex 09 ;
- Ou directement sur le site internet :
www.mediation-assurance.org.

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

Par ailleurs, le médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'adhésion dans l'assurance.



TARIFICATION 2026

→ Contrats d'assurance prêts immobiliers (7371M et 7372N)

	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 (tarification applicable aux prêts souscrits avant le 1 ^{er} janvier 2019)	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,14% 0,26% 0,46%		
Franchise de 180 jours (tarification applicable aux prêts souscrits avant le 1 ^{er} janvier 2019)	< 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%
Franchise de 90 jours (tarification applicable aux prêts souscrits entre le 1 ^{er} janvier 2019 et le 31 janvier 2021)	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,15% 0,27% 0,48%		
Franchise de 180 jours (tarification applicable aux prêts souscrits entre le 1 ^{er} janvier 2019 et le 31 janvier 2021)	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,13% 0,25% 0,40%	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,13% 0,25% 0,40%
Franchise de 90 jours (tarification applicable aux prêts souscrits à compter du 1 ^{er} février 2021)	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,20% 0,32% 0,50%		
Franchise de 180 jours (tarification applicable aux prêts souscrits à compter du 1 ^{er} février 2021)	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,15% 0,30% 0,47%	< 35 ans 35-49 ans ≥ 50 ans	0,15% 0,30% 0,47%
Formalités médicales à l'adhésion	Questionnaire de santé pour les prêts ne répondant pas aux critères de la Loi Lemoine à compter du 01/06/2022			
Plafond	1 200 000 € sur 1 tête		1 200 000 € sur 1 tête	

→ Contrat d'assurance chômage 7373P

	Contrat 7373P
Taux de prime	- 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	- 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 : 110 rue de Picpus, CS 80504, 75131 Paris Cedex 12
Tél. : 01 41 74 31 00 / E-mail : mcf@mutuellemcf.fr



www.mutuellemcf.fr