

FONCTION PUBLIQUE D'ÉTAT

---

# FRAIS DE SANTÉ

**CONTRATS COLLECTIFS  
POUR LES MILITAIRES D'ACTIVE  
ET LEURS AYANTS DROIT  
PERIMETRE FRANCE**

Contrats n°2024-FR-MAO  
et 2024-FR-MAF-AYF

**NOTICE D'INFORMATION**

---



Le ministère des Armées (agissant tant pour lui-même que pour le compte d'autres ministères et des établissements publics sous tutelle) a souscrit auprès d'Unéo (ci-après dénommée « la Mutuelle ») et GMF ASSURANCES (ci-après dénommés ensemble « les co-assureurs »), deux contrats collectifs frais de santé :

- Un contrat collectif à adhésion obligatoire (ci-après dénommé « contrat n°2024-FR-MAO), destiné à assurer le remboursement des dépenses de santé des Agents actifs, en complément des Prestations du Régime Obligatoire ;
- Et un contrat collectif à adhésion facultative (ci-après dénommé « contrat n°2024-FR-MAF-AYF), destiné à assurer la couverture de garanties optionnelles pour les Agents actifs, ainsi que de garanties de base et optionnelles pour leurs Ayants droit.

Ces contrats sont co-assurés par Unéo et GMF ASSURANCES. La gestion de la couverture des frais de santé au titre de chacun de ces deux contrats collectifs, est effectuée par Unéo.

Les Contrats collectifs n° 2024-FR-MAO et n° 2024-FR-MAF-AYF constituent le « périmètre France » du régime de remboursement complémentaire de frais de santé des Agents actifs et de leurs familles.

Cette Notice d'information a pour objet de vous informer sur vos droits et vos obligations, ainsi que sur les modalités de versement des Prestations détaillées au sein des tableaux en Annexe 1. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de Garantie, ainsi que les délais de prescription. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification de vos droits et obligations, notamment lorsque les Garanties ou les cotisations des Contrats collectifs évoluent. Dans ce dernier cas, la Mutuelle vous informera en mettant à votre disposition sur votre Espace assuré «Mon compte», une notice établie à cet effet, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de modification de vos droits et obligations.

Pour toute question, vous pouvez contacter la Mutuelle dans les conditions prévues au chapitre « J'ai une question ou une réclamation, à qui dois-je m'adresser ? ».

Cette Notice d'information a été rédigée par les co-assureurs des Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF. Vous pouvez la consulter au format électronique dans l'Espace assuré qui est mis à votre disposition par la Mutuelle. Afin d'en faciliter la lecture, à chaque fois que cela est possible, cette Notice d'information a été rédigée en s'adressant à vous, Membre participant/Ayant droit, Adhérents aux Contrats collectifs.

Pour chaque Membre participant/Ayant droit, la Mutuelle met à disposition un espace personnel sécurisé, appelé « Mon compte », vous permettant d'accéder aux informations et documents concernant votre couverture d'assurance. Les informations et documents sont conservés par la Mutuelle pendant une durée adaptée à leur finalité. Les documents contractuels et précontractuels sont accessibles via cet Espace assuré pendant au moins cinq (5) ans après la fin de votre adhésion.

# SOMMAIRE

<b>DÉFINITIONS PRÉALABLES</b>	<b>9</b>
<b>QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR ?</b>	<b>13</b>
<b>QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR ?</b>	<b>13</b>
<b>ARTICLE 1. QUI EST COUVERT ?</b>	<b>14</b>
ARTICLE 1.1 Au titre des Garanties de base des Agents actifs (contrat n°2024-FR-MAO)	15
Article 1.1.1 Vous : l'Agent actif	15
Article 1.1.2 L'Ancien agent non retraité bénéficiant d'un maintien de Garantie	16
Article 1.1.3 L'Agent retraité	16
Article 1.1.4 Vos Ayants droit : les membres de votre famille	16
ARTICLE 1.2 Au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	16
Article 1.2.1 Vous : l'Agent actif	16
Article 1.2.2 : L'Ancien agent non retraité bénéficiant d'un maintien de Garanties	17
Article 1.2.3 : Vos Ayants droit : les membres de votre famille	17
Article 1.2.4 : Veufs, veuves et orphelins d'Agents actifs	17
ARTICLE 1.3 Carte de tiers payant	17
<b>ARTICLE 2. COMMENT S'AFFILIER OU ADHÉRER AUX CONTRATS COLLECTIFS ?</b>	<b>18</b>
ARTICLE 2.1 Affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO	19
Article 2.1.1 : Bulletin individuel d'affiliation	19
Article 2.1.2 : Pièces à joindre lors de votre affiliation	19
Article 2.1.3 : Pièces à joindre en cours d'affiliation	19
Article 2.1.4 : Pièces à joindre en cas de maintien de Garanties de base des Agents actifs	19

ARTICLE 2.2 Votre adhésion et l'affiliation de vos Ayants droit au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	19
Article 2.2.1 : Bulletin individuel d'adhésion	19
Article 2.2.2 : Pièces à joindre lors de votre adhésion	20
Article 2.2.3 : Fausse déclaration	20
a. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du Membre participant lors de son adhésion	20
b. Omission ou déclaration inexacte non intentionnelle du Membre participant lors de son adhésion	20
c. Déclaration frauduleuse au cours de l'exécution du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	21
<b>ARTICLE 3. COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?</b>	<b>22</b>
ARTICLE 3.1 Les Garanties du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO	23
Article 3.1.1 : Quelles sont les Garanties du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ?	23
Article 3.1.2 : Quand débutent les Garanties du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ?	23
Article 3.1.3 : Quand cessent les Garanties de base du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ?	23
ARTICLE 3.2 Les Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	23
Article 3.2.1 : Quelles sont les Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?	23
Article 3.2.2 : Quand débutent les Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?	24
Article 3.2.3 : Comment modifier vos Garanties au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF en cours d'adhésion ?	24
Article 3.2.4 : Comment résilier mon adhésion au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF ?	24
Article 3.2.5 : Quand cessent les Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?	25

<b>ARTICLE 4. COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES CALCULÉES ET PRÉLEVÉES ?</b>	<b>26</b>
ARTICLE 4.1 Principes communs aux Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF	27
ARTICLE 4.2 Cotisations relatives au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO	27
Article 4.2.1 : Quel est le montant de vos cotisations au Contrat collectif n°2024-FR-MAO ?	27
Article 4.2.2 : Quelle est la structure de vos cotisations au Contrat collectif n°2024-FR-MAO ?	27
Article 4.2.3 : Qui doit verser les cotisations du Contrat collectif n°2024-FR-MAO à la Mutuelle ?	28
a. Cotisations forfaitaires et solidaires des Agents actifs (militaires placés en position d'activité ou de non-activité ouvrant droit à rémunération, même réduite)	28
b. Cotisations forfaitaires des Agents actifs dont la rémunération est suspendue en totalité	28
Article 4.2.4 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations ?	28
a. Non-paiement des cotisations par votre Employeur	28
b. Non-paiement des cotisations par le Membre participant	28
ARTICLE 4.3 Cotisations relatives au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	29
Article 4.3.1 : Quel est le montant de vos cotisations au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?	29
a. Garanties de base des Ayants droit	29
b. Garanties optionnelles des Agents actifs et de leurs Ayants droit	29
Article 4.3.2 : Qui doit verser les cotisations du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF à la Mutuelle ?	29
Article 4.3.3 : Que se passe-t-il en cas de non-paiement des cotisations du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF ?	29
<b>ARTICLE 5. QUELLES SONT LES HYPOTHÈSES DE MAINTIEN DES GARANTIES DES CONTRATS COLLECTIFS ?</b>	<b>30</b>
ARTICLE 5.1 Maintien des Garanties en cas de radiation des cadres ou des contrôles	31
Article 5.1.1 : Principe du maintien des Garanties	31

Article 5.1.2 : Prise d'effet et durée du maintien des Garanties	31
Article 5.1.3 : Pièces à fournir pour le maintien des Garanties	31
Article 5.1.4 : Cessation du maintien des Garanties	31
Article 5.1.5 : Financement du maintien des Garanties	32
Article 5.1.6 : Versement des Prestations	32
ARTICLE 5.2 Maintien de l'adhésion au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF en cas de décès d'un Agent actif	32
Article 5.2.1 : Maintien temporaire pendant douze (12) mois	32
Article 5.2.2 : Maintien au bénéfice des titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin	32
<b>ARTICLE 6. COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?</b>	<b>33</b>
ARTICLE 6.1 Sur quelle base sont effectués les remboursements ?	34
ARTICLE 6.2 Où adresser les demandes de remboursement ?	34
ARTICLE 6.3 Quels sont les délais pour demander le remboursement ?	34
ARTICLE 6.4 Comment s'effectue le paiement des Prestations ?	34
ARTICLE 6.5 Quels justificatifs joindre aux demandes de remboursement ?	34
ARTICLE 6.6 Y a-t-il des limites aux remboursements ?	35
ARTICLE 6.7 Nature « responsable et solidaire » des Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF	35
ARTICLE 6.8 Quels sont les services additionnels et les garanties d'assistance mises en œuvre par la Mutuelle ?	36
Article 6.8.1 : Services proposés	36
Article 6.8.2 : Assistance	36

ARTICLE 6.9 Quelles sont les actions de prévention et d'accompagnement social mises en œuvre par la Mutuelle ?	37
Article 6.9.1 : Actions de prévention	37
Article 6.9.2 : Fonds d'accompagnement social	37
<b>ARTICLE 7. MA COMPLEMENTAIRE SANTÉ PREND-ELLE EN CHARGE LES FRAIS ENGAGÉS A L'ÉTRANGER ?</b>	<b>38</b>
ARTICLE 7.1 Principes communs aux Contrats collectifs 2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF	39
ARTICLE 7.2 Étendue territoriale des Garanties de base des Agents actifs (Contrat collectif n°2024-FR-MAO)	39
ARTICLE 7.3 Étendue territoriale des Garanties du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF	39
<b>ARTICLE 8. SI J'AI BÉNÉFICIÉ DE REMBOURSEMENTS SUITE À UN DOMMAGE CAUSÉ PAR UN TIERS, QUE SE PASSE-T-IL ?</b>	<b>40</b>
<b>ARTICLE 9. STIPULATIONS COMMUNES AUX GARANTIES DE BASE ET AUX GARANTIES OPTIONNELLES</b>	<b>42</b>
ARTICLE 9.1 J'ai une question ou une réclamation, à qui dois-je m'adresser ?	43
Article 9.1.1 Espace personnel sécurisé	43
Article 9.1.2 : Litiges	43
a. Informations sur les Contrats collectifs	43
b. Réclamations	43
c. Médiation	43
d. Recours contentieux	44
ARTICLE 9.2 Contrôle des prestations	44
ARTICLE 9.3 Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	44

ARTICLE 9.4 Prescription	44
ARTICLE 9.5 Protection à l'égard du traitement des données à caractère personnel	44
<b>ANNEXE 1 – TABLEAUX DES GARANTIES</b>	<b>46</b>
Tableau des Garanties de base des Agents actifs au titre du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO	47
Tableau des Garanties des Agents actifs et de leurs Ayants droit au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	49
<b>ANNEXE 2 – TABLEAUX DES COTISATIONS</b>	<b>54</b>
Tableau des cotisations des Agents actifs à leurs Garanties de base au titre du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO	55
Tableau des cotisations des Agents actifs à leurs Garanties optionnelles au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	55
Tableau des cotisations des Ayants droit à leurs Garanties de base au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	55
Tableau des cotisations des Ayants droit à leurs Garanties optionnelles au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF	55
<b>ANNEXE 3 – SERVICES PROPOSÉS</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 4 – ACTIONS DE PRÉVENTION</b>	<b>58</b>
<b>ANNEXE 5 – PRESTATIONS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL</b>	<b>60</b>

## DÉFINITIONS PRÉALABLES

Chaque terme ou expression mentionné ci-dessus a, lorsqu'il est employé avec une majuscule, la signification suivante :

### **ACCIDENT :**

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause qui est extérieure au Bénéficiaire.

### **ADHÉRENT :**

Terme désignant indistinctement les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficiaires des garanties de complémentaire santé à adhésion obligatoire ou facultative couvertes respectivement par les Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF.

### **AGENT ACTIF (ou Militaire d'active) :**

Vous, Bénéficiaires actifs définis à l'article 1.1.1 de la présente Notice d'information.

### **AGENT RETRAITÉ (ou Bénéficiaire retraité) :**

Ancien militaire radié des cadres ou des contrôles ou placé en deuxième section des officiers généraux, titulaire d'une pension militaire de droit direct ou d'une solde de réserve en application du Code des pensions civiles et militaires.

### **ANCIEN AGENT (ou Ancien militaire) :**

Ancien militaire ayant été radié des cadres ou des contrôles.

### **AYANT DROIT :**

Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec vous. Vos Ayants droit adhérent au Contrat collectif dédié (Contrat n° 2024-FR-MAF-AYF), à adhésion facultative, faisant l'objet de la présente Notice d'information.

### **BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) :**

Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non. L'expression Base de remboursement (BR) est synonyme. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.
- Tarif de responsabilité (TR) ou Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour les Médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

### **BÉNÉFICIAIRE(S) (ET BÉNÉFICIAIRE(S) RETRAITÉ(S)):**

Les Bénéficiaires désignent les personnes physiques, vous-même (Membre participant), et vos Ayants droit, qui bénéficiez des Garanties dans les conditions prévues par la présente Notice d'information.

Pour être Bénéficiaires, vous devez être soumis à la législation française de sécurité sociale ou assurés volontaires contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la Sécurité sociale (concernant les assurés volontaires qui résident à l'étranger).

Les Bénéficiaires retraités mentionnés dans la présente Notice d'information bénéficient uniquement des Garanties qui leur sont dédiées dans le cadre du contrat collectif n°2024-RF souscrit par leur ancien Employeur auprès de la Mutuelle. Une autre notice spécifique et distincte de la présente Notice d'information détaille les garanties dont ils bénéficient, ainsi que celles dont peuvent bénéficier leurs propres ayants droit, le cas échéant.

### **CO-ASSURANCE (Co-assureurs) :**

Opération par laquelle plusieurs organismes assureurs (les Co-assureurs) garantissent au moyen d'un seul Contrat collectif, le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, chacun d'eux proportionnellement à la part qu'il accepte de couvrir. Les articles L.227-1 du Code de la mutualité et L.145-2 du Code des assurances organisent les modalités d'une co-assurance entre organismes assureurs relevant respectivement du Code de la mutualité et du Code des assurances.

### **CONTRATS COLLECTIFS :**

Opérations d'assurance (Contrat n° 2024-FR-MAO et Contrat n°2024-MAF-AYF) par lesquelles le Souscripteur organise la couverture des garanties suivantes :

- D'une part, une Garantie de base à adhésion obligatoire des Agents actifs (Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO),
- D'autre part, l'adhésion facultative de ces derniers à des Garanties optionnelles, ainsi que celle de leurs Ayants droit, à un régime de base et un régime optionnel (Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF).

### **DÉPASSEMENT D'HONORAIRES :**

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier. Les Contrats collectifs peuvent prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si leurs Garanties le prévoient, dans les limites fixées par le cahier des charges des contrats dits « responsables ».

### **DISPENSE D'AFFILIATION :**

Faculté qui vous permet de ne pas être affilié au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO en tant qu'Agent actif, conformément aux dispositions légales et réglementaires, et aux stipulations de l'article 1.1.1 de la présente Notice d'information.

### **DISPOSITIF DIT « 100% SANTÉ » :**

Ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire et les Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF, sous réserve du respect par les professionnels de santé des Prix limites de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (H.L.F.) tels que définis par arrêté.

### **DISPOSITIF DIT « HORS 100% SANTÉ » :**

Ensemble des Actes faisant l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du Régime Obligatoire et des Contrats collectifs. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé » (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de Garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de Garanties optique, dentaire et aides auditives).

### **EMPLOYEUR OU EMPLOYEUR PUBLIC :**

Souscripteur des Contrats collectifs, ministre, établissement public ou autorité administrative pour le compte duquel les Contrats collectifs sont souscrits, qui emploie les Agents actifs relevant de la catégorie assurée.

### **FRAIS RÉELS :**

Dépense réellement payée par les Bénéficiaires de la Garantie pour leurs dépenses de santé.

### **FRANCHISE MÉDICALE :**

Montant forfaitaire que le Régime Obligatoire ne rembourse pas et dont la prise en charge est interdite dans le cadre des contrats dits « responsables » (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Cette Franchise, à la charge du Bénéficiaire, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

**La Franchise n'est pas remboursée par les Contrats collectifs.**

### **GARANTIE(S) :**

Engagement de la Mutuelle, en contrepartie des cotisations, à verser une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses d'un Contrat collectif, intervenant au cours d'une période déterminée.

### **GARANTIE(S) DE BASE DES AGENTS ACTIFS :**

Engagement(s) de la Mutuelle, en contrepartie des cotisations, à verser une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO. Seuls les Agents actifs tels que définis dans la présente Notice d'information peuvent être affiliés à ce Contrat collectif du fait de la souscription à ce contrat par leur Employeur.

### **GARANTIE(S) DE BASE DES AYANTS DROIT :**

Engagement(s) de la Mutuelle, en contrepartie des cotisations, à verser aux Ayants droit une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

### **GARANTIE(S) OPTIONNELLE(S) DES AGENTS ACTIFS ET DE LEURS AYANTS DROIT :**

Engagement(s) de la Mutuelle, en contrepartie des cotisations, à verser une Prestation aux Agents actifs ou à leurs Ayants droit, à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

### **MALADIE :**

Toute altération de santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente et ouvrant éventuellement droit aux Prestations du Régime obligatoire.

### **MÉDECIN TRAITANT – CORRESPONDANT :**

- Médecin traitant : dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.
- Médecin correspondant : dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

### **MEMBRE PARTICIPANT :**

Vous-même, personne physique assurée au titre des Contrats collectifs. Vous bénéficiez des Prestations et en ouvrez le droit à vos Ayants droit qui adhèrent à titre facultatif dans le cadre du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF.

### **NOEMIE :**

« Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs », permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du Régime Obligatoire et les Co-assureurs.

### **NOTICE D'INFORMATION :**

Présent document rédigé par les co-assureurs, qui vous est remis par la Mutuelle, et qui vous expose notamment vos droits et obligations dans le cadre du Contrat collectif à adhésion obligatoire de frais de santé n°2024-FR-MAO et du Contrat collectif à adhésion facultative de frais de santé n°2024-FR-MAF-AYF. Elle sera rectifiée à l'occasion de toute modification de vos droits et obligations, notamment lorsque les Garanties des Contrats collectifs évoluent.

### **OPTAM ET OPTAM-CO :**

Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Les praticiens qui ont adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) s'engagent, pendant toute la durée de leur adhésion à :

- ne pas augmenter leurs tarifs pendant la durée de leur adhésion à l'un de ces dispositifs,
  - respecter un taux moyen de Dépassement d'honoraires,
  - réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion,
  - respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100 % du tarif opposable du Régime Obligatoire.
- Le montant des remboursements peut varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à l'un de ces deux dispositifs.

### **PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS :**

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, et ne pas supporter de pénalités dans leurs remboursements de frais médicaux.

Passage par un Médecin traitant choisi par le Membre participant, ou ses Ayants droit, avant d'être orienté vers un autre médecin (médecin correspondant), sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé dans les cas prévus par la législation et la réglementation en vigueur. Le parcours de soins concerne tous les assurés de l'Assurance Maladie Obligatoire et leurs ayants droit âgés d'au moins 16 ans.

**La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats dits « responsables ». Elle n'est donc pas remboursée par les Contrats collectifs.**

### **PARTICIPATION FORFAITAIRE DE DEUX (2) € :**

Contribution prélevée par le Régime Obligatoire sur ses remboursements (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins, à l'exclusion des actes réalisés au cours d'une Hospitalisation, et des actes de biologie et d'Imagerie médicale au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide Médicale de l'Etat, à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse pour les femmes enceintes et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

**La Participation forfaitaire de deux (2) € n'est pas remboursée par les Contrats collectifs.**

### **PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :**

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

### **PRESTATION :**

Montant remboursé à un Bénéficiaire par la Mutuelle en application des Garanties et conditions prévues aux Contrats collectifs.

### **RÉGIME OBLIGATOIRE (RO) :**

Régime d'Assurance maladie, incluant l'Assurance Maladie Obligatoire et le régime local Alsace-Moselle.

L'Assurance Maladie Obligatoire comprend l'ensemble des Régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenus liée à une incapacité physique de travail.

Les militaires bénéficient du régime de sécurité sociale des militaires prévu par les articles L.713-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. Le régime des militaires est géré par une caisse autonome de Sécurité sociale, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS).

Dans le cadre des Contrats collectifs, les Bénéficiaires peuvent également prétendre au bénéfice des Garanties lorsqu'ils résident à l'étranger, sous réserve d'être couverts contre les risques maladie et maternité par le régime d'assurance volontaire tel que prévu aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la sécurité sociale.

### **RESTE À CHARGE :**

Part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du Régime Obligatoire et de sa complémentaire santé.

Après intervention du Régime Obligatoire (ou du régime d'assurance volontaire géré par la CFE), le Reste à charge est constitué :

- du Ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par le Régime Obligatoire),
- de l'éventuelle Franchise médicale ou participation forfaitaire,
- des éventuels Dépassements d'honoraires ou tarifaires.
- de l'éventuel Forfait journalier hospitalier ;
- des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire (ou par le régime d'assurance volontaire géré par la CFE).

Les Contrats collectifs couvrent tout ou partie du Reste à charge, selon les Garanties souscrites.

### **SECTEUR CONVENTIONNÉ :**

Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire, et pratiquant des tarifs contrôlés.

### **SECTEUR NON CONVENTIONNÉ :**

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

### **SOUSCRIPTEUR :**

Ministère des Armées, représenté par le ministre des Armées agissant en tant que représentant de l'Etat, souscrivant le Contrat collectif n°2024-FR-MAO et le Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, au profit des Agents actifs et de leurs Ayants droit tels que définis dans la présente Notice d'information, et qui relèvent :

- du ministère des Armées, ou des établissements publics placés sous la tutelle du ministre des Armées dont la liste est reproduite en Annexe 1 du Contrat collectif n°2024-FR-MAO ;
- du ministre de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires (MTEC),
- du ministre de la Transition énergétique (MTE) et du secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la Mer (SEM) pour les administrateurs des affaires maritimes ;
- du ministre de l'Intérieur et des Outre-mer pour les volontaires et techniciens du Service militaire adapté (SMA) et les gendarmes ;
- de la brigade des marins-pompiers de Marseille ;
- et de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

### **TICKET MODÉRATEUR (TM) :**

Différence entre la Base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la Participation forfaitaire de deux (2) € ou de la Franchise, qui ne sont pas remboursées par les Contrats collectifs).

Le montant du Ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés au Bénéficiaire dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

### **TIERS PAYANT :**

Ce système de paiement évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime Obligatoire et/ou la Mutuelle pour les soins ou produits.

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le Tiers payant en cas de refus de l'usage de Médicaments génériques. La Mutuelle propose également un service de Tiers payant pour la part qu'elle rembourse. C'est aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du Tiers payant pour la part complémentaire assurée par les Contrats collectifs. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le Bénéficiaire ne peut pas en bénéficier.

## QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR ?

Le Code de la défense a instauré l'obligation pour l'Etat et ses établissements publics de participer au financement des garanties de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie, ou un accident auxquels souscrivent les militaires qu'ils emploient. L'arrêté du 3 février 2023 a prévu que cette participation de l'Etat et de ses établissements publics intervient, à compter du 1er janvier 2025, dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Le Contrat collectif n°2024-FR-MAO conclu entre votre Employeur et les co-assureurs, couvrant de façon obligatoire l'ensemble des Militaires d'active (sauf exercice d'une faculté de dispense d'affiliation), est destiné à vous assurer un remboursement de vos dépenses de santé en complément de la Sécurité sociale et dans le respect des règles régissant les « contrats responsables ».

Les Garanties du Contrat collectif n°2024-FR-MAO ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais engagés par le Bénéficiaire**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de Maladie, de maternité ou d'Accident, **et ayant donné lieu à une prise en charge des dépenses par le Régime obligatoire.**

Le Contrat collectif n°2024-FR-MAO couvre le régime de remboursement complémentaire de frais de santé « base ». Ainsi, les Garanties de ce contrat collectif constituent, conformément à la définition qui en est faite ci-dessus, les « Garanties de base des Agents actifs ».

Des Garanties optionnelles (telles que décrites dans la rubrique des définitions préalables de la présente Notice d'information) sont mises en œuvre dans le cadre du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, à adhésion facultative.

Ce Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF permet à l'Etat et ses établissements publics de mettre en œuvre leurs obligations rappelées ci-dessus.

**Le Contrat collectif n°2024-FR-MAO a été conclu pour une durée de trois (3) ans, courant à compter du 1er janvier 2025, et arrivant à échéance le 31 décembre 2027.**

**A l'issue de la première (1ère) période de couverture visée à l'alinéa précédent, le Contrat collectif n°2024-FR-MAO sera reconduit tacitement trois (3) fois par périodes consécutives de douze (12) mois, sauf en cas de dénonciation par le Souscripteur.**

**La durée maximale du Contrat collectif n°2024-FR-MAO est de six (6) ans.**

Il garantit les Agents actifs visés à l'article 1.1.1 (sauf s'ils sollicitent une Dispense d'affiliation), ainsi que les Anciens Agents radiés des cadres et des contrôles dans certaines conditions prévues à l'article 1.1.2. de la présente Notice d'information.

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles entre vous et la Mutuelle, est la loi française, et notamment le Code de la mutualité.

## QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT FRAIS DE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF SOUSCRIT PAR VOTRE EMPLOYEUR ?

Le Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF conclu entre votre Employeur et la Mutuelle, couvrant de façon facultative l'ensemble des Agents actifs, est destiné à vous assurer, ainsi qu'à vos Ayants droit, un régime optionnel de remboursement de vos dépenses de santé en complément de la Sécurité sociale et des Garanties de base mis en œuvre par le contrat collectif n° 2024-FR-MAO, et dans le respect des règles régissant les « contrats responsables ».

Le Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF couvre également le régime de base de vos Ayants droit qui y adhèrent.

Les Garanties du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF ont pour objet le remboursement, **dans la limite des frais engagés par le Bénéficiaire**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de Maladie, de maternité ou d'Accident, **et ayant donné lieu à une prise en charge des dépenses par le Régime obligatoire.**

Ainsi, les Garanties du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, couvrent à la fois les Garanties de base de vos Ayants droit, ainsi que des Garanties optionnelles (cf. rubrique des définitions préalables ci-dessus), auxquelles vous-mêmes ainsi que vos Ayants droit peuvent prétendre via votre adhésion facultative.

**Le Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF a été conclu pour une durée de trois (3) ans, courant à compter du 1er janvier 2025, et arrivant à échéance le 31 décembre 2027.**

**A l'issue de la première (1ère) période de couverture visée à l'alinéa précédent, le Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF sera reconduit tacitement trois (3) fois par périodes consécutives de douze (12) mois, sauf en cas de dénonciation par le Souscripteur.**

**La durée maximale du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF est de six (6) ans.**

Il garantit les Agents actifs et leurs Ayants droit, visés respectivement aux articles 1.2.1 et 1.2.3 de la présente Notice d'information, qui y adhèrent de façon facultative. Il permet également de garantir la couverture de remboursement complémentaire de frais de santé des veufs, veuves et orphelins des Agents actifs décédés, visés à l'article 1.2.4.

La loi applicable aux relations précontractuelles et contractuelles entre vous et la Mutuelle, est la loi française, et notamment le Code de la mutualité.

# ARTICLE 1. QUI EST COUVERT ?



# ARTICLE 1.1 AU TITRE DES GARANTIES DE BASE DES AGENTS ACTIFS (CONTRAT N°2024-FR-MAO)

## ARTICLE 1.1.1 VOUS : L'AGENT ACTIF

Les Garanties de base du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO bénéficient aux Agents actifs (ou Militaires d'active) suivants :

- les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat, placés en position d'activité ou de non-activité ouvrant droit à rémunération, même réduite ;
- les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat, placés dans l'une des situations suivantes :
  - congé parental ;
  - congé de longue maladie et de longue durée pour maladie sans maintien de rémunération ;
  - congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
  - congé de proche aidant ;
  - congé pour convenances personnelles pour élever un enfant ;
  - congé pour convenances personnelles pour suivre un conjoint militaire ou un militaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité.

Lorsque vous êtes placé dans l'une de ces situations, la Mutuelle sera informée et enregistrera le changement au niveau de votre affiliation. Ces situations modifient la structure de vos cotisations et les modalités de leur paiement, tel qu'exposé aux articles 4.2.3.a et 4.2.3.b de la présente Notice d'information.

Pour pouvoir adhérer au Contrat collectif n°2024-FR-MAO dans les conditions prévues au chapitre « Comment s'affilier ? », vous devez être affiliés à un Régime Obligatoire ou assuré volontaire contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la Sécurité sociale.

**Les militaires qui sont placés dans une autre situation que celles visées aux alinéas précédents du présent article 1.1., et qui ne relèvent pas de l'article 1.1.2., perdent la qualité d'Agents actifs au titre du Contrat collectif n°2024-FR-MAO.**

Le Contrat collectif de frais de santé n°2024-FR-MAO est à adhésion obligatoire pour tous les Agents actifs remplissant les conditions ci-dessus.

Toutefois, vous pouvez demander à être dispensé de cette obligation d'affiliation si vous justifiez :

- soit, être bénéficiaire d'une couverture des frais de santé dans le cadre de la complémentaire santé solidaire telle que prévue par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Votre demande de dispense doit être formulée au moment :

- de votre engagement en qualité de militaire de carrière ou sous contrat ;
- ou, si elles sont postérieures : soit à la date de mise en place des garanties du Contrat collectif n°2024-FR-MAO (1er janvier 2025) ; soit à la date à laquelle prend effet votre couverture au titre de la complémentaire santé solidaire.

Vous pouvez être dispensé d'affiliation au Contrat collectif n°2024-FR-MAO jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de la couverture complémentaire santé solidaire.

- soit, être couvert par un contrat d'assurance individuel pour la couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, au 1er janvier 2025, où à la date de votre engagement en tant que militaire de carrière ou sous contrat si elle est postérieure.

Votre demande de dispense doit être formulée au moment :

- de votre engagement en qualité de militaire de carrière ou sous contrat ;
- ou, si elle est postérieure, à la date de mise en place des garanties du Contrat collectif n°2024-FR-MAO (1er janvier 2025).

Vous pouvez être dispensé d'affiliation au Contrat collectif n°2024-FR-MAO jusqu'à la date d'échéance du contrat d'assurance individuel qui vous couvre, dans la limite de douze (12) mois.

- soit, être bénéficiaire, pour les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, y compris en tant qu'ayant droit, de l'un des dispositifs suivants :

- couverture collective à adhésion obligatoire mise en place par un employeur qui applique le Code du travail, selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale (accord collectif, accord référendaire ou décision unilatérale de l'employeur) ;
- couverture individuelle prévue au I. de l'article L. 911-7-1 du code de la Sécurité sociale (« versement santé ») ;
- régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières prévu par le décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ;
- couverture collective dans la fonction publique de l'Etat, territoriale ou hospitalière en application de l'article L. 827-2 du code général de la fonction publique.

Votre demande de dispense doit être formulée au moment :

- de votre engagement en qualité de militaire de carrière ou sous contrat ;
- ou, si elles sont postérieures : soit à la date de mise en place des garanties du Contrat collectif (1er janvier 2025) ; soit à la date à laquelle prend effet la couverture ouvrant droit à la dispense d'adhésion.

À tout moment, vous pouvez renoncer à votre dispense d'affiliation et demander à être affilié en tant qu'Agent actif au Contrat collectif n°2024-FR-MAO. Aucune majoration de cotisation ne vous sera appliquée.

### ARTICLE 1.1.2 L'ANCIEN AGENT NON RETRAITÉ BÉNÉFICIAIRE D'UN MAINTIEN DE GARANTIE

En cas de radiation des cadres ou des contrôles, les Garanties vous sont maintenues en qualité d'Ancien agent non retraité, dans les conditions et selon les modalités définies à l'article 5.1. de la présente Notice d'information, sous réserve que votre Employeur effectue une déclaration préalable auprès de la Mutuelle.

Pendant la période de maintien de Garanties, vous conservez la qualité de Membre participant de la Mutuelle, et continuez à pouvoir participer à son fonctionnement institutionnel.

Le maintien de Garantie s'applique également à vos Ayants droit qui étaient affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF lors de votre radiation des cadres ou des contrôles, dans les mêmes conditions que vous.

### ARTICLE 1.1.3 L'AGENT RETRAITÉ

Votre employeur a souscrit un contrat collectif à adhésion facultative au bénéfice des Agents retraités (contrat n° 2024-RF).

Peuvent demander à y adhérer les militaires qui remplissent les deux conditions cumulatives suivantes :

- ont la qualité d'Agent actif à leur date de radiation des cadres ou des contrôles ou de placement en deuxième section des officiers généraux,
- sont titulaires d'une pension de retraite de droit direct ou d'une solde de réserve en application du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Si vous remplissez ces conditions, vous pouvez demander à adhérer au contrat collectif couvrant les Agents retraités (n°2024-RF) dans le délai d'un (1) an suivant votre date de radiation des cadres ou des contrôles ou de placement en deuxième section. Les démarches nécessaires à l'adhésion doivent être réalisées sur votre Espace assuré « Mon compte » ou, le cas échéant, en remplissant et signant un bulletin individuel d'affiliation.

### ARTICLE 1.1.4 VOS AYANTS DROIT : LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

#### Les Ayants droit peuvent-ils être affiliés au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ?

Un contrat collectif dédié a été souscrit par votre employeur pour la couverture de vos Ayants droit. Il s'agit du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité d'affilier vos Ayants droit à ce Contrat collectif, afin de leur faire bénéficier des mêmes Garanties que celles qui vous couvrent.

Les conditions d'affiliation de vos Ayants droit au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF qui leur est dédié, sont explicitées à l'article 2.2 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 1.2 AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### ARTICLE 1.2.1 VOUS : L'AGENT ACTIF

Les Garanties optionnelles du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF bénéficient à titre facultatif aux Agents actifs (ou Militaires d'active) suivants :

- les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat, placés en position d'activité ou de non-activité ouvrant droit à rémunération, même réduite ;
- les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat, placés dans l'une des situations suivantes :
  - congé parental ;
  - congé de longue maladie et de longue durée pour maladie sans maintien de rémunération ;
  - congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
  - congé de proche aidant ;
  - congé pour convenances personnelles pour élever un enfant ;
  - congé pour convenances personnelles pour suivre un conjoint militaire ou un militaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité.

Lorsque vous êtes placés dans l'une de ces situations, la Mutuelle sera informée et enregistrera le changement au niveau de votre affiliation.

Quelle que soit votre situation, pour pouvoir adhérer au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF dans les conditions prévues au chapitre « Comment s'affilier ? », et maintenir votre affiliation effective, vous devez :

- être affiliés à un Régime Obligatoire ou assuré volontaire contre les risques maladie et maternité dans les conditions prévues aux articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- et, être affilié au Contrat collectif couvrant le régime de base des Militaires d'active (contrat n°2024-FR-MAO).

En conséquence, vous ne pouvez pas adhérer ou conserver votre adhésion au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, lorsque vous avez fait valoir une faculté de Dispense d'affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO.

**Les militaires qui sont placés dans une autre situation que celles visées aux alinéas précédents du présent article 1.2.1., et qui ne relèvent pas de l'article 1.2.2., perdent la qualité d'Agents actifs au titre du Contrat collectif n°2024-FR-MAO.**

### ARTICLE 1.2.2 : L'ANCIEN AGENT NON RETRAITÉ BÉNÉFICIAIRE D'UN MAINTIEN DE GARANTIES

En cas de radiation des cadres ou des contrôles, les Garanties vous sont maintenues en qualité d'Ancien agent non retraité, dans les conditions et selon les modalités définies à l'article 5.1. de la présente Notice d'information, sous réserve que votre Employeur effectue une déclaration préalable auprès de la Mutuelle.

Pendant la période de maintien de Garanties, vous conservez la qualité de Membre participant de la Mutuelle, et continuez à pouvoir participer à son fonctionnement institutionnel.

Le maintien de Garantie s'applique également à vos Ayants droit qui étaient affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, lors de votre radiation des cadres ou des contrôles, dans les mêmes conditions que vous.

### ARTICLE 1.2.3 : VOS AYANTS DROIT : LES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE

#### Les Ayants droit peuvent-ils être affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité d'affilier vos Ayants droit au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, dans les conditions définies au chapitre « Comment adhérer ? » de la présente Notice d'information, afin de leur faire bénéficier des Garanties assurées par la Mutuelle.

#### Qui sont les Ayants droit qui peuvent être affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ?

Les Ayants droit qui peuvent bénéficier des Garanties de base et des Garanties optionnelles du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF sont :

- votre Conjoint qui peut être :
  - votre époux ou épouse légitime, non divorcé(e) et non séparé(e) de corps judiciairement (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil),
  - votre partenaire lié(e) par un pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil,
  - votre concubin(e) vivant en couple dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du Code civil, à condition : que vous et votre concubin(e) soyez tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps ; et, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un (1) an (cette condition est supprimée lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge) ; et, que votre domicile fiscal soit le même.
- vos Enfants à charge qui peuvent être :
  - vos enfants ou ceux de votre Conjoint,
  - vos petits-enfants ou ceux de votre Conjoint,
  - ou l'(les) enfant(s) qui vous a (ont) été confié(s) par décision de justice, ou qui a (ont) été confié(s) à votre Conjoint par décision de justice.

Ces enfants doivent être à votre charge, ou à celle de votre Conjoint, au sens de l'article 6 du Code général des impôts, et ne doivent pas bénéficier d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle.

Par ailleurs, les enfants à charge doivent :

- être âgés de moins de 21 ans,
- être âgés de moins de 25 ans, s'ils justifient de la poursuite de leurs études, sont en contrat d'apprentissage ou sont demandeurs d'emploi au sens de l'article L.5411-1 du Code du travail,
- sans limitation d'âge, être reconnus handicapés par la commission mentionnée à l'article L.241-5 du Code de l'action sociale et des familles (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

Les Ayants droit définis au présent article 1.2.3 peuvent être affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF à tout moment.

**Vos Ayants droit ne peuvent être affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, que sous réserve de votre affiliation effective en tant qu'Agent actif au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO. Ils bénéficient des mêmes Garanties de frais de santé que les vôtres (Garanties de base et, le cas échéant, Garanties optionnelles). En revanche, ils ne sont pas considérés comme des Membres participants de la Mutuelle, et ne participent donc pas à son fonctionnement institutionnel.**

### ARTICLE 1.2.4 : VEUF, VEUVE ET ORPHELIN D'AGENTS ACTIFS

Le Conjoint survivant et l'Enfant orphelin d'une personne décédée avant le 1er janvier 2025, et qui au jour de son décès remplissait les conditions définies à l'article 1.2.1 de la présente Notice d'information pour être considérée comme un Agent actif au titre du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, peuvent demander à y adhérer dans un délai d'un (1) an à compter de la date à laquelle ils sont informés de la possibilité d'y adhérer.

Le Conjoint survivant et l'Enfant orphelin doivent justifier de la perception d'une pension de réversion ou d'orphelin, dont ils sont titulaires en raison du décès de l'ancien militaire visé à l'alinéa 1er.

L'adhésion est effectuée dans les conditions, notamment de cotisations, prévues pour les Ayants droit. Ils sont affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, pendant douze (12) mois à compter de la prise d'effet de leur adhésion. A l'issue de cette période de douze (12) mois, ils sont affiliés au contrat collectif n° 2024-RF.

## ARTICLE 1.3 CARTE DE TIERS PAYANT

Tous les ans, la Mutuelle vous met à disposition une carte de tiers payant sur votre Espace assuré « Mon compte ».

Cette dernière est établie au vu des éléments actualisés dont la Mutuelle dispose sur vous. Elle est accompagnée d'un document précisant le montant des cotisations, leur nature et l'objet.

# ARTICLE 2. COMMENT S’AFFILIER OU ADHÉRER AUX CONTRATS COLLECTIFS ?

---



Il importe de vous rappeler que l'**affiliation** au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, objet du présent article, est strictement réservée aux Agents actifs tels que définis à l'article 1.1.1 de la présente Notice d'information.

Celle-ci doit être distinguée de l'**adhésion** au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF ouverte aux Agents actifs. Ces derniers peuvent affilier leurs Ayants droit à ce contrat. Les conditions d'adhésion des Agents actifs et d'affiliation de leurs Ayants droit à ce Contrat collectif, sont explicitées ci-dessous à l'article 2.2 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 2.1 AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO

### ARTICLE 2.1.1 : BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION

Votre Employeur a l'obligation de vous affilier au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO. Un processus de pré-affiliation est mis en œuvre avec la Mutuelle.

Lors de la mise en place du Contrat collectif n°2024-FR-MAO, ou au moment de votre engagement, une fois le processus de pré-affiliation effectué par votre Employeur, la Mutuelle vous adressera une confirmation d'affiliation par courrier. Vous pourrez alors finaliser votre affiliation soit directement sur votre Espace assuré « Mon compte », soit le cas échéant, en complétant et signant le bulletin individuel d'affiliation qui vous sera remis par la Mutuelle.

Les informations complémentaires que vous devez renseigner sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestation.

À ce stade, il vous sera également possible d'indiquer, si vous souhaitez affilier de manière facultative vos Ayants droit au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF qui leur est dédié, ainsi que votre volonté d'adhérer éventuellement aux Garanties optionnelles de ce contrat.

Les pièces justificatives visées à l'article 2.1.2. de la présente Notice d'information devront être transmises à la Mutuelle (ainsi que le cas échéant le bulletin individuel d'affiliation complété et signé). Si vous choisissez de finaliser votre affiliation sur votre Espace assuré « Mon compte », l'ensemble des pièces justificatives pourront être transmises par ce biais.

**Les formalités d'affiliation prévues au présent article 2 doivent être effectuées au plus tard dans les quinze (15) jours qui suivent la date d'effet des Garanties telle que définie à l'article 3.1.2. de la présente Notice d'information.**

### ARTICLE 2.1.2 : PIÈCES À JOINDRE LORS DE VOTRE AFFILIATION

Vous devrez impérativement joindre lors de votre affiliation :

- la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale à jour,
- un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert à votre nom.

Unéo se réserve le droit de vous demander toutes autres pièces justificatives vous concernant, nécessaires à votre affiliation.

### ARTICLE 2.1.3 : PIÈCES À JOINDRE EN COURS D’AFFILIATION

Lorsque vos cotisations sont prélevées directement sur votre compte bancaire par la Mutuelle (dans l'hypothèse prévue à l'article 4.2.3.b, où vous devez verser l'intégralité des cotisations avant remboursement par votre Employeur de sa quote-part patronale), vous devez retourner à la Mutuelle un mandat SEPA dûment complété et signé.

### ARTICLE 2.1.4 : PIÈCES À JOINDRE EN CAS DE MAINTIEN DES GARANTIES DE BASE DES AGENTS ACTIFS

En cas de maintien des Garanties de base des Agents actifs dans les conditions prévues à l'article 5.1. de la présente Notice d'information, vous devez retourner à la Mutuelle votre attestation de prise en charge par France Travail, mentionnant la durée d'indemnisation par l'assurance chômage.

Vous devrez également fournir à la Mutuelle, en cas de demande de Prestation au titre de vos Garanties de base (contrat n°2024-FR-MAO), l'attestation de paiement France Travail du mois antérieur à celui de votre demande de Prestation.

Dans le cadre du maintien de vos Garanties de base en tant qu'Agent actif, tel que prévu à l'article 5.1. de la présente Notice d'information, la Mutuelle est susceptible de vous demander toute pièce complémentaire qu'elle jugerait utile dans ce cadre.

**A défaut de transmission des pièces sollicitées par la Mutuelle au titre du présent article 2.1.4., vos Garanties sont suspendues.**

## ARTICLE 2.2 VOTRE ADHÉSION ET L’AFFILIATION DE VOS AYANTS DROIT AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### ARTICLE 2.2.1 : BULLETIN INDIVIDUEL D’ADHÉSION

Afin d'adhérer, en tant qu'Agent actif, aux Garanties optionnelles du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, vous devez réaliser les démarches nécessaires sur votre Espace assuré « Mon compte ». Ces démarches peuvent également, le cas échéant, être réalisées en remplissant et signant un bulletin individuel d'adhésion.

Si vous êtes Agent actif, lors de votre affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire n° 2024-FR-MAO couvrant vos Garanties de base, vous pourrez choisir d'adhérer aux Garanties optionnelles du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, et qui sont détaillées à l'Annexe 1.

Vous pourrez également choisir d'affilier vos Ayants droit à ce Contrat collectif facultatif, étant précisé qu'ils bénéficieront dans ce cas des mêmes Garanties de base et, le cas échéant, des mêmes Garanties optionnelles que vous.

Les informations complémentaires que vous devez renseigner sont nécessaires à la gestion de vos droits à Prestations, et de ceux de vos Ayants droit.

Le bulletin individuel d'adhésion précise la date à laquelle prennent effet l'adhésion des Agents actifs et l'affiliation de leurs éventuels Ayants droit, sous réserve de l'accomplissement des formalités d'adhésion et d'affiliation.

Les pièces justificatives visées à l'article 2.2.2 de la présente Notice d'information devront être transmises à la Mutuelle, (ainsi que le cas échéant le bulletin individuel d'adhésion complété et signé). Si vous choisissez de finaliser votre adhésion et l'affiliation éventuelle de vos Ayants droit sur votre Espace assuré « Mon compte », l'ensemble des pièces justificatives pourront être transmises par ce biais.

**Si et seulement si vous êtes Agent actif, alors votre adhésion facultative au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, vous confère la qualité de Membre participant d'Unéo, et vous donne ainsi le droit de participer au fonctionnement institutionnel de la Mutuelle. Vous êtes tenus par les dispositions statutaires d'Unéo qui définissent notamment les modalités d'élection des délégués à l'Assemblée générale de la Mutuelle.**

## ARTICLE 2.2.2 : PIÈCES À JOINDRE LORS DE VOTRE ADHÉSION

### Vous devrez impérativement joindre lors de votre adhésion :

- la copie de l'attestation jointe à votre carte Vitale à jour,
- un relevé d'identité bancaire d'un compte ouvert à votre nom.
- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé

### Vous devrez également joindre, selon votre situation :

- la copie de l'attestation jointe à la carte Vitale à jour de vos Ayants droit qui sont affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF,
- si votre concubin(e) est affilié(e) au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, un certificat de vie commune ou une attestation sur l'honneur de vie commune depuis plus d'un (1) an (sauf lorsqu'un ou plusieurs enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge), accompagnée d'un justificatif de domicile commun (attestation du Régime Obligatoire, contrat de bail, facture EDF - GDF, etc...) aux deux noms,
- si votre partenaire de PACS est affilié(e) au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, une copie de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- un certificat de scolarité pour chacun des enfants âgés de 21 ans et plus, à renouveler à chaque rentrée scolaire,
- une copie de la carte d'invalidité ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité » des enfants handicapés.

**Le dossier individuel d'affiliation ainsi complété est transmis par le Membre participant à la Mutuelle dans les quinze (15) jours maximum suivant la date d'effet des Garanties. Unéo se réserve le droit de demander au Membre Participant toutes autres pièces justificatives le concernant lui et/ou les Ayants droit affiliés au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF. À défaut, vos Garanties et celles de vos Ayants droit sont suspendues.**

Notez également qu'au titre du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, la qualité :

- de conjoint, se perd par divorce et séparation de corps avec jugement, sur présentation d'un justificatif,
- de concubin, se perd sur présentation d'un courrier, daté et signé, attestant sur l'honneur ne plus vivre en concubinage avec la personne affiliée et précisant la date de cessation des Garanties,
- de partenaire lié par un PACS, se perd sur présentation de tout document attestant la dissolution d'un PACS délivré par un Officier Public,
- d'Enfant à charge, se perd dès lors que ces derniers ne répondent plus à la définition d'Ayants droit telle que prévue à l'article 1.2.3. de la présente Notice d'information.

Il vous appartiendra, en cas de modification de votre situation de famille ou professionnelle, de faire parvenir à Unéo, en temps utile, les justificatifs nécessaires au suivi de votre adhésion.

## ARTICLE 2.2.3 : FAUSSE DÉCLARATION

### a. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle du Membre participant lors de son adhésion

**La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle du Membre participant lors de son adhésion facultative au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, entraîne la nullité des Garanties optionnelles issue de ce Contrat collectif, quand elle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Unéo qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

### b. Omission ou déclaration inexacte non intentionnelle du Membre participant lors de son adhésion

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des Garanties optionnelles issue du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Unéo a le droit de maintenir l'adhésion facultative de l'Agent actif au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant, et dans le respect des règles prévues à la rubrique « Comment mes cotisations sont-elles calculées et prélevées ? » ; à défaut d'accord du Membre participant, son adhésion facultative à ce contrat prend fin dix (10) jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée. Unéo restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où les Garanties optionnelles ne court plus.

**Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

**c. Déclaration frauduleuse au cours de l'exécution du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF**

Les demandes de remboursement doivent être présentées à Unéo dans les conditions prévues à la rubrique « Comment obtenir mes remboursements ? ».

Unéo peut solliciter après du Bénéficiaire la production de toute pièce utile permettant de justifier de la réalité d'une dépense de santé et/ou du montant des frais exposés au titre de cette dépense.

**À l'occasion d'une demande de remboursement, la fourniture intentionnelle par le Bénéficiaire, de documents faux ou dénaturés, ou de réponses délibérément inexacts, dans le but d'obtenir un paiement indu par la Mutuelle, entraîne la déchéance de la Garantie issue du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF. La charge de la preuve repose sur la Mutuelle qui doit démontrer le caractère frauduleux.**

Le Bénéficiaire à l'origine de la déclaration frauduleuse s'expose à des poursuites pénales, et sera tenu au remboursement des sommes indûment perçues.

# ARTICLE 3. COMMENT FONCTIONNENT LES GARANTIES ?

---



Les Garanties de base du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, objet du présent article, sont strictement réservées aux Agents actifs tels que définis à l'article 1.1.1 de la présente Notice d'information.

Elles doivent être distinguées des Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, ouvertes tant aux Agents actifs qu'à leurs Ayants droit, dont les conditions sont explicitées ci-dessous à l'article 3.2 de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 3.1 LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO

### ARTICLE 3.1.1 : QUELLES SONT LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO ?

Le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO mis en place par votre Employeur, comprend des Garanties de base bénéficiant aux Agents actifs, dont l'étendue des remboursements, par poste de soins, est détaillée dans l'Annexe 1 - Tableaux des Garanties jointe à la présente Notice d'information, **dans la limite des frais réellement engagés et dans le respect des règles régissant les « contrats responsables ».**

Lorsque vos Ayants droit sont affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n° 2024-FR-MAF-AYF à votre demande, ils bénéficient obligatoirement et dans tous les cas des mêmes Garanties de base que vous.

### ARTICLE 3.1.2 : QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO ?

Dès lors que vous appartenez à la catégorie de personnel assurée par le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, et sous réserve de respecter les formalités d'affiliation prévues à la rubrique afférente « Comment s'affilier ? » de la présente Notice d'information, vos Garanties de base prennent effet :

- à la date d'effet du Contrat collectif 2024-FR-MAO, liant votre Employeur à la Mutuelle (1er janvier 2025) si vous faites partie à cette date des effectifs des Ministères ou établissements publics administratifs pour le compte desquels ce Contrat collectif est souscrit ;
- après la date d'effet du Contrat collectif 2024-FR-MAO, liant votre Employeur à la Mutuelle, pour les nouvelles recrues, dès le jour où vous rentrez dans les effectifs des Ministères et établissements publics administratifs pour le compte desquels ce Contrat collectif est souscrit ;
- après la date d'effet dudit Contrat collectif liant votre Employeur à la Mutuelle, lorsque vous renoncez à votre Dispense d'affiliation pour solliciter votre affiliation, à la date indiquée lors de votre parcours d'affiliation ou dans votre bulletin d'adhésion.

**Le parcours d'affiliation ou le bulletin individuel d'affiliation à vos Garanties de base comporte des éléments d'information nécessaires à la Mutuelle afin de gérer votre affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO. Le versement des Prestations au titre de ce Contrat collectif est subordonné à la transmission du bulletin individuel d'affiliation complété et signé par vos soins, où le cas échéant à la transmission de l'intégralité des informations et documents d'affiliation nécessaires via l'espace assuré « Mon compte ».**

### ARTICLE 3.1.3 : QUAND CESSENT LES GARANTIES DE BASE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO ?

Vos Garanties de base cessent, et vous perdez la qualité de Membre participant au titre du Contrat collectif objet du présent article, au jour de la survenance de l'un des événements suivants :

- non renouvellement ou résiliation du Contrat collectif par le Souscripteur ou par la Mutuelle, quel qu'en soit le motif ;
- perte d'agrément ou cessation d'activité de la Mutuelle ;
- radiation des cadres ou des contrôles, sauf en cas de maintien de vos Garanties de base dans les conditions prévues à l'article 5.1. de la présente Notice d'information ;
- prise d'effet d'une Dispense d'affiliation dans les conditions prévues à l'article 1.1.1 de la présente Notice d'information ;
- suspension de votre qualité d'Agent actif lors d'un placement en position de détachement ;
- survenance de votre décès ;
- dans les hypothèses spécifiques prévues à l'article 5.1.4. de la présente Notice d'information ;
- non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à la rubrique « Comment les cotisations sont-elles calculées et prélevées ? » de la présente Notice d'information.

La cessation de vos Garanties de base entraîne la suppression du droit aux Prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

## ARTICLE 3.2 LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### ARTICLE 3.2.1 : QUELLES SONT LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF ?

Le Contrat collectif objet du présent article, mis en place par votre Employeur comprend des Garanties de base et optionnelles dont l'étendue des remboursements, par poste de soins, est détaillée dans l'Annexe 1 - Tableaux des Garanties jointe à la présente Notice d'information, dans la limite des frais réellement engagés, et dans le respect des règles régissant les « contrats responsables ».

Il permet aux Agents actifs ainsi qu'à leurs éventuels Ayants droit, de bénéficier d'une couverture de remboursement complémentaire de leurs frais de santé, structurée de la façon suivante :

- pour les Agents actifs, des Garanties optionnelles détaillées en Annexe 1 ;
- pour les Ayants droit, des Garanties de base et optionnelles détaillées en Annexe 1.

Lorsque vos Ayants droit sont affiliés au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF objet du présent article à votre demande, ils bénéficient obligatoirement et dans tous les cas des mêmes Garanties de base et optionnelles que vous.

### ARTICLE 3.2.2 : QUAND DÉBUTENT LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF ?

Sous réserve de respecter les formalités d'adhésion prévues à l'article 2 « Comment s'affilier ou adhérer ? » de la présente Notice d'information, les Garanties optionnelles du Contrat collectif objet du présent article bénéficient aux Agents actifs :

- dès la date d'effet du Contrat collectif, pour toute personne répondant à la définition d'Agent actif, inscrit aux effectifs du Souscripteur, des ministères et établissements publics administratifs pour le compte desquels le Contrat collectif susvisé est souscrit, et qui sollicite son adhésion aux Garanties optionnelles ;
- ultérieurement, le premier (1er) jour du mois civil qui suit la réception par la Mutuelle d'une demande d'adhésion aux Garanties optionnelles ;
- postérieurement à la date d'effet du Contrat collectif susmentionné, pour les nouvelles recrues, dès la date à laquelle une personne répondant à la définition d'Agent actif, entre dans les effectifs du Souscripteur, des ministères et établissements publics administratifs pour le compte desquels ledit Contrat collectif est souscrit, et sollicite son adhésion aux Garanties optionnelles.

Sous réserve de respecter les formalités d'affiliation prévues à l'article 2 « Comment s'affilier ou adhérer ? » de la présente Notice d'information, et du paiement des cotisations, les Garanties de vos Ayants droit prennent effet :

- à la même date que vous, sous réserve de répondre à la définition d'Ayant droit à cette date,
- ultérieurement, le jour de la réception par Unéo du justificatif de changement de situation de famille (exemples : mariage, naissance d'un enfant...) ou professionnelle de vos Ayants droit.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'adhésion de l'Ayant droit prend effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant, si celle-ci est déclarée à Unéo dans les 8 (huit) mois suivant l'évènement.

Les Garanties des veufs, veuves et orphelins d'Agents actifs décédés avant le 1er janvier 2025, visés à l'article 1.2.4 de la présente Notice d'information, qui sollicitent leur affiliation au Contrat collectif objet du présent article (n°2024-FR-MAF-AYF), prennent effet à la date indiquée dans le parcours d'affiliation ou sur leur bulletin individuel d'affiliation, sous réserve de l'accomplissement des formalités d'affiliation.

**Le parcours d'affiliation ou le bulletin individuel d'adhésion comporte des éléments d'information nécessaires à la Mutuelle afin de gérer votre adhésion et l'affiliation de vos Ayants droit au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF. Les Garanties de ce Contrat collectif ne peuvent pas débiter si le bulletin individuel d'adhésion n'a pas été intégralement complété et signé, ou le cas échéant, si l'ensemble des informations nécessaires n'a pas été transmis sur votre Espace assuré « Mon compte ».**

### ARTICLE 3.2.3 : COMMENT MODIFIER VOS GARANTIES AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF EN COURS D'ADHÉSION ?

À tout moment, vous pouvez modifier les conditions de votre adhésion au Contrat collectif objet des présentes :

- soit pour adhérer aux Garanties optionnelles de ce contrat qui sont détaillées en Annexe 1 de la présente Notice d'information,
- soit pour modifier les personnes qui sont affiliées à ce Contrat collectif en qualité d'Ayant droit.

Les modifications d'adhésion sollicitées en application des alinéas précédents sont limitées à un (1) changement par an. Lorsque la modification est admise, les nouvelles Garanties vous couvrant, ainsi que le cas échéant vos Ayants droit, sont effectives au 1er janvier de l'année suivant celle de la demande, sous réserve que votre adhésion en tant qu'Agent actif aux Garanties de base du Contrat collectif obligatoire n°2024-FR-MAO, soit en cours à cette date.

En cas de changement dans votre situation familiale, la demande de modification des Garanties optionnelles issues du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF est effective le premier (1er) jour du mois qui suit la demande.

Le parcours d'affiliation ou le bulletin individuel d'adhésion au Contrat collectif susvisé précise la date à laquelle prend effet l'adhésion des Agents actifs et l'affiliation de leurs éventuels Ayants droit, sous réserve de l'accomplissement des formalités d'adhésion et d'affiliation.

### ARTICLE 3.2.4 : COMMENT RÉSILIER MON ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF N°2024-FR-MAF-AYF ?

**Les Garanties sont souscrites au titre du Contrat collectif susvisé, pour une durée courant à compter de la date d'adhésion indiquée lors du parcours d'affiliation ou sur le bulletin individuel d'adhésion, telle que prévue à l'article 3.2.2 de la présente Notice d'information, jusqu'au 31 décembre de l'année au titre de laquelle elle intervient. Par la suite, l'adhésion des Membres participants et l'affiliation de leurs Ayants droit sont renouvelées tacitement au 1er janvier de chaque année, pour une durée annuelle.**

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le Membre participant peut mettre fin à son adhésion ou à l'affiliation de ses Ayants droit au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF tous les ans, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre (à l'adresse indiquée à l'article 6.2 de la présente Notice d'information), tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (elle peut notamment être effectuée grâce à la fonctionnalité spécifique de votre Espace assuré « Mon compte »), au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.

Après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, le Membre participant peut dénoncer son adhésion, ou l'affiliation de ses Ayants droit, au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF à tout moment, sans frais ni pénalité. Cette dénonciation est effectuée dans les conditions prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité (elle peut notamment être effectuée grâce à la fonctionnalité spécifique de votre Espace assuré « Mon compte »), et prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le Membre participant. Lorsque l'adhésion ou l'affiliation est dénoncée dans les conditions du présent alinéa, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle rembourse le solde de cotisations au Membre participant dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la dénonciation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au Membre participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

La dénonciation par le Membre participant de son adhésion aux Garanties optionnelles du Contrat collectif objet du présent article, entraîne corrélativement la dénonciation de l'affiliation de ses Ayants droit à ce Contrat collectif.

En cas de résiliation de leur adhésion aux Garanties optionnelles issues du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF, les Agents actifs ne peuvent y adhérer de nouveau, et leurs Ayants droit ne peuvent y être affiliés de nouveau, qu'après un délai d'un (1) an courant à compter de la date de résiliation.

#### **ARTICLE 3.2.5 : QUAND CESSENT LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF ?**

Vos Garanties optionnelles cessent, et vous perdez la qualité de Membre participant au titre du Contrat collectif susvisé, au jour de la survenance de l'un des événements suivants :

- non renouvellement ou résiliation du Contrat collectif par le Souscripteur ou la Mutuelle, quel qu'en soit le motif ;
- dénonciation régulière par le Membre participant de son adhésion au Contrat collectif, quel qu'en soit le motif ;
- perte d'agrément ou cessation d'activité de la Mutuelle ;
- radiation des cadres ou des contrôles, sauf en cas de maintien des Garanties optionnelles dans les conditions prévues à l'article 5.1. de la présente Notice d'information ;
- prise d'effet d'une Dispense d'affiliation au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ;
- suspension de la qualité d'Agent actif lors d'un placement en position de détachement ;
- changement de situation entraînant la perte d'une ou de plusieurs condition(s) requise(s) pour être qualifié d'Agent actif ;
- non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 4 « Comment les cotisations sont-elles calculées et prélevées? » ;
- décès de l'Agent actif.

Vos Ayants droit affiliés au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF cessent d'être garantis au jour de la survenance de l'un des événements suivants :

- non renouvellement ou résiliation du Contrat collectif susmentionné par le Souscripteur ou la Mutuelle, quel qu'en soit le motif ;
- dénonciation régulière par le Membre participant de son adhésion au Contrat collectif, quel qu'en soit le motif ;
- dénonciation régulière par le Membre participant de l'affiliation de ses Ayants droit au Contrat collectif, quel qu'en soit le motif ;
- radiation des cadres ou des contrôles, sauf en cas de maintien des Garanties dans les conditions prévues à l'article 5.1. de la présente Notice d'information ;
- perte de la qualité d'Ayant droit selon les définitions retenues par l'article 1.2.3. de la présente Notice d'information ;
- non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 4 « Comment les cotisations sont-elles prélevées et calculées ? » ;
- décès du Membre participant, sauf en cas de maintien des Garanties dans les conditions prévues à l'article 5.2. de la présente Notice d'information ;
- perte d'agrément ou cessation d'activité de la Mutuelle.

La cessation des Garanties du Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF entraîne la suppression du droit aux Prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

# ARTICLE 4. COMMENT LES COTISATIONS SONT-ELLES CALCULÉES ET PRÉLEVÉES?

---



Certaines stipulations du présent article 4 sont communes aux deux Contrats collectifs n°2024-FR-MAO (affiliation obligatoire pour les Agents actifs) et 2024-FR-MAF-AYF (adhésion facultative pour les Agents actifs et affiliation facultative pour leurs Ayants droit). Autrement dit, elles s'appliquent quel que soit le Contrat collectif concerné, et quel que soit l'Adhérent (Agent actif ou Ayant droit).

En revanche, lorsque des stipulations sont applicables uniquement à un Contrat collectif ou à un Adhérent en particulier, cela est précisé.

## ARTICLE 4.1 PRINCIPES COMMUNS AUX CONTRATS COLLECTIFS N°2024-FR-MAO ET 2024-FR-MAF-AYF

Le montant des cotisations est exprimé en euros, et toutes taxes comprises.

Le montant en euros des cotisations pour chaque catégorie de Bénéficiaires est déterminé au sein de l'Annexe 2 de la présente Notice d'information. Les cotisations ne varient pas en fonction de votre état de santé.

Toute(s) taxe(s) ou contribution(s) légale(s) présente(s) ou future(s) qui viendrai(en)t à s'appliquer à vos Garanties sera(ont) éventuellement mise(s) à votre charge et celle du Souscripteur dans les conditions prévues par le Contrat collectif signé entre le Souscripteur et les co-assureurs.

## ARTICLE 4.2 COTISATIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO

### ARTICLE 4.2.1 : QUEL EST LE MONTANT DE VOS COTISATIONS AU CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAO ?

La cotisation d'un Agent actif constitue la cotisation d'équilibre relative à ses Garanties de base, mises en œuvre au titre du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO. La cotisation d'équilibre comprend la cotisation de référence, correspondant au financement des Prestations relatives aux Garanties de base des Agents actifs, et une cotisation additionnelle correspondant au financement du coût des mécanismes de solidarité visés au présent article 4.2.1.

Le montant des cotisations en euros, tel que fixé par l'Annexe 2 de la présente Notice d'information, intègre les contributions additionnelles dont l'objet est de financer, d'une part, le fonds d'aide à destination des Bénéficiaires retraités et, d'autre part, le fonds destiné aux prestations d'accompagnement social de l'Employeur. Ces contributions additionnelles sont calculées sur la base des cotisations hors taxes acquittées par les Agents actifs à hauteur de :

- deux pourcent (2%) pour le fonds d'aide à destination des Bénéficiaires retraités ;
- zéro virgule cinq pourcent (0,5%) pour le fonds d'accompagnement social.

Les cotisations ne varient pas en fonction de votre âge.

Le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO met en œuvre des mécanismes de solidarité, notamment en faveur des retraités et des familles. À ce titre, le montant en euros de votre cotisation en tant qu'Agent actif, intègre une cotisation additionnelle permettant la prise en charge :

- pour les Bénéficiaires retraités qui adhèrent à un contrat collectif qui leur est dédié (n°2024-RF) :
  - d'un mécanisme de plafonnement des cotisations évoluant à la hausse au cours des neufs (9) années suivant la radiation des cadres ou des contrôles en qualité de militaire, dans les conditions prévues par l'arrêté d'application du décret n°2023-605 du 15 juillet 2023 ;
  - de la cessation de l'évolution des cotisations au-delà de soixante-quinze (75) ans ;
- du plafonnement des cotisations dues par un même Agent actif, au titre des Ayants droit âgés de moins de vingt-et-un (21) ans, à hauteur des cotisations correspondant à deux (2) enfants (gratuité des cotisations à compter du troisième (3ème) enfant de moins de vingt-et-un (21) ans) ;
- du maintien des Garanties pour les Agents actifs radiés des cadres ou des contrôles, dans les conditions prévues à l'article 5.1. de la présente Notice d'information.

### ARTICLE 4.2.2 : QUELLE EST LA STRUCTURE DE VOS COTISATIONS AU CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAO ?

La cotisation des Agents actifs dont l'affiliation au Contrat collectif n°2024-FR-MAO est obligatoire, est déterminée mensuellement par l'Employeur sur la base des fichiers DSN mensuels. Pour les Militaires d'active affectés dans les COM, en l'absence de support DSN, des échanges de données entre le Souscripteur ou votre Employeur et la Mutuelle, sont mis en œuvre selon des modalités particulières.

Pour les Agents actifs placés en position d'activité ou de non-activité ouvrant droit à rémunération, même réduite, la cotisation est décomposée en trois (3) parts :

- une part forfaitaire acquittée par votre Employeur correspondant à cinquante pourcent (50%) de la cotisation d'équilibre ;
- une part forfaitaire acquittée par chaque Agent actif correspondant à vingt pourcent (20%) de la cotisation d'équilibre ;
- une part individuelle solidaire acquittée par chaque Agent actif, calculée en appliquant un coefficient à la solde de base brute mensuelle prise en compte dans la limite du Plafond mensuel de la Sécurité sociale défini annuellement par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale conformément à l'article L.241-3 du Code de la Sécurité sociale. Le coefficient est déterminé en concertation entre la Mutuelle et votre Employeur. Il peut être réévalué chaque année.

Pour les Agents actifs qui bénéficient d'un congé sans maintien de leur rémunération (congé parental ; congé de longue maladie et de longue durée pour maladie sans maintien de rémunération ; congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ; congé de proche aidant ; congé pour convenances personnelles pour élever un enfant ; congé pour convenances personnelles pour suivre un conjoint militaire ou un militaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité), la cotisation est décomposée en deux (2) parts :

- une part forfaitaire acquittée par votre Employeur correspondant à cinquante pourcent (50%) de la cotisation d'équilibre ;
- une part forfaitaire acquittée par chaque Agent actif correspondant à cinquante pourcent (50%) de la cotisation d'équilibre.

### ARTICLE 4.2.3 : QUI DOIT VERSER LES COTISATIONS DU CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAO À LA MUTUELLE ?

#### a. Cotisations forfaitaires et solidaires des Agents actifs (militaires placés en position d'activité ou de non-activité ouvrant droit à rémunération, même réduite)

Votre Employeur procède aux virements des cotisations forfaitaires et solidaires dues à la Mutuelle pour chaque Agent actif.

La quote-part de cotisation (forfaitaire et solidaire) qui est à votre charge est précomptée en totalité sur votre bulletin de solde par votre Employeur, son représentant, ou par la DGFIP, selon le processus de paye retenu.

Votre Employeur est responsable du versement des cotisations à la Mutuelle.

Les cotisations sont payables par votre Employeur mensuellement à terme à échoir.

#### b. Cotisations forfaitaires des Agents actifs dont la rémunération est suspendue en totalité

Votre affiliation obligatoire doit être maintenue durant toute la période pendant laquelle vous bénéficiez d'un congé sans maintien de sa rémunération (congé parental ; congé de longue maladie et de longue durée pour maladie sans maintien de rémunération ; congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ; congé de proche aidant ; congé pour convenances personnelles pour élever un enfant ; congé pour convenances personnelles pour suivre un conjoint militaire ou un militaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité).

Durant cette période, vous devez payer à la Mutuelle l'intégralité de la cotisation (parts forfaitaires Employeur et Agent actif).

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme à échoir, dans les quinze (15) jours suivant la fin de chaque mois auquel elles se rapportent.

Vous serez ensuite remboursé par votre Employeur, à hauteur de cinquante pour cent (50%) de la cotisation, après déduction des prélèvements sociaux. Le remboursement est effectué via le canal de solde avec l'édition d'un bulletin de solde ad hoc.

Votre Employeur reste responsable du paiement des cotisations.

### ARTICLE 4.2.4 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?

#### a. Non-paiement des cotisations par votre Employeur

A défaut du paiement des cotisations dans les trente (30) jours qui suivent leur échéance de paiement, votre Employeur est invité par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par Unéo à en acquitter le montant. Dans cette lettre de mise en demeure, Unéo informe votre Employeur des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des Garanties de base des Agents actifs affiliés au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO.

**Si dans les trente (30) jours qui suivent la notification de la lettre de mise en demeure, les cotisations du Contrat collectif susmentionné ne sont pas versées par votre Employeur, Unéo poursuit le recouvrement par tout moyen de droit et suspend le paiement des Prestations jusqu'à régularisation.**

Si dans les dix (10) jours suivant le délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent, aucun paiement n'est intervenu, Unéo peut résilier le Contrat collectif objet du présent article, sans que la résiliation n'interrompe la poursuite des actions de recouvrement des cotisations impayées.

Les Membres participants sont informés par tout moyen qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par leur Employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat collectif, sauf s'ils entreprennent de se substituer à leur Employeur pour le paiement des cotisations.

La mise en demeure adressée à l'Employeur donnera lieu à des majorations de retard à la charge exclusive de l'Employeur, fixées par Unéo et signifiées dans la lettre de mise en demeure visée au premier alinéa du présent article.

Le Contrat collectif non résilié reprend effet à midi, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

En cas de précompte opéré par votre Employeur mais non libéré entre les mains de Unéo, la Mutuelle poursuivra directement par tous moyens auprès de l'Employeur le remboursement des Prestations effectivement servies aux Membres participants, entre la date des événements ouvrant droit à leur versement et la première date de la régularisation par l'Employeur des précomptes pour l'ensemble de son personnel.

#### b. Non-paiement des cotisations par le Membre participant

Même lorsque le versement des cotisations est effectué directement par vos soins en application de l'article 4.2.3.b de la présente Notice d'information, votre Employeur est responsable de leur paiement auprès de la Mutuelle.

A défaut du paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant leur échéance de paiement, vous serez invité par Unéo à en acquitter le montant et informé qu'en l'absence de régularisation du paiement, la Mutuelle doit signaler votre cas individuel à votre Employeur. Cette relance peut être effectuée par tout moyen, notamment par une notification qui vous sera adressée directement sur votre Espace assuré « Mon Compte ».

Si, dans les quarante (40) jours qui suivent cette relance, les cotisations ne sont pas versées, Unéo doit informer votre Employeur du cas individuel de non-paiement. Votre Employeur assure alors le versement des cotisations manquantes et se retournera vers vous pour obtenir le remboursement des cotisations qu'il aura avancées.

## ARTICLE 4.3 COTISATIONS RELATIVES AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### ARTICLE 4.3.1 : QUEL EST LE MONTANT DE VOS COTISATIONS AU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF ?

Vos Garanties optionnelles en tant qu'Agent actif et celles de vos Ayants droit dans le cadre du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF, sont financées par une cotisation prise en charge intégralement par vos soins.

Le montant des cotisations relatives aux Garanties de base de vos Ayants droit est fixé par rapport à la cotisation d'équilibre du Contrat collectif n°2024-FR-MAO que le Souscripteur a souscrit pour la couverture des Militaires d'active.

Le montant des cotisations en euros, tel que fixé par l'Annexe 2, intègre les cotisations additionnelles dont l'objet est de financer, d'une part, le fonds d'aide à destination des Bénéficiaires retraités et, d'autre part, le fonds destiné aux prestations d'accompagnement social de l'Employeur. Ces contributions sont calculées sur la base des cotisations hors taxes acquittées par les Agents actifs et leurs Ayants droit, à hauteur de :

- deux pourcent (2%) pour le fonds d'aide à destination des Bénéficiaires retraités ;
- zéro virgule cinq pourcent (0,5%) pour le fonds d'accompagnement social.

#### a. Garanties de base des Ayants droit

La cotisation du Conjoint d'un Agent actif, visé aux articles 1.1.1. et 1.2.1. de la présente Notice d'information, est plafonnée à cent quarante-cinq pourcent (145%) de la cotisation d'équilibre.

La cotisation de vos enfants de moins de vingt-et-un (21) ans (y compris les enfants orphelins bénéficiaires d'une pension d'orphelin) est plafonnée à quatre-vingt dix pourcent (90%) de la cotisation d'équilibre. La cotisation est appelée auprès de l'Agent actif ouvrant droit jusqu'au deuxième (2ème) enfant de moins de vingt-et-un (21) ans.

La cotisation de vos enfants de plus de vingt-et-un (21) ans (y compris les enfants orphelins bénéficiaires d'une pension d'orphelin) est plafonnée à cent pourcent (100%) de la cotisation d'équilibre.

Les cotisations des Ayants droit sont acquittées en totalité par l'Agent actif ouvrant droit. L'Employeur ne participe pas au financement des Garanties de base des Ayants droit.

#### b. Garanties optionnelles des Agents actifs et de leurs Ayants droit

La cotisation est appelée auprès de l'Agent actif ouvrant droit, jusqu'au deuxième (2ème) enfant de moins de vingt-et-un (21) ans.

Les cotisations finançant les Garanties optionnelles sont acquittées en totalité par l'Agent actif pour lui et pour ses Ayants droit. L'Employeur ne participe pas au financement des Garanties optionnelles des Agents actifs et de leurs Ayants droit.

### ARTICLE 4.3.2 : QUI DOIT VERSER LES COTISATIONS DU CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAF-AYF À LA MUTUELLE ?

Vous devez payer les cotisations finançant vos Garanties optionnelles ainsi que les Garanties de base et optionnelles de vos Ayants droit mensuellement à terme à échoir, selon l'échéancier qui vous sera transmis annuellement. Le paiement est effectué par prélèvement automatique par Unéo, directement auprès de vous.

Lors de votre adhésion, vous devrez remplir un mandat de prélèvement SEPA, qui devra être transmis à la Mutuelle lors du parcours d'affiliation ou avec le bulletin individuel d'adhésion.

Les coordonnées bancaires que vous renseignez sont également utilisées par la Mutuelle pour procéder au paiement des Prestations. Si vous le souhaitez, vous pouvez fournir à la Mutuelle d'autres coordonnées bancaires pour le paiement des prestations par la Mutuelle.

En cours d'adhésion, en cas de modification de vos coordonnées bancaires, vous devrez informer la Mutuelle sans délai, et transmettre un mandat de prélèvement SEPA à jour via votre Espace assuré « Mon compte ».

### ARTICLE 4.3.3 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DU CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAF-AYF ?

Le non-paiement des cotisations dans les conditions prévues par l'article 4.2.4 de la présente Notice d'information entraîne l'exclusion des Bénéficiaires du Contrat collectif objet du présent article, selon les modalités prévues aux alinéas suivants.

Ainsi, à défaut de paiement des cotisations dans un délai de dix (10) jours suivant leur échéance, vous recevrez une lettre de mise en demeure, par lettre recommandée avec accusé de réception, afin de vous rappeler votre obligation de paiement des cotisations et vous invitant à régulariser la situation. Cette mise en demeure vous informera des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la Garantie.

**À défaut de paiement, vos Garanties et celles de vos Ayants droit au titre du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, sont suspendues trente (30) jours après la mise en demeure infructueuse qui vous a été adressée. La suspension des Garanties produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle de couverture du Contrat collectif. Si dans les quarante (40) jours suivant la notification de la lettre de mise en demeure les cotisations ne sont toujours pas payées, Unéo peut vous exclure ainsi que vos Ayants droit le cas échéant et poursuivre le recouvrement des cotisations par tout moyen.**

Les Garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leur effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, et le cas échéant, les cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des Prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par vos soins.

# ARTICLE 5. QUELLES SONT LES HYPOTHÈSES DE MAINTIEN DES GARANTIES DES CONTRATS COLLECTIFS ?

---



## ARTICLE 5.1 MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RADIATION DES CADRES OU DES CONTRÔLES

Les stipulations du présent article 5.1 s'appliquent de manière commune, à la fois aux Agents actifs affiliés au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, et à ceux ayant adhéré de manière facultative au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF.

### ARTICLE 5.1.1 : PRINCIPE DU MAINTIEN DES GARANTIES

En cas de radiation des cadres ou des contrôles entraînant la perte de la qualité d'Agent actif au titre du Contrat collectif, les Garanties vous sont maintenues, sous réserve de remplir cumulativement les conditions suivantes :

- vos droits à remboursements complémentaires ont été ouverts avant votre radiation des cadres ou des contrôles,
- vous n'êtes pas titulaire d'une pension militaire de droit direct ou d'une solde de réserve en application du Code des pensions civiles et militaires,
- vous justifiez d'être inscrit comme demandeur d'emploi et, d'être indemnisé à ce titre par le régime d'assurance chômage.

Votre Employeur informera Unéo de votre radiation des cadres ou des contrôles. Il devra également vous informer de votre éventuel droit au maintien des Garanties, que ce maintien concerne le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, ou celui à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF si vous y avez adhéré.

Vos Ayants droit affiliés au Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF avant votre radiation des cadres ou des contrôles, bénéficient également du maintien des Garanties couvertes par ce contrat, dans les conditions prévues au présent article 5.1. de la Notice d'information.

### ARTICLE 5.1.2 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien de Garantie intervient à compter de la date de radiation des cadres ou des contrôles.

Il vous appartient de fournir à la Mutuelle le justificatif de votre prise en charge par l'assurance chômage (attestation d'indemnisation par France Travail au titre de l'aide au retour à l'emploi), ainsi qu'un courrier manifestant votre volonté de conserver votre affiliation au Contrat collectif obligatoire n°2024-FR-MAO et/ou votre adhésion facultative éventuelle au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF. Le courrier manifestant votre volonté de maintenir votre affiliation et/ou votre adhésion facultative aux Contrats collectifs susvisés, peut être envoyé sous format papier, ou via votre Espace assuré « Mon compte ».

**Vous bénéficiez du maintien des Garanties pour une durée égale à celle de votre indemnisation par l'assurance chômage, limitée à la durée de votre dernière période d'activité. Cette durée est appréciée en mois entiers et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze (12) mois.**

La suspension temporaire des allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt Maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée de votre maintien des Garanties. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

Les Garanties maintenues sont celles décrites en Annexe 1 de la présente Notice d'information, auxquelles vous étiez affilié ou auxquelles vous avez adhéré en qualité d'Agent actif, et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties de base, et des Garanties optionnelles des Agents actifs.

La Mutuelle vous adressera au début de la période de maintien des Garanties, après vérification du respect des conditions prévues à l'article 5.1 de la présente Notice d'information, une confirmation de la poursuite de votre affiliation et/ou de votre adhésion.

### ARTICLE 5.1.3 : PIÈCES À FOURNIR POUR LE MAINTIEN DES GARANTIES

Pour bénéficier du maintien des Garanties, vous devez fournir plusieurs justificatifs à la Mutuelle lors de l'ouverture de votre droit au maintien, puis ultérieurement, au cours de la période de maintien et notamment à chaque fois que vous êtes indemnisé par le Contrat collectif :

- à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi que l'attestation de paiement France Travail du mois antérieur à la demande de Prestation,
- toute pièce complémentaire demandée par Unéo.

Les pièces à fournir peuvent être transmises sur un support papier ou via votre Espace assuré « Mon compte ».

**A défaut de transmission des pièces sollicitées par la Mutuelle au titre du présent article 5.1.3, vos Garanties sont suspendues.**

### ARTICLE 5.1.4 : CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des Garanties cesse pour vous et vos Ayant droit, et vous perdez la qualité de Membre participant au titre du Contrat collectif dans les cas suivants :

- en cas de perte d'agrément ou cessation d'activité de la Mutuelle ;
- au terme de la période de maintien des Garanties dont la durée maximum est de douze (12) mois,
- à la date à laquelle vous reprenez une activité professionnelle,
- dès lors que vous percevez une pension de retraite versée par le régime d'assurance vieillesse de base dont vous relevez,
- en cas de non-renouvellement ou de résiliation du Contrat collectif souscrit par votre ancien Employeur quel qu'en soit le motif,
- à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que vous ne justifiez plus de votre indemnisation par France Travail,
- le jour de votre décès.

Vous êtes tenu d'informer Unéo de tout évènement entraînant la fermeture de vos droits à France Travail (reprise d'emploi, radiation, ...). La cessation des Garanties entraîne la suppression du droit aux Prestations pour tous les actes et soins intervenus à compter de la date de cessation.

#### **ARTICLE 5.1.5 : FINANCEMENT DU MAINTIEN DES GARANTIES**

Le maintien des Garanties est assuré sans que vous n'ayez à acquitter de cotisation. Le coût du financement du maintien des Garanties est intégré dans les cotisations versées pour les Agents actifs.

#### **ARTICLE 5.1.6 : VERSEMENT DES PRESTATIONS**

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les Agents actifs, énoncées à la rubrique « Comment obtenir mes remboursements ? ».

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage conformément à l'article 5.1.3. de la présente Notice d'information.

## **ARTICLE 5.2 MAINTIEN DE L'ADHÉSION AU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF N°2024-FR-MAF-AYF EN CAS DE DÉCÈS D'UN AGENT ACTIF**

Les stipulations du présent article 5.2 sont applicables exclusivement aux Ayants droit affiliés au Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

#### **ARTICLE 5.2.1 : MAINTIEN TEMPORAIRE PENDANT DOUZE (12) MOIS**

Unéo maintient temporairement l'affiliation des Ayants droit au Contrat collectif objet du présent article, en cas de décès du Membre participant auquel ils sont rattachés.

Ce maintien temporaire est effectué de façon automatique, pendant une période de douze (12) mois décomptés à compter du lendemain du jour de décès du Membre participant.

Le maintien cesse à l'issue du dernier jour du douzième (12ème) mois de maintien, tel que prévu à l'alinéa précédent.

Pour bénéficier de ce maintien, les Ayants droit devront informer la Mutuelle du décès de l'Agent actif, et fournir à ce titre un certificat de décès.

La Mutuelle adressera aux Ayants droit concernés un courrier récapitulant l'ensemble des pièces nécessaires au maintien de la couverture (notamment un mandat de prélèvement SEPA nécessaire pour le prélèvement des cotisations), ainsi que l'échéancier des cotisations nécessaires au financement du maintien.

Les Ayants droit peuvent refuser le maintien dans les conditions prévues au présent article, sous réserve d'en informer la Mutuelle lors de la transmission de l'acte de décès ou ultérieurement.

Les Ayants droit qui bénéficient du maintien temporaire des Garanties en application du présent article 5.2.1., acquittent les cotisations dans les conditions prévues à l'article 4 « Comment mes cotisations sont-elles calculées et prélevées ? ».

#### **ARTICLE 5.2.2 : MAINTIEN AU BÉNÉFICE DES TITULAIRES D'UNE PENSION DE RÉVERSION OU D'ORPHELIN**

Au-delà de la période de maintien de douze (12) mois faisant suite au décès d'un Militaire d'active, le Conjoint survivant et l'Enfant orphelin d'un Militaire d'active décédé, titulaires d'une pension de réversion ou d'orphelin, conservent la qualité d'Ayant droit après le décès de l'Agent actif, sous réserve d'en formuler expressément la demande.

Cette demande d'adhésion doit être effectuée dans le délai d'un (1) an à compter du décès du Militaire d'active affilié au Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO et, le cas échéant, ayant adhéré de manière facultative au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, le couvrant lors de son décès.

Le Conjoint survivant et/ou l'Enfant orphelin qui formulent une demande de maintien des Garanties dans les conditions prévues au présent article 5.2.2., voient leur adhésion basculer dans la couverture prévue au titre du Contrat collectif n°2024-RF souscrit par l'Employeur pour les Bénéficiaires retraités, sans que cela ne modifie leurs Garanties.

La Mutuelle adressera aux Ayants droit concernés un courrier récapitulant l'ensemble des pièces nécessaires à leur adhésion (notamment un mandat de prélèvement SEPA nécessaire pour le prélèvement des cotisations).

Ils recevront annuellement l'échéancier des cotisations nécessaires au financement de leur couverture de frais de santé.

# ARTICLE 6. COMMENT OBTENIR MES REMBOURSEMENTS ?

---



Les stipulations du présent article 6 sont communes à tous les Bénéficiaires des Contrats collectifs objet de la présente Notice d'information, soit à la fois :

- le Contrat à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO,
- et celui à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF.

## ARTICLE 6.1 SUR QUELLE BASE SONT EFFECTUÉS LES REMBOURSEMENTS ?

Vos remboursements sont effectués :

- soit, sur la Base des remboursements (BR) effectués par le Régime Obligatoire (RO) et/ou du Ticket modérateur (TM),
- soit, sur la base des Frais réels, avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros,
- soit, selon un barème de Prestations forfaitaires.

Les remboursements dont vous bénéficiez par poste de soins, sont détaillés à l'Annexe 1 dans les tableaux des garanties joints à la présente Notice d'information.

Le remboursement est, dans tous les cas, effectué en fonction de la Nomenclature du Régime Obligatoire et conformément à la bonne utilisation de cette Nomenclature.

**La date des soins retenue est celle prise en compte par le Régime Obligatoire ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.**

## ARTICLE 6.2 OÙ ADRESSER LES DEMANDES DE REMBOURSEMENT ?

Les demandes sont à adresser à :

Unéo - TSA 81415 - 53106 Mayenne cedex.

Les demandes de remboursement peuvent également être transmises à la Mutuelle directement sur votre Espace assuré « Mon compte ».

## ARTICLE 6.3 QUELS SONT LES DÉLAIS POUR DEMANDER LE REMBOURSEMENT ?

**Vos demandes de remboursement doivent, sous peine de déchéance, être transmises à Unéo, dans les deux (2) ans qui suivent la date à laquelle les soins ont été effectués, à défaut la date prise en compte pourra être la date mentionnée sur la facture.**

## ARTICLE 6.4 COMMENT S'EFFECTUE LE PAIEMENT DES PRESTATIONS ?

Le règlement de vos Prestations est effectué par virement bancaire.

Vous devez impérativement joindre lors du parcours d'affiliation ou à votre bulletin individuel d'affiliation ou d'adhésion un relevé d'identité bancaire à votre nom.

En cas de changement de coordonnées bancaires, vous devez informer la Mutuelle en envoyant votre nouveau relevé d'identité bancaire à l'adresse indiquée à l'article 6.2 de la présente Notice d'information, ou directement via votre Espace assuré « Mon compte ».

## ARTICLE 6.5 QUELS JUSTIFICATIFS JOINDRE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENT ?

Vous devez joindre à chaque demande de remboursement :

- les factures détaillées justifiant les frais que vous avez engagés en ce qui concerne :
  - une Hospitalisation médicale ou chirurgicale, une cure thermale,
  - des prothèses dentaires ou travaux d'orthodontie (avec précision sur la nature des travaux effectués ainsi que sur le nombre et prix de chaque élément),
  - des appareillages, de l'orthopédie ou des prothèses non dentaires,
  - l'optique (la facture devra comporter séparément le coût de la monture et des verres, ainsi que le numéro de chaque verre),

- des lentilles correctrices (en cas de non-remboursement du Régime Obligatoire, la prescription médicale en cours de validité et la facture acquittée sont indispensables),
- des frais non pris en charge par le Régime Obligatoire mais remboursés au titre du Contrat collectif,
- le reçu correspondant au montant du Ticket modérateur réglé aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, etc.),
- pour les Garanties couvertes par le Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF :
  - en cas d'arrivée d'un enfant au foyer, un extrait d'acte de naissance du nouveau-né,
  - en cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants, la copie du jugement d'adoption plénière,
- le reçu correspondant au montant du Ticket modérateur réglé aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, etc.),
- en cas de décès d'un des Bénéficiaires du Contrat collectif, une copie de l'extrait d'acte de décès,
- toute pièce complémentaire demandée par Unéo.

Pour les professionnels de santé équipés d'un système SESAM – VITALE, les feuilles de soins électroniques sont directement transmises au Régime Obligatoire.

Dans les autres cas, vous devez adresser la feuille de soins à votre organisme de Régime Obligatoire.

Grâce au système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), Unéo reçoit directement par télétransmission de votre Régime Obligatoire les informations contenues sur les décomptes. Un message figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire vous informe de la mise en œuvre de la télétransmission.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur votre décompte du Régime Obligatoire ou si ce message n'apparaît pas, vous devez adresser à la Mutuelle votre décompte original du Régime Obligatoire à l'adresse indiquée à l'article 6.2. de la présente Notice d'information.

## ARTICLE 6.6 Y A-T-IL DES LIMITES AUX REMBOURSEMENTS ?

Concernant le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, les frais engagés pour des soins postérieurs à radiation des cadres ou des contrôles ne sont pas pris en charge, sauf en cas de maintien des garanties conformément à l'article 5.1. de la présente Notice d'information.

**Plus généralement, que ce soit pour le Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO ou pour celui à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF, Unéo ne rembourse pas les frais engagés et déboursés :**

- antérieurement à la date de prise d'effet du Contrat collectif conclu entre votre Employeur et Unéo, sous réserve du respect de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 qui oblige la Mutuelle à prendre en charge la suite des états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion ou à la souscription du Contrat collectif ;
- antérieurement à la date à laquelle votre affiliation ou celle de vos Ayants droit prend effet, sous réserve du respect de l'article 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 qui oblige la Mutuelle à prendre en charge la suite des états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion ou à la souscription du Contrat collectif,
- postérieurement à la date de résiliation du Contrat collectif liant votre Employeur et Unéo,
- postérieurement à la date à laquelle votre affiliation prend fin.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- les frais ne figurant pas à la Nomenclature du Régime Obligatoire, sauf mention contraire indiquée en Annexe 1 – Tableaux des Garanties,
- les frais n'ouvrant pas droit aux Prestations en nature du Régime Obligatoire au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf mention contraire indiquée en Annexe 1 – Tableau des Garanties,
- en cas d'Hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes et non médicaux : téléphone, télévision, boissons, frais de repas,
- la chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale,
- les interdictions de prises en charge au titre du contrat « responsable ».

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à son décret d'application, le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peut excéder le montant des frais restant à votre charge ou celle de vos Ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit. Unéo se réserve la faculté de vous demander la justification de ces frais.

Vous devez déclarer à Unéo tout autre Contrat d'assurance complémentaire santé souscrit en garantie des mêmes risques, qui vous couvre vous et/ou vos Ayants droit.

Le cumul des remboursements d'Unéo au titre du Contrat collectif, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme, ne peut excéder le montant des frais que vous ou vos Ayants droit avez engagés pour un même acte, ni les plafonds fixés pour les « contrats responsables » instaurés en application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Unéo est donc susceptible de vous demander communication des remboursements perçus pour les mêmes actes au titre de tout autre Contrat d'assurance complémentaire santé dont vous ou vos Ayants droit bénéficiez.

## ARTICLE 6.7 NATURE « RESPONSABLE ET SOLIDAIRE » DES CONTRAT COLLECTIFS N°2024-FR-MAO ET 2024-FR-MAF-AYF

Les Garanties définies par le Contrat collectif souscrit par votre Employeur sont prises en charge conformément aux dispositions relatives aux « contrats responsables » telles que définies à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale (ainsi que ses textes d'application, notamment les articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Ainsi, Unéo prend obligatoirement en charge :

- le Ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal, des Médicaments remboursés principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité, ainsi que ceux dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, et des spécialités homéopathiques,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale et au 6° du I de l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)), ni celui des établissements de cure thermale,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec un Médicament dont le Ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- le Ticket modérateur de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,
- les équipements d'optique médicale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les frais d'acquisition des aides auditives ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- la prise en charge des prestations du Dispositif « 100% santé » dans les conditions précisées à la présente Notice d'information.

Les actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire sont remboursés au minimum à hauteur du Ticket modérateur augmenté, le cas échéant, du montant de prise en charge prévu aux postes de remboursement auxquels ils se rattachent, tel que figurant dans vos garanties.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, Unéo vous permet, ainsi qu'à vos Ayants droit affiliés au Contrat collectif, de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité sur toutes les Garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé.

**Dès lors que le Contrat frais de santé prévoit une prise en charge au-delà du Ticket modérateur, Unéo plafonne le montant de ses remboursements concernant les dépassements d'honoraires pris par les professionnels de santé n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM ou OPTAM-CO).**

**Sont ainsi exclus de la prise en charge par votre Contrat :**

- la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation du médecin traitant, consultation d'un médecin spécialiste sans prescription du médecin traitant),
- les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques et cliniques lorsque vous ou vos Ayants droit éventuellement affiliés au Contrat collectif ne respectez pas le parcours de soins coordonnés à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- la Participation forfaitaire de deux (2) € mise à votre charge pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes de biologie, ainsi que les Franchises médicales (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale),
- la Franchise médicale appliquée sur les Médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère « responsable » des Contrats collectifs objets du présent article, sera automatiquement intégrée au Contrat collectif pour prendre effet à la date où elle doit s'appliquer. Ces modifications donneront lieu, le cas échéant, à la modification de la présente Notice d'information.

De plus, les Contrats collectifs 2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF sont « solidaires », c'est-à-dire que le montant de votre cotisation ne dépend pas de votre état de santé, et que la Mutuelle ne recueille aucune information médicale auprès des Agents actifs et de leurs Ayants droit.

## ARTICLE 6.8 QUELS SONT LES SERVICES ADDITIONNELS ET LES GARANTIES D'ASSISTANCE MISES EN ŒUVRE PAR LA MUTUELLE ?

### ARTICLE 6.8.1 : SERVICES PROPOSÉS

La Mutuelle vous fournit des services dont la liste est disponible dans votre Espace assuré « Mon compte ».

### ARTICLE 6.8.2 : ASSISTANCE

La Mutuelle vous fournit également des services d'assistance, dont les conditions et la mise en œuvre sont explicitées dans des conditions générales valant notice d'information établies par l'assisteur.

## ARTICLE 6.9 QUELLES SONT LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL MISES EN ŒUVRE PAR LA MUTUELLE ?

### ARTICLE 6.9.1 : ACTIONS DE PRÉVENTION

Des actions de prévention sont mises en œuvre par la Mutuelle.

La liste de ces actions de prévention ainsi que leurs conditions de mise en œuvre figurent dans votre Espace assuré « Mon compte ».

### ARTICLE 6.9.2 : FONDS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Un fonds d'accompagnement social est mis en œuvre à destination des Bénéficiaires du Contrat collectif, conformément aux articles 12 et 27 du décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023.

Ce fonds permet le financement de prestations d'accompagnement social mises en œuvre au profit des Bénéficiaires en fonction de leur état de santé et de leurs ressources, en liaison avec l'Action Sociale des Armées et la CNMSS.

Ces prestations sont listées dans votre Espace assuré « Mon compte ».

Le Comité de pilotage de suivi (CPS) du régime propose, le cas échéant des prestations d'accompagnement social. Le montant du coût annuel des prestations d'accompagnement social versées aux Bénéficiaires est prélevé sur le fonds d'accompagnement social.

**ARTICLE 7.  
MA COMPLEMENTAIRE SANTÉ  
PREND-ELLE EN CHARGE LES  
FRAIS ENGAGÉS A L'ÉTRANGER ?**

---



Certaines stipulations du présent article 7 sont communes aux deux Contrats collectifs n°2024-FR-MAO (affiliation obligatoire pour les Agents actifs) et 2024-FR-MAF-AYF (adhésion facultative pour les Agents actifs et affiliation facultative pour leurs Ayants droit). Autrement dit, elles s'appliquent quel que soit le contrat collectif concerné, et quel que soit l'Adhérent (Agent actif ou Ayant droit).

En revanche, lorsque des stipulations sont applicables uniquement à un Contrat collectif ou à un Adhérent en particulier, cela est précisé.

## ARTICLE 7.1 PRINCIPES COMMUNS AUX CONTRATS COLLECTIFS 2024-FR-MAO ET 2024-FR-MAF-AYF

Les Garanties des Contrats collectifs 2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF, exposées à l'Annexe 1, s'appliquent aux frais de soins de santé exposés par les Bénéficiaires :

- en France métropolitaine (y compris en Corse),
- dans les Départements et régions d'Outre-Mer (DROM) à l'exception de Mayotte,
- et dans les Collectivités d'Outre-Mer (COM) à l'exception de Saint-Pierre-et-Miquelon et de la Nouvelle-Calédonie, à partir du moment où les Bénéficiaires actifs sont affiliés à la CAFAT.

**Les Garanties des Contrats collectifs objets du présent article s'étendent aux Accidents et Maladies survenus à l'étranger lorsque le Régime obligatoire du Bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois (3) mois par an en une ou plusieurs périodes.**

Dans le cas d'une Maladie ou d'un Accident survenu dans un pays ayant signé une convention avec la France ou dans un pays membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou la Suisse, les caisses du Régime Obligatoire procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues aux articles R.160-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties sont accordées dès lors que le Régime Obligatoire français intervient dans la prise en charge des frais.

## ARTICLE 7.2 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DE BASE DES AGENTS ACTIFS (CONTRAT COLLECTIF N°2024-FR-MAO)

Les stipulations du présent article 7.2 sont applicables exclusivement aux Agents actifs qui sont obligatoirement affiliés au Contrat collectif n°2024-FR-MAO, et qui n'ont pas adhéré de manière facultative au Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF.

En cas de mission à l'étranger d'une durée de moins d'un (1) mois, vous conservez le bénéfice de vos Garanties de base au titre du Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO, qui sont exposées à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information (périmètre France), et vous bénéficiez également des Garanties du contrat collectif n°2024-I-MAO (périmètre International).

En cas de mission à l'étranger d'une durée supérieure à un (1) mois, ou d'affectation à l'étranger, vos Garanties de base au titre du Contrat collectif n°2024-FR-MAO qui sont exposées à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information (périmètre France) sont suspendues. Dans ce cas, vous bénéficiez uniquement des Garanties prévues dans le cadre du contrat collectif n°2024-I-MAO (périmètre International).

La coordination des Garanties prévues au titre des périmètres France et International, relève de la responsabilité de la Mutuelle. Sous réserve de disposer des informations nécessaires à votre affiliation dans le cadre du contrat collectif n°2024-I-MAO (périmètre International), Unéo assure la continuité de votre couverture lorsque vous êtes envoyés en mission ou affectés à l'étranger.

## ARTICLE 7.3 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF N°2024-FR-MAF-AYF

Les stipulations du présent article 7.3 sont applicables exclusivement aux Agents actifs qui ont adhéré de manière facultative aux Garanties optionnelles du Contrat collectif n°2024-FR-MAF-AYF, ainsi qu'à leurs Ayants droit, éventuellement affiliés audit contrat.

En cas de mission à l'étranger d'une durée de moins d'un (1) mois, vous et vos Ayants droit conservez le bénéfice des Garanties couvertes par le Contrat collectif susvisé, et qui sont exposées à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information (périmètre France). Vous et vos Ayants droit bénéficiez également des Garanties du Contrat collectif n°2024-I-AYF (périmètre International), sous réserve pour vos Ayants droit qu'ils vous suivent à l'étranger pour la même durée.

En cas de mission à l'étranger d'une durée supérieure à un (1) mois, ou d'affectation à l'étranger, les Garanties couvertes par les Contrat collectif facultatif susmentionné, et qui sont exposées à l'Annexe 1 de la présente Notice d'information (périmètre France), dont bénéficient vos Ayants droit, sont suspendues. Dans ce cas, vos Ayants droit bénéficient uniquement des Garanties prévues dans le cadre du Contrat collectif n°2024-I-AYF (périmètre International).

Par exception à l'alinéa précédent, les Ayants droit de Militaires d'active envoyés en mission ou affectés à l'étranger, qui restent domiciliés en France, conservent leur couverture au titre du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF (périmètre France).

La coordination des Garanties prévues au titre des périmètres France et International, relève de la responsabilité de la Mutuelle. Sous réserve de disposer des informations nécessaires à l'affiliation des Militaires d'active dans le cadre du Contrat collectif n°2024-I-MAO (périmètre International), Unéo assure la continuité de la couverture des Ayants droit des Militaires d'active en mission ou affectés à l'étranger.

**ARTICLE 8.  
SI J'AI BÉNÉFICIÉ DE  
REMBOURSEMENTS SUITE  
À UN DOMMAGE CAUSÉ PAR  
UN TIERS, QUE SE PASSE-T-IL ?**

---



Les Prestations versées au titre du Contrat collectif ont un caractère indemnitaire.

Lorsque vous ou vos Ayants droit affiliés au Contrat collectif, êtes atteints d'une affection ou êtes victime d'un Accident susceptible de donner lieu à indemnisation par un tiers responsable, Unéo dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation, ou son assureur.

Cela signifie que vos dépenses de santé ou celles de vos Ayants droit seront prises en charge normalement par Unéo. La Mutuelle sera substituée dans vos droits pour réclamer au tiers responsable une indemnisation.

Les stipulations du présent article 8 sont valables aussi bien pour les Prestations versées au titre du Contrat collectif obligatoire n°2024-FR-MAO, que celles versées au titre du Contrat collectif facultatif n°2024-FR-MAF-AYF.

# ARTICLE 9. STIPULATIONS COMMUNES AUX GARANTIES DE BASE ET AUX GARANTIES OPTIONNELLES

---



Les stipulations du présent article 9 sont communes :

- aux Garanties de base des Agents actifs (Contrat collectif à adhésion obligatoire n°2024-FR-MAO),
- aux Garantie de base de leurs Ayants droit, ainsi qu'aux Garanties optionnelle bénéficiant à la fois aux Agents actifs et à leurs Ayants droit (Contrat collectif à adhésion facultative n°2024-FR-MAF-AYF).

## ARTICLE 9.1 J'AI UNE QUESTION OU UNE RÉCLAMATION, À QUI DOIS-JE M'ADRESSER ?

### ARTICLE 9.1.1 ESPACE PERSONNEL ASSURÉ « MON COMPTE »

La fourniture ou mise à disposition des informations ou documents au titre du Contrat collectif, peut être effectuée par la Mutuelle sur un support durable autre que le papier.

Au préalable, puis annuellement, la Mutuelle devra vérifier que le support de communication envisagé est adapté à votre situation. Vous serez informé de la poursuite des relations contractuelles sur un support durable autre que le papier, ainsi que de votre droit de vous opposer à l'utilisation du support envisagé dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Vous pouvez effectuer, dans les mêmes conditions, l'ensemble des formalités et obligations qui vous incombent, sur tout support durable autre que le papier convenu avec la Mutuelle.

Afin de faciliter les échanges d'informations et de documents au titre du Contrat collectif, de garantir leur accessibilité et leur conservation, la Mutuelle met à votre disposition un espace digital (dénommé « Mon compte » dans le cadre de la présente Notice d'information) dont l'accès est sécurisé par un mot de passe confidentiel, propre à chaque Membre participant. Cet Espace assuré est accessible directement via le site internet de la Mutuelle, ainsi que sur une application mobile dédiée. Lors de votre affiliation au Contrat collectif, la Mutuelle vous communiquera les informations nécessaires à votre connexion à votre Espace assuré « Mon compte » (identifiants et mot de passe).

L'Espace assuré vous permet notamment de gérer vos informations personnelles (et celles de vos Ayants droit qui sont affiliés à titre facultatif au contrat collectif qui leur est dédié), d'accéder à votre carte de tiers payant dématérialisée, de consulter vos tableaux de garanties ainsi que vos demandes et les détails de vos remboursements.

### ARTICLE 9.1.2 : LITIGES

#### a. Informations sur les Contrats collectifs

Si vous et/ou vos Ayants droit souhaitez obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application des Contrats collectifs objets du présent article, notamment au moment de votre affiliation en tant qu'Agent actif au régime « de base » ou de votre adhésion en cette qualité au régime optionnel, vous pouvez vous adresser en priorité à votre interlocuteur habituel chez votre Employeur et, à défaut, à Unéo.

#### b. Réclamations

Constitue une réclamation l'expression d'un mécontentement émanant de toute personne (Souscripteur, Bénéficiaire, ancien Bénéficiaire, ...), y compris en l'absence de relation contractuelle avec Unéo, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée.

Une réclamation au sujet des Contrats collectifs peut être effectuée selon les modalités suivantes :

**Par courrier à l'adresse :**  
**Unéo – Service Réclamation**  
**48 rue Barbès**  
**92544 Montrouge Cedex**

**Par téléphone au numéro suivant : 0 970 809 709**  
**Sur l'Espace assuré « Mon compte » dans l'onglet :**  
**<https://monespacepersonnel.groupe-uneo.fr/>**

Lorsque la réclamation est formulée par écrit, le service réclamation en accusera réception dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation écrite.

Lorsque la réclamation est formulée oralement par téléphone, vous ou vos Ayants droit serez invités à la formuler par écrit.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de deux (2) mois pour apporter une réponse à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si la réponse apportée ne vous satisfait pas, vous ou vos Ayants droit disposez d'un recours auprès du médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 9.2.3 de la présente Notice d'information.

#### c. Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable dans les conditions prévues à l'article 9.1.2 de la présente Notice d'information, vous ou vos Ayants droit pouvez saisir, au plus tard dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite, le médiateur dont relève la Mutuelle à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française**  
**FNMF**  
**255 rue de Vaugirard**  
**75719 PARIS Cedex 15**  
**ou via le site internet [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)**

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est accessible sur le site : [www.mediateur-mutualite.fr](http://www.mediateur-mutualite.fr)

Ce recours est gratuit et doit être rédigé en langue française.

L'avis du médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de réception du dossier complet, notamment de la réception des éléments d'information du réclamant et de la note de synthèse d'Unéo.

En cas d'échec de ces démarches, vous ou vos Ayants droit conservez l'intégralité de vos droits à agir en justice.

#### d. Recours contentieux

Tout litige résultant de l'interprétation ou de l'exécution des Contrats collectifs objets du présent article, relèvera de la compétence du Tribunal administratif de Paris, sis 7 rue de Jouy, 75181 PARIS Cedex 4.

## ARTICLE 9.2 CONTRÔLE DES PRESTATIONS

À toute époque et sous peine de déchéance de vos droits à Garantie, Unéo se réserve le droit de procéder à un contrôle des prestations engagées auprès des professionnels de santé.

## ARTICLE 9.3 AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

L'autorité chargée du contrôle d'Unéo est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel  
et de Résolution (ACPR)  
4 place de Budapest  
CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

## ARTICLE 9.4 PRESCRIPTION

Conformément à la législation en vigueur, toutes les actions dérivant des opérations régies par les Contrats collectifs du régime « de base » et du régime optionnel sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru du fait du Bénéficiaire, que du jour où Unéo 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 du Souscripteur ou Bénéficiaire contre Unéo 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 Souscripteur ou le Bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant du présent Contrat collectif est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, adressé par Unéo au dernier lieu de domiciliation connu du Souscripteur ou du Membre participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, adressé par le Souscripteur ou le Membre participant à Unéo en ce qui concerne le règlement d'une indemnité ;
- soit par la désignation de l'expert à la suite d'un sinistre ;

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par Unéo du droit à bénéficier de la Garantie contestée ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (par exemple : une saisie conservatoire) ;
- un acte d'exécution forcée (par exemple : commandement de payer, saisie) ;
- l'exercice d'une action en justice y compris en référé, même lorsque l'action a été exercée devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure. L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant deux (2) ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat collectif ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

## ARTICLE 9.5 PROTECTION À L'ÉGARD DU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), à la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et au règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du conseil du 27 avril 2016, (dit « règlement général sur la protection des données »), vous reconnaissez avoir été informé par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

1. Vos données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- l'adhésion, l'affiliation, la gestion y compris commerciale et l'exécution du Contrat collectif (base contractuelle) ;
- la gestion des réclamations (base intérêt légitime) ;
- la gestion des contentieux (base obligation légale) ;

- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement (base intérêt légitime) ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à votre inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme (base obligation légale).

Conformément aux dispositions du RGPD, chaque traitement de données à caractère personnel doit être fondé sur une des bases légales prévues par le RGPD. Dans le cadre de la souscription et l'exécution des contrats de frais de santé les différents traitements sont fondés sur l'obligation légale, l'exécution du contrat et l'intérêt légitime du responsable de traitement.

Vous reconnaissez que la collecte et le traitement de vos données à caractère personnel sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des Contrats collectifs objets de la présente Notice d'information, ainsi qu'aux autres finalités connexes.

Les destinataires de vos données peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les réassureurs et les organismes professionnels habilités.

Par principe, la Mutuelle ne communique pas d'informations à caractère personnel à des partenaires commerciaux. Cette communication, si elle a lieu, se fait après consentement préalable de la personne concernée, et ce consentement peut être révoqué à tout moment.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures techniques et organisationnelles nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données traitées. À cet égard, la Mutuelle attache une importance particulière au respect des mesures spécifiques issues du Code de la défense en matière de protection des données des personnels militaires.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle et pendant la durée de conservation légale qui suit son terme, soit en principe cinq (5) ans.

2. En application de la réglementation en vigueur, vos Ayants droit et vous-même disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité et le cas échéant de suppression des données vous concernant, et vous pouvez vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Vous pouvez également définir des directives pour vos données en cas de décès.

Ces droits peuvent être exercés sur simple demande écrite adressée au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la Mutuelle, par courrier au 48 rue Barbès - 92544 Montrouge Cedex ou par courriel à : [protection.des.donnees@groupe-uneo.fr](mailto:protection.des.donnees@groupe-uneo.fr), et en justifiant d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07).

Tout consommateur qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement sur Bloctel, la liste d'opposition au démarchage téléphonique (décret n° 2015-556 du 19 mars 2015 relatif à la liste d'opposition au démarchage téléphonique).

# **ANNEXE 1**

# **TABLEAUX DES GARANTIES**



## TABLEAU DES GARANTIES DE BASE DES AGENTS ACTIFS AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MAO

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale au régime obligatoire des militaires affectés en métropole et dans les DROM COM.

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

Poste de soins	Panier de soins France
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires <sup>(1)</sup>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 %
Forfait journalier hospitalier (FJH)	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Participation du patient	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels
Forfait Patient Urgences	100 %
Frais de séjour	
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	50 € / nuit
Soins de suite	40 € / nuit
Psychiatrie	45 € / nuit
Ambulatoire	25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	25 € / nuit
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Actes Techniques Médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	180 %
Télésurveillance médicale	
Télésurveillance médicale	100 %
Radiologie	
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	170 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	150 %
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Sages-femmes	100 %
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an
Matériel médical	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %
<b>Dentaire</b>	
Soins et prothèses 100% Santé <sup>(2)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
Soins (hors 100 % Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %

Poste de soins	Panier de soins France
Prothèses (hors 100 % Santé)	
Panier Maîtrisé	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
Panier Libre	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
Implantologie	
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant <sup>(5)</sup>	200 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
Orthodontie	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	400 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre
Aides auditives	
Equipements 100 % Santé <sup>(2) (3)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre pour les personnes de 20 ans et plus <sup>(3)</sup>	1 200 € / oreille
Equipements à tarif libre pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge <sup>(3)</sup>	1 700 € / oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	250%
Optique	
Equipements 100 % Santé <sup>(2)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
Monture	100 % + 70 € / monture
Verres	Cf. grille optique
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables <sup>(4)</sup>	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	500 € / an
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6	60 €
Sphère < 6 ou Sphère > 6	110 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	110 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	110 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	110 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4	150 €
Sphère < - 4 ou > + 4	200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	150 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	150 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	200 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	200 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	200 €
Autres postes	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure- podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	5 séances par an dans la limite de 30€ / séance

Poste de soins	Panier de soins France
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	100 % dans la limite de 8 séances par an
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	30 € / séance dans la limite de 10 séances par an
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	100 € / an
Contraception, tests de grossesse	100 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis règlementairement par le code de la Sécurité sociale.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

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

Les couronnes sur implants sont remboursées à hauteur de 200 € par couronne pour les 2 premières, puis le taux appliqué pour les suivantes sera celui des prothèses fixes.

## TABLEAU DES GARANTIES DES AGENTS ACTIFS ET DE LEURS AYANTS DROIT AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

Garanties y compris le remboursement de la Sécurité sociale et option au régime obligatoire des militaires affectés en métropole et dans les DROM COM ainsi que leurs ayants droit

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

Ces garanties comprennent le panier de soins et l'option.

Poste de soins	Panier de soins + Option
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires <sup>(1)</sup>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200%
Forfait journalier hospitalier (FJH)	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Participation du patient	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels
Forfait Patient Urgences	100 %
Frais de séjour	
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité	70€ / nuit
Soins de suite	50€ / nuit
Psychiatrie	55€ / nuit
Ambulatoire	30€ / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné	40€ / nuit
Etablissement non conventionné	30€ / nuit
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Actes Techniques Médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220 %
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 %
Télésurveillance médicale	
Télésurveillance médicale	100 %
Radiologie	

Poste de soins	Panier de soins + Option
<b>Actes d'imagerie médicale</b>	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	220%
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%
Masseurs-kinésithérapeutes	130 %
Sages-femmes	100 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	
Analyses et examens de laboratoire	100 %
<b>Médicaments</b>	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an
<b>Matériel médical</b>	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	350 %
<b>Frais de transport en véhicule sanitaire</b>	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %
<b>Dentaire</b>	
Soins et prothèses 100% Santé <sup>(2)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
<b>Soins (hors 100 % Santé)</b>	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %
<b>Prothèses (hors 100 % Santé)</b>	
<b>Panier Maîtrisé</b>	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	475 %
Prothèses amovibles	475 %
Prothèses provisoires	450 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	375 %
<b>Panier Libre</b>	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	475%
Prothèses amovibles	475%
Prothèses provisoires	450 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	375 %
<b>Implantologie</b>	
Implants	700 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant <sup>(5)</sup>	400 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	450 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	450 € / semestre
<b>Aides auditives</b>	
Équipements 100 % Santé <sup>(2) (3)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
Équipements à tarif libre pour les personnes de 20 ans et plus <sup>(3)</sup>	1 500 € / oreille
Équipements à tarif libre pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge <sup>(3)</sup>	1 700 € / oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	350%
<b>Optique</b>	
Équipements 100 % Santé <sup>(2)</sup>	Remboursement total de la dépense engagée
<b>Équipements à tarif libre</b>	
Monture	100 € / monture
Verres	Cf. grille optique
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables <sup>(4)</sup>	200 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	750€/an
<b>Grille optique</b>	
<b>Type de verre (remboursement par verre)</b>	
<b>Verre unifocal, sphérique</b>	
Sphère de - 6 à + 6	90€
Sphère < 6 ou Sphère > 6	150€
<b>Verre unifocal, sphéro-cylindrique</b>	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	90€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	90€
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	150€

Poste de soins	Panier de soins France
Cylindre $\geq + 0,25$ , sphère $< - 6$	150 €
Cylindre $> + 4$ , sphère de $- 6$ à $0$	150 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de $- 4$ à $+ 4$	200€
Sphère $< - 4$ ou $> + 4$	250€
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre $\leq + 4$ , sphère de $- 8$ à $0$	200€
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $\leq + 8$	200€
Cylindre $> + 4$ , sphère de $- 8$ à $0$	250€
Sphère $> 0$ et (sphère + cylindre) $> + 8$	250€
Cylindre $\geq + 0,25$ , sphère $< - 8$	250€
<b>Autres postes</b>	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	5 séances par an dans la limite de 50€ / séance
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue remboursé par la Sécurité sociale	100 % dans la limite de 8 séances par an
Psychologue non remboursé par la Sécurité sociale	
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	40 € / séance dans la limite de 10 séances par an
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	150 € / an
Contraception, tests de grossesse	150 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	300 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

(5) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

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

(7) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

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

(9) Les couronnes sur implants sont remboursées à hauteur de 200 € par couronne pour les 2 premières, puis le taux appliqué pour les suivantes sera celui des prothèses fixes.

## PRÉCISIONS SUR LES GARANTIES

### ACTES CLINIQUES :

Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes, y compris stomatologues et nutritionnistes.

### ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX :

Actes médicaux (hors diagnostic) réalisés par les médecins et remboursés par le Régime Obligatoire.

### AIDES AUDITIVES :

#### • Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe I) :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du Dispositif « 100% Santé » sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

#### • Dispositif dit « 100% Santé » (dits de Classe II) :

Les actes relatifs à l'audiologie remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif libre » sont pris en charge à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties, **dans la limite de 1700 euros par oreille et par bénéficiaire (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).**

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement par oreille tous les quatre (4) ans à compter de la date d'acquisition. La date d'acquisition s'entend comme la date de dernière facturation d'un équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille. Cette limite tient compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire, au cours de la période susmentionnée.

### **CHAMBRE PARTICULIÈRE :**

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturée au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturée lorsque la prescription médicale impose l'isolement, par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

### **CHIRURGIE RÉFRACTIVE (CHIRURGIE DE L'ŒIL) :**

Différentes techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie au laser, qui est la plus fréquente) permettent de corriger les défauts visuels.

Le Régime Obligatoire ne prend pas en charge ces opérations. La Chirurgie réfractive comprend les opérations de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie... En revanche, la cataracte n'est pas incluse dans la Chirurgie réfractive.

### **CURE THERMALE :**

La Garantie cure thermale a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (nuitée) à l'exclusion des frais de repas.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au Contrat pour chaque acte.

### **DENTAIRE :**

#### **Prothèses dentaires :**

La Garantie Prothèses prend en charge les couronnes et bridges, Inlays Core, Prothèses dentaires amovibles et autres Prothèses dentaires remboursées par le Régime Obligatoire.

#### • Dispositif dit « 100% Santé » :

Le dispositif « 100% santé » s'applique en fonction de la localisation de la dent et du type de prothèse dentaire, tel que défini par la réglementation. Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du dispositif « 100% Santé », sont pris en charge à 100% des frais réels dans la limite des Honoraires limites de facturation (H.L.F) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

#### • Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Les actes relatifs aux soins et prothèses dentaires remboursés par le Régime Obligatoire et faisant partie du « tarif maîtrisé » ou « libre » sont pris en charge à hauteur des garanties fixées au Tableau des garanties, limitées aux Honoraires limites de facturation (H.L.F) pour le tarif maîtrisé, et sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Concernant les prothèses dentaires non remboursées par le Régime Obligatoire : sont uniquement concernées les couronnes sur dents vivantes. La Base de remboursement correspond à celle retenue par le Régime Obligatoire pour les couronnes remboursées.

### **IMPLANTOLOGIE DENTAIRE :**

Pour chaque implant dentaire, la Mutuelle prend en considération pour le versement de la Prestation, la première date effective de soins réalisés par le professionnel de santé. Les prothèses sur implant sont garanties au titre du poste "Prothèses dentaires".

### **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :**

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son Hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

### **FORFAIT PATIENT URGENCES :**

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgences pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation. Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

### **HONORAIRES DE DISPENSATION :**

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un Médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Ces honoraires sont pris en charge partiellement ou totalement par le Régime Obligatoire et par le Contrat collectif (prise en charge du Ticket modérateur) à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de Médicaments remboursables.

### **HONORAIRES LIMITES DE FACTURATION (H.L.F.) :**

Montants maximums définis par arrêté pouvant être facturés au Membre participant à la date des soins par un chirurgien-dentiste conventionné avec le Régime Obligatoire. Les Honoraires limites de facturation (H.L.F.) sont appliqués aux prothèses dentaires identifiées dans les dispositifs dits « 100% Santé » et à « tarif maîtrisé ».

### **HOSPITALISATION :**

L'Hospitalisation désigne généralement un séjour dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une Maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

L'Hospitalisation ambulatoire recouvre les séjours sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse,).

L'Hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'Hospitalisation classique, et permet d'assurer des soins chez le patient.

### **IMAGERIE MÉDICALE :**

L'Imagerie médicale est utilisée à des fins cliniques afin de pouvoir proposer un diagnostic ou un traitement. Il existe plusieurs techniques d'Imagerie médicale : radiologie, échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), endoscopie, scanner, laser.

### **INLAY CORE :**

Dispositif prothétique servant de support pour la mise en place d'une couronne. Il est nécessaire lorsque la dent est très délabrée. Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats santé dits « responsables », en sus du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% Santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte.

### **INLAYS-ONLAYS :**

Ces techniques permettent de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Différents matériaux peuvent être utilisés (en métal, en composite ou en céramique).

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les Inlays-Onlays ne figurent pas dans le panier « 100 % Santé ». Ils figurent en revanche dans le panier dit « modéré » lorsqu'ils sont réalisés en composite ou alliage non précieux et dans le panier dit « libre » lorsqu'ils sont en céramique ou en alliage précieux.

Ce sont les seuls soins conservateurs pour lesquels le chirurgien-dentiste peut facturer un tarif supérieur à la base de remboursement. Le tarif des Inlays-Onlays composite ou en alliage non précieux sera toutefois plafonné. Celui des Inlays-Onlays en céramique ou alliage précieux restera quant à lui libre.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

### **MÉDECINES DOUCES :**

Concerne des pratiques thérapeutiques non remboursées par le Régime Obligatoire ; seules sont remboursées par le régime les pratiques listées, dans la limite du forfait annuel indiqué qui s'applique pour chaque Bénéficiaire et pour l'ensemble des pratiques de la liste ; il peut être utilisé en une ou plusieurs fois sur l'année civile.

Les actes doivent être pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état ou ayant obtenu un diplôme délivré par des établissements agréés, dans sa spécialité ou ayant enregistré son diplôme dans les répertoires nationaux RPPS ou ADELI.

### **MÉDICAMENTS :**

Les Médicaments disponibles en pharmacie sont classés en catégories correspondant à différents niveaux de prise en charge.

Il existe quatre (4) taux de remboursement des Médicaments :

- 100 % pour les Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux ;
- 65 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est majeur ou important (90 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 30 % pour les Médicaments dont le Service médical rendu est modéré et certaines préparations magistrales (80 % pour le régime Alsace Moselle) ;
- 15 % pour les Médicaments à Service médical rendu faible.

Les montants et Taux de remboursement sont communiqués par le pharmacien lors de la délivrance. Ils sont inscrits sur la facture remise par le pharmacien.

Un Médicament doit avoir fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Certains Médicaments ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale. D'autres peuvent être délivrés par votre pharmacien sans prescription (Médicaments dits à « prescription médicale facultative »). Le Régime Obligatoire ne rembourse que les Médicaments ayant fait l'objet d'une prescription médicale.

Les prix des Médicaments non remboursables par le Régime Obligatoire sont libres et peuvent varier d'une pharmacie à l'autre.

### **NOMENCLATURE :**

Les Nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime Obligatoire

Elles définissent également les conditions de leur remboursement.

Les principales Nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sage-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...) et l'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),
- pour les Actes techniques médicaux et dentaires (actes de chirurgie, anesthésie, ...), il s'agit de la classification commune des actes médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM),
- pour les biens médicaux (appareillage ...) hors Médicaments, il s'agit de la liste des produits et prestations (LPP) ;
- pour les soins hospitaliers il s'agit de groupes homogènes de séjours (GHS).

### **OPTIQUE :**

- Pour les équipements « 100% Santé » (dits de Classe A) :

La prestation est remboursée à hauteur de 100% des frais réels dans la limite des Prix limites de vente (P.L.V.) sous déduction des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Sont également remboursées selon les mêmes conditions, la Prestation d'appairage et la Prestation d'adaptation visuelle et le supplément applicable pour les verres avec filtre (selon les conditions définies par la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale) en cas d'acquisition de verres de Classe A quelle que soit la Classe dont relève la monture (Classe A ou Classe B).

- **Pour les équipements « Hors 100% Santé » (dits de Classe B) :**

La prestation est remboursée à hauteur de la garantie fixée au Tableau des garanties dans les limites prévues par le tableau ci-dessous (incluant la part prise en charge par le Régime Obligatoire).

Quel que soit le dispositif choisi, le remboursement de la monture est toujours limité à 100 euros (remboursements effectués par le Régime Obligatoire inclus).

Lorsque vous optez pour un équipement mixte (monture dans le Dispositif dit « 100% Santé » et verres dans le Dispositif dit « Hors 100% Santé » ou inversement), le remboursement s'effectue comme suit :

- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « 100% Santé » : prise en charge intégrale dans la limite des Prix limites de vente,
- Pour la partie de l'équipement relevant du Dispositif dit « Hors 100% Santé » : prise en charge dans la limite du plafond « Hors 100% Santé », déduction faite du coût de la partie de l'équipement « 100% Santé » et dans la limite de 100 euros pour la monture.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage.

Dans tous les cas, les montants des Garanties doivent être comprises entre les minima et maxima conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables aux contrats « responsables » indiqués ci-dessous :

Ces remboursements sont prévus dans la limite de l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de :

- **deux (2) ans pour les bénéficiaires âgés de 16 ans et plus. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue,** définie réglementairement et attestée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ou d'adaptation de la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance par un professionnel de santé conformément à la réglementation,
- **un (1) an** pour les bénéficiaires de moins de 16 ans. Aucun délai de renouvellement n'est applicable **pour les verres** en cas d'évolution de la vue, définie réglementairement et objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale,
- **six (6) mois** pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage, entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné ci-dessus s'applique.

Ces limites courent à compter de la date d'acquisition figurant sur la facture remise par le professionnel de santé d'un équipement ou d'un des éléments de l'équipement. Elles tiennent compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées par le Régime Obligatoire au cours des périodes susmentionnées. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément, sous réserve de la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Par dérogation à ce qui précède, un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, et sous réserve de la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant l'existence d'une situation médicale particulière mentionnée dans cette liste.

#### **PETIT APPAREILLAGE ET GRAND APPAREILLAGE :**

Tel que défini par le Régime Obligatoire ou précision indiquée dans le tableau des garanties.

#### **PRESTATION D'ADAPTATION VISUELLE :**

Lors du renouvellement d'une ordonnance médicale de verres correcteurs par un professionnel de santé autorisé, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par ce dernier afin d'actualiser l'ordonnance.

#### **PRESTATION D'APPAIRAGE :**

Dans les cas où un patient a besoin d'un équipement optique avec 2 types de verres différents (indices de réfraction différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par le professionnel de santé. Lorsqu'elle concerne l'achat de verres de Classe A, cette prestation est intégrée dans le Dispositif dit « 100% Santé ».

#### **PRIX LIMITE DE VENTE (P.L.V.) :**

Le Prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un Prix limite de vente, le prix est libre.

La Base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le Régime Obligatoire est assortie d'un Prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « Équipements 100% Santé » ont des Prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les Bénéficiaires n'aient aucun Reste à charge sur ces équipements.

#### **RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE**

Régime Obligatoire (RO) ou tout autre régime français d'assurance maladie de base auquel un Bénéficiaire est affilié en vertu du Code de la sécurité sociale. Cela concerne notamment le régime d'assurance volontaire contre les risques maladie et maternité organisé par les articles L.762-5 à L.762-6-5 du Code de la sécurité sociale.

#### **SERVICE MÉDICAL RENDU (S.M.R.) :**

Critère utilisé en santé publique pour classer les Médicaments en fonction de l'efficacité et l'utilité des Médicaments (majeur/important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

#### **SEVRAGE TABAGIQUE :**

Tout substitut nicotinique, tel que prévu dans la « Liste des substituts nicotiniques pris en charge par l'Assurance maladie » non prescrit par un médecin et donc non remboursé par le Régime Obligatoire.

# **ANNEXE 2**

# **TABLEAUX DES COTISATIONS**



## TABLEAU DES COTISATIONS DES AGENTS ACTIFS À LEURS GARANTIES DE BASE AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE N°2024-FR-MA0

Bénéficiaires actifs	Cotisation TTC
Cotisation mensuelle appelée 2025 des Militaires actifs	46,66 €

## TABLEAU DES COTISATIONS DES AGENTS ACTIFS À LEURS GARANTIES OPTIONNELLES AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### RÉGIME OPTIONNEL

Bénéficiaires actifs	Cotisation TTC
Cotisation mensuelle appelée 2025 des Militaires actifs	3,28 €

## TABLEAU DES COTISATIONS DES AYANTS DROIT À LEURS GARANTIES DE BASE AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### RÉGIME DE BASE

Ayants droit de Militaires actifs	Cotisation TTC
Cotisation mensuelle appelée 2025 des conjoints de Militaires actifs	67,26 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de moins de 21 ans	42,32 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de plus de 21 ans	47,02 €

## TABLEAU DES COTISATIONS DES AYANTS DROIT À LEURS GARANTIES OPTIONNELLES AU TITRE DU CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE N°2024-FR-MAF-AYF

### RÉGIME OPTIONNEL

Ayants droit de Militaires actifs	Cotisation TTC
Cotisation mensuelle appelée 2025 des conjoints de Militaires actifs	4,22 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de moins de 21 ans	3,08 €
Cotisation mensuelle appelée 2025 des enfants de Militaires actifs de plus de 21 ans	3,08 €

# **ANNEXE 3**

# **SERVICES PROPOSÉS**



Les Agents actifs et leurs Ayants droit Bénéficiaires des Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF pourront disposer des services suivants :

**Téléconsultation avec notre partenaire Santéclair**

**Un deuxième avis médical avec notre partenaire sur sa plateforme [deuxiemeavis.fr](https://deuxiemeavis.fr)**

**Des services d'assistance sur les piliers « Santé » et « Difficultés et coups durs » en partenariat avec Fidélia Assistance**

**Accès à un réseau de soins dans les domaines Optique, Dentaire, Audition, et Médecines douces (ostéopathe, chiropracteur, et diététicien) en partenariat avec Santéclair**

# **ANNEXE 4**

# **ACTIONS DE PRÉVENTION**



Les co-assureurs mettent œuvre au profit des Bénéficiaires des Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et n°2024-FR-MAF-AYF, des actions de prévention dans les domaines suivants :

### AXES DE PRIORITÉ 1

- Stress/Sommeil/Santé mentale et équilibre psychique
- Santé Bucco-dentaire
- Addictions/Sécurité routière
- Nutrition/Surpoids
- Activité physique
- Diabète

### AXES DE PRIORITÉ 2

- Sortie d'hospitalisation
- Soutien à la parentalité

**ANNEXE 5**  
**PRESTATIONS**  
**D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

---

Les Bénéficiaires des Contrats collectifs n°2024-FR-MAO et 2024-FR-MAF-AYF pourront, sous réserve de remplir les conditions éventuellement requises aux Conditions générales et/ou particulières de ce Contrat, bénéficier des prestations d'accompagnement social suivantes :

<b>Aide financière pour aller voir un proche hospitalisé, blessé ou malade du 57ème jour calendaire après le premier jour d'hospitalisation, jusqu'à la fin de l'hospitalisation du blessé</b>
<b>Aide financière au soutien scolaire (pour les cas autres que l'absence opérationnelle ou d'hospitalisation)</b>
<b>Aide financière à l'obtention du permis de conduire</b>
<b>Aide financière à la pratique d'une activité artistique</b>
<b>Aide financière pour la pratique d'une activité sportive</b>
<b>Aide financière en cas de reste à charge en santé</b>
<b>Prise en charge du déplacement d'un proche pour venir s'occuper des enfants au domicile en cas d'incapacité du Bénéficiaire (immobilisation, soins de suite et de rééducation)</b>
<b>Garde des animaux de compagnie en cas d'incapacité du Bénéficiaire</b>
<b>Aide à l'accession à un logement social à la suite de la perte du logement concédé par nécessité de service</b>
<b>Garantie prêt immobilier</b>
<b>Caution solidaire dans le cas d'une location</b>

# Merci !



Unéo, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 503 380 081, dont le siège social est au 48 rue Barbès 92544 Montrouge Cedex.

GMF ASSURANCES - Société anonyme au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - 398 972 901 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret - Adresse postale : 45930 Orléans cedex 9 - IDU REP Eco circulaire : FR231754\_03AYXP

FIDELIA Assistance, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 377 768 601, dont le siège social est au 26 quai Carnot 92210 Saint-Cloud.

Pour la téléconsultation et le 2nd avis médical :

Santéclair, Société anonyme au capital de 3 834 029 euros, immatriculée au RCS de Nantes sous le numéro 428 704 977, ayant son siège social au 7 Mail Pablo Picasso - 44 046 Nantes Cedex 1