

MUTUELLE AUTONOME GENERALE DE L'EDUCATION

Règlement mutualiste

MAGE
mutuelle de l'éducation
santé • prévoyance • et plus

Adopté par l'assemblée générale du
28/04/2018

Applicable au 01/07/2018

**MUTUELLE AUTONOME GENERALE DE L'EDUCATION
dite "MAGE"**

REGLEMENT MUTUALISTE

ADHESIONS INDIVIDUELLES ET FAMILIALES

**Adopté par l'assemblée générale lors de sa réunion du 28/04/2018
et applicable au 01/07/2018**

Article 1 – Objet du règlement mutualiste

En conformité avec l'article L114-1 du Code de la mutualité, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant de la MAGE, mutuelle adhérente à l'UITSEM, en ce qui concerne les prestations directement garanties par la MAGE et les cotisations correspondantes directement perçues pour les branches d'activité pour lesquelles l'UITSEM (immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 330.176.413) est agréée en conformité avec ses statuts et dans le cadre de la convention de substitution conclue entre la MAGE et l'UITSEM en date du 20/12/2002.

Ce règlement mutualiste ne prévoit pas les conditions exigées et les avantages servis par d'autres organismes d'assurance auprès desquels la mutuelle MAGE facilite l'adhésion aux membres adhérents qui choisissent d'y souscrire.

Article 2 – Modifications du règlement mutualiste

Les dispositions du présent règlement mutualiste peuvent être modifiées par l'Assemblée Générale de la MAGE.

Toute modification du Règlement Mutualiste doit être portée à la connaissance des membres participants de la MAGE et ne peut leur être appliquée qu'après cette notification.

Article 3 – Objet des garanties

Les garanties ont pour objet la prise en charge de frais consécutifs aux dommages corporels résultant de maladie ou d'accident ou du décès d'un membre adhérent, participant ou rattaché.

Cette prise en charge couvre en tout ou partie des débours occasionnés soit :

- par des remboursements complémentaires à ceux des régimes d'assurance maladie obligatoire pour la couverture des frais engagés en cas de soins médicaux dès lors que ceux-ci ont donné lieu à prise en charge par le régime légal d'obligation auquel est affilié le membre adhérent,
- par des allocations forfaitaires versées indépendamment du régime légal d'obligation pour des prestations, des produits ou des matériels sanitaires ou à l'occasion d'évènements de santé de nature médicale, ou même simplement physiologique touchant le membre adhérent,
- par le versement d'une allocation forfaitaire pour frais d'obsèques du membre adhérent en cas de décès.

Dans tous les cas les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité ou les allocations versées ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre adhérent après les remboursements ou prises en charge de toute origine auxquels il a droit.

Article 4 – Modalités des adhésions individuelles et catégories des membres

L'adhésion individuelle est viagère.

L'adhésion n'est soumise à aucun droit d'entrée ni frais de dossier.

L'adhésion doit survenir pendant la période d'activité professionnelle, au-delà elle fait l'objet d'un examen d'admission particulier et peut être refusée.

L'adhésion individuelle est obligatoirement familiale sauf pour les membres de la famille soumis à une couverture obligatoire auprès d'un autre organisme. Chacun des membres dispose du libre choix de leur formule de couverture de garanties.

La demande d'adhésion se fait en complétant la fiche de renseignements et de demande d'admission et en fournissant les pièces justificatives de situation professionnelle, en particulier le dernier bulletin de salaire, tout titre de revenus, de situation familiale et des couvertures d'assurance santé et prévoyance auprès d'un précédent assureur.

Les adhésions sont valables pour l'année civile et se renouvellent chaque année par tacite reconduction.

Les mariages, pacs, concubinage, naissances ou adoptions doivent être déclarés dans le mois de survenance de l'évènement.

Les changements de niveau de garanties sont possibles tous les trimestres civils, moyennant un préavis de deux mois, avec maintien du nouveau niveau de garanties au minimum jusqu'à la fin de l'année civile suivante.

Ne peuvent bénéficier des garanties de l'option MAGE Tremplin que des adhérents âgés de moins de 30 ans.

Les catégories de membre résultent de la situation personnelle pour les membres participants et familiale pour les membres rattachés.

De façon générale toutes les catégories de membre peuvent choisir leur formule de garanties de santé, sauf la catégorie P qui est limitée aux contrats non responsables.

Par ailleurs certaines catégories n'ont pas la possibilité de souscrire des garanties de prévoyance sans objet pour leur situation particulière.

Article 5 – La Démission – La Radiation – La Suspension

La Démission doit être formulée par lettre recommandée en respectant un délai de deux mois avant la fin de l'engagement annuel (le cachet de la poste faisant foi), soit avant le 31 octobre pour le 31 décembre, dans le respect des dispositions de la loi du 26 janvier 2005.

En cas de couverture obligatoire dans le cadre d'un contrat collectif, d'attribution de la CMU-C ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS), la radiation est possible en cours d'année. Un éventuel trop perçu de cotisations sera remboursé à effet du premier jour du mois suivant la production du justificatif.

La résiliation prend effet un mois après la notification conformément à l'article L221-17 du Code de la mutualité.

A défaut de paiement d'une cotisation annuelle ou d'une fraction de cotisation due, dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, les garanties sont suspendues 30 jours après la mise en demeure adressée au membre participant ou rattaché.

Pour tout incident de paiement la mutuelle appliquera une pénalité de 10 € au titre des frais bancaires et de gestion.

Tout incident de paiement entraîne l'arrêt immédiat de l'accès au service du tiers payant.

Article 6 – Cotisations

A/ Généralités

Chaque membre adhérent verse une cotisation globale annuelle éventuellement prorata temporis d'un montant d'un nombre entier de douzième en cas d'une couverture limitée à quelques mois (entrée ou départ)

La cotisation est globale car elle inclut les tarifs d'une ou plusieurs options de garanties définies dans le présent règlement mutualiste mais auxquelles peuvent s'ajouter, le cas échéant, les tarifs de contrats collectifs souscrits par la mutuelle auprès d'autres organismes d'assurance ouverts aux membres de la mutuelle. Ces contrats collectifs peuvent être obligatoires ou facultatifs.

Pour faciliter le choix des membres adhérents la mutuelle leur propose des formules de garanties composées d'un ou plusieurs modules complémentaires cohérents avec une pré tarification globale.

Par ailleurs ces formules pré établies facilitent aussi la gestion des garanties et des prestations.

Les tarifs de cotisation annoncés dans le présent règlement mutualiste sont « hors taxes » et « hors contributions obligatoires » (annexe IV)

Pour toutes les catégories de membre adhérent le niveau des cotisations évolue selon la tranche d'âge.

Les tranches d'âge sont particulières à chaque catégorie de membre adhérent.

Chaque changement de situation professionnelle ou d'activité ou familiale doit faire l'objet d'une déclaration spontanée dans un délai maximum de trois mois par l'envoi d'une déclaration avec une pièce justificative (fiche de paye, livret de famille, attestation de carte vitale, RIB,...) par courrier, par télécopie ou par email (pièce jointe) à magefdp@mage.fr.

Dans tous les cas les membres adhérents dont la cotisation est calculée sur leurs revenus devront fournir chaque année leur fiche de paye du mois de décembre (N-1) ou une attestation de revenus.

B/ Calcul et versement

1 - Les cotisations sont :

- soit proportionnelles au traitement ou au revenu (assiette) par application d'un taux.

L'assiette de calcul correspond au cumul d'éléments du traitement mais respecte un niveau plancher et un niveau plafond. Le taux d'appel évolue avec l'âge et l'option de garanties choisie.

- soit forfaitaires (en montant annuel)

Le montant évolue avec l'âge et l'option de garanties choisie. Il est particulier pour chaque catégorie de membre concernée.

2 - Modes de règlement :

- les cotisations peuvent être précomptées sur le traitement, prélevées sur le compte bancaire ou faire l'objet d'un paiement direct par chèque ou en espèces. En cas de tutelle les virements sont acceptés.

- les membres adhérents autorisent la mutuelle à faire effectuer une retenue mensuelle (précompte) sur leurs appointements (traitement ou pension) pour le règlement de leurs cotisations à la mutuelle.

Le règlement de la cotisation des membres adhérents pour lesquels le précompte est impossible pourra être effectué par prélèvement ou virement bancaire et par douzième du montant annuel.

3 - Les assiettes de cotisations proportionnelles au traitement sont les suivantes :

Assiette de cotisation normale :

À l'exclusion de toute autre rubrique de paie :

Traitement Indiciaire Brut (TIB), Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), Indemnité compensatrice, Indemnité de Résidence (IR), indexation poste sur l'île de la Réunion, Vacances Traitement, Allocation de Recherche, Indemnité exceptionnelle (cessation progressive d'activité), Traitement des personnels hospitalo-universitaires, Indemnité de Monitorat à l'enseignement supérieur, Indemnité spécifique aux Allocataires-Moniteurs-Normaliens.

Assiettes Planchers :

assiette plancher 29 (moins de 30 ans) – Indice Brut 244 – plus indemnité de résidence de 3 %

assiette plancher 31 (30 ans et plus) – Indice Brut 380 – plus indemnité de résidence de 3 %

Assiettes Plafonds :

assiette plafond A (actifs) – Indice Brut 1015 – plus indemnité de résidence de 3 %

assiette plafond R (retraités) – Indice Brut 771 – plus indemnité de résidence de 3 %

Assiettes particulières (en cas de rémunération réduite) :

Soit pour une activité à temps partiel ou pour cessation progressive ou anticipée d'activité entraînant un abattement de rémunération, l'assiette retenue est égale au revenu réellement perçu sans être inférieure à la cotisation plancher.

Soit en cas de réduction du traitement par suite de maladie, l'assiette retenue reste celle d'un mois normal.

4 – Les cotisations des différentes catégories de membres adhérents :

Membre adhérent A, B et P (actifs)

La cotisation normale est appliquée entre la cotisation plancher 29 (Indice brut 244) (membres adhérents A et P) ou 31 (Indice brut 380) et la cotisation plafond A (Indice brut 1015 (membres adhérents A).

En cas d'activité à temps partiel ou de cessation progressive ou anticipée d'activité entraînant un abattement sur la rémunération indiciaire, l'assiette retenue pour le calcul de la cotisation sera égale au revenu brut perçu, majoré de l'indemnité de résidence perçue sans être inférieure à la cotisation plancher.

Membre adhérent R et V (retraités)

La cotisation est un pourcentage de l'assiette constituée par la somme des montants bruts des pensions personnelles des régimes obligatoires, complémentaires et de réversion.

Le taux de cotisation normal est appliqué sur l'assiette du revenu entre l'assiette plancher 31 (Indice brut 380) et l'assiette plafond R (Indice Brut 771)

Membre adhérent D : (actif)

Le montant de la cotisation est déterminé au moment de son appel (adhésion ou renouvellement) en prenant en compte la dernière situation indiciaire de l'adhérent et la valeur indiciaire à la date de l'appel. S'il n'a pas de revenu, il réglera la cotisation plancher.

Membre adhérent C ou V : (rattaché) (conjoint, concubin, pacsé)

La cotisation forfaitaire est définie chaque année.

Le montant de la cotisation forfaitaire varie avec l'âge (avant et après 65 ans)

Membre adhérent E ou W : (rattaché)

Règle générale : les enfants de moins de 18 ans sont cotisants selon leur âge et dans la limite des trois enfants les plus âgés et selon leur option de garantie choisie.

De plus :

- si les deux parents sont adhérents pour une garantie maladie, la famille bénéficie d'une gratuité de cotisation pour deux enfants de moins de 12 ans.
- Si un seul parent est adhérent pour une garantie maladie la famille bénéficie d'une gratuité de cotisation pour un enfant de moins de 12 ans.

Les cotisations des membres adhérents E sont forfaitaires et leurs montants évoluent avec l'âge :

- jusqu'à 12 ans.
- de 12 à 15 ans
- de 15 à 18 ans

Membre adhérent F ou W : (rattachés)

Tous les enfants de plus de 18 ans, et de moins de 28 ans, à charge d'un membre participant, sont membres adhérents F et sont cotisants.

Leurs cotisations sont forfaitaires selon l'option de garanties choisie.

Membres adhérents MM (actif), MN et MG (rattachés)

La cotisation forfaitaire est définie chaque année.

Article 7 - Date d'effet des garanties

- Effet immédiat à la date d'entrée en fonction quand la demande d'adhésion est faite dans les 3 mois qui suivent cette date pour les membres adhérents A et pour les autres catégories de membres si la demande d'adhésion est concomitante.
- Effet le premier jour du mois civil qui suit la date de réception de la demande d'adhésion si celle-ci est faite dans les 3 mois qui suivent la date de l'événement permettant de devenir membre adhérent dans une autre catégorie que celle de membre adhérent A.
- Effet immédiat à la date d'adhésion, dans tous les cas, si le membre adhérent bénéficiait précédemment d'une couverture équivalente (certificat de radiation).
- Stage de 3 mois : effet le premier jour du 4ème mois civil qui suit la date de réception de la demande d'adhésion quand elle est faite au-delà de 3 mois et dans les cinq premières années qui suivent la date d'entrée en fonction ou d'événement permettant de devenir membre adhérent. Le stage est supprimé s'il y avait précédemment une couverture équivalente (certificat de radiation).
- Stage de 5 mois après la cinquième année qui suit la date d'entrée en fonction ou événement permettant de devenir membre adhérent, effet le 1er jour du 6ème mois civil qui suit la date de réception de la demande d'adhésion. Ce stage est supprimé s'il y avait précédemment une couverture équivalente (certificat de radiation).

Article 8 - Définitions

1 - Les avantages offerts sont différents selon deux types de circonstances :

- en cas d'accident,
- en cas de maladie.

Cette distinction repose sur la nature de l'événement dont les conséquences :

- ont rendu nécessaire les soins, examens médicaux, fournitures et transports sanitaires et séjours dans des établissements de soins, de convalescence ou de repos,
- et/ou laissent persister des séquelles physiques, fonctionnelles.

2 - Les termes "accident et maladie" s'entendent dans le sens général :

Accident :

- Événement fortuit et imprévisible résultant de l'action ou de la rencontre soudaine d'une cause extérieure ou d'un objet inanimé,

Cet événement ne doit résulter :

- ni d'une action ou d'une abstention intentionnelle de la victime,
- ni d'une maladie, aiguë ou non,
- ni d'une affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage.

En cas d'accident la mutuelle MAGE est subrogée de plein droit, au membre adhérent « victime » dans son action contre le tiers responsable, même partiellement.

La mutuelle MAGE est subrogée dans la limite de ses débours.

Maladie :

- Trouble de l'état de santé de toute nature, moteur, sensitif, sensoriel, d'origine tissulaire ou endocrinienne ou physiologique ou psychologique.

Article 9 – Prestations en nature (Médico-chirurgicales)

Ces prestations sont versées en complément des frais pris en charge préalablement par un régime d'assurance maladie obligatoire dans la limite des garanties prévues pour les options décrites en annexes et dans la limite des dépenses engagées.

Ces prestations couvrent la participation de l'assuré laissée à charge par le régime d'assurance maladie obligatoire selon les dispositions de l'article L.160-13.

Elles sont calculées à partir des tarifs servant de base aux prestations du régime obligatoire (TRSS).

Elles sont donc soit proportionnelles aux dits tarifs, soit égales à tout ou partie d'un montant forfaitaire.

Les taux de participations appliqués sont indiqués en annexes.

Elles peuvent aussi, selon l'option de garanties, prendre en charge tout ou partie des dépassements pratiqués par les praticiens ou les fournisseurs au-delà des tarifs conventionnels de responsabilité du régime obligatoire.

Les dépassements de tarifs non autorisés par les régimes obligatoires ou par les textes régissant les contrats « responsables » (loi du 13/08/2004, articles L 871-1 et R 871-1) ne peuvent donner lieu à prise en charge.

La prise en charge d'éventuels dépassements de tarifs ou d'honoraires est conditionnée par la souscription du médecin au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ; pour ceux n'ayant pas

souscrit, une minoration de 20% sera appliquée par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau des prestations.

Les taux ou les montants PLAFONDS limités de prise en charge annoncés en annexes pour les différentes options de garanties comprennent toutes les parts de prise en charge des organismes intervenants : régime obligatoire, autres régimes complémentaires éventuels et mutuelle MAGE.

Les taux et les montants précisant les niveaux de participation de la mutuelle MAGE indiqués en annexes dans les tableaux de prestations des contrats responsables propres à chaque option de garanties, sont des valeurs maximales qui ne sont pas susceptibles d'être modifiées par des variations des valeurs de prise en charge de l'assurance maladie obligatoire ou d'autres régimes complémentaires éventuels.

Les options de garanties de la Mutuelle MAGE présentées dans ce règlement mutualiste peuvent couvrir (articles L 160-8 et R.160-5) :

Les frais de médecine et chirurgie générales et spéciales, les frais de soins et prothèses dentaires, les frais pharmaceutiques et d'appareils, les frais d'examens de biologie médicale, les frais de soins d'auxiliaires médicaux, les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins ainsi que les frais de transport sanitaire et les frais de soins de séjours thermaux.

Tous les actes répertoriés dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP et CCAM) des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, dans la nomenclature des actes de biologie médicale NMAB ainsi que les fournitures et les prestations de service inscrits au TIPS (tarif interministériel des prestations sanitaires) et au LPP (liste des produits et prestations remboursables) selon l'article L 165-1 et les médicaments inscrits sur la liste des médicaments spécialisés remboursables (article L 162-17) la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités (article L 162-17) et la liste des spécialités homéopathiques.

Article 10 – Forfaits et Allocations

Ce sont des prestations sous forme de montants fixes arrêtés et versés indépendamment du régime obligatoire pour couvrir en tout ou partie des montants de participations laissés à la charge des bénéficiaires de l'assurance maladie ou des frais non remboursés par le régime obligatoire ou liés à un événement de santé ou physiologique de nature médicale survenu chez le membre adhérent.

1 - Participations « reste à charge »

a) forfait journalier hospitalier (FJH) : (CSS L 174-4 R 174-5-1)

C'est une participation forfaitaire mise à la charge des patients hospitalisés.

Il est facturé pour chaque journée du séjour (entrée et sortie comprises) d'hospitalisation complète, sauf en cas d'unités de soins de longue durée.

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge ou remboursé par la mutuelle MAGE sans limite de durée en option économique, optimale, liberté, sérénité et tremplin.

b) forfait de participation forfaitaire pour les actes coûteux (CSS R 160-16) :

Le ticket modérateur est réduit à un montant de « 18 € » pour un ou plusieurs actes dont le cumul des coefficients atteint 60 ou dont le tarif atteint 120 € (CSS article R 160-16), pour des soins donnés avec ou sans hospitalisation, la mutuelle MAGE prend en charge ou rembourse cette participation forfaitaire.

2 - Actes ou prestations non remboursés par le régime obligatoire

a) Supplément pour chambre particulière (options économique, liberté, sérénité et optimale) :

En cas d'hospitalisation dans un établissement MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) la mutuelle MAGE verse un forfait journalier d'un montant maximum pour chaque option de garanties, hormis l'option tremplin et dans la limite des facturations justifiées et des frais engagés.

Ce forfait pour chambre particulière est versé dans la limite de 90 jours par année civile et hors établissements ou services psychiatriques ou de longs séjours.

b) Frais d'accompagnement pour enfant (options économique, liberté, sérénité et optimale) :

Un forfait journalier d'un montant de 50% des frais de séjour est versé pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé dans un établissement de court séjour. Ce forfait est limité à vingt jours.

c) Frais d'hébergement pour cure thermale (options économique, liberté, sérénité et optimale) :

A l'occasion d'une cure thermale médicalement justifiée mais pour laquelle l'assurance maladie a refusé la prise en charge de l'hébergement, la mutuelle MAGE prend en charge ces frais dans la limite de 50% du forfait hébergement de l'assurance maladie de 21 jours, hormis pour l'option tremplin.

d) Forfait médecine douce : soins d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, diététicien (option tremplin économique, optimale, liberté et sérénité)

Un montant forfaitaire par année civile peut être versé sur présentation d'une facturation acquittée et dans la limite des frais réels restants à charge après un remboursement de l'assurance maladie ou d'un autre organisme complémentaire.

e) Implant dentaire (options économique, liberté, sérénité et optimale) :

Forfait par implant limité à deux par an, remboursable ou non par la Sécurité sociale et dans la limite des frais engagés. Le montant varie selon l'option de garantie choisie.

f) Détartrage dentaire :

Forfait de prise en charge d'un détartrage annuel complet, sus et sous gingival, effectué en deux séances au maximum.

g) Soins orthodontiques :

En cas de refus de prise en charge par l'assurance maladie, la mutuelle MAGE peut accorder un remboursement sur justificatifs plafonné à 30 € option tremplin et à un niveau de 90% de soins évalués selon la Nomenclature pour les autres options.

h) Forfaits optiques :

Ils sont versés pour une date d'achat survenue dans la période de garantie et une date de prescription antérieure de moins de trois ans.

Conformément au paragraphe 3 de l'article 2 du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014, il est prévu le versement d'une allocation forfaitaire par personne par période de deux ans aux membres participants aux options Tremplin, Economique, Optimale, Liberté et Sérénité, à la date de prescription du médecin, et ce dans la limite des frais réels justifiés restant à charge.

i) Forfait lentilles

Il est prévu le versement d'une allocation d'un montant forfaitaire par personne et par année civile aux membres participants aux options Economique, Optimale, Liberté et Sérénité, à la date de prescription du médecin et ce, dans la limite des frais réels justifiés restant à charge

Pour l'option Tremplin, le forfait n'est réglé que si l'assurance maladie accepte de verser un remboursement.

j) Chirurgie réfractive de l'œil (options économique, liberté, sérénité et optimale)

Forfait de prise en charge d'un acte de chirurgie réfractive d'un œil (en cas de myopie, hypermétropie, astigmatie)

Le forfait annuel est prévu pour l'intervention sur un œil et son montant est variable selon l'option de garanties choisie dans la limite de deux interventions.

k) Forfait contraception (option tremplin, liberté et sérénité et optimale) :

Les membres adhérents féminins de la mutuelle MAGE peuvent bénéficier d'un forfait de prise en charge d'une médication contraceptive prescrite médicalement mais non remboursée par l'assurance maladie.

l) Traitement nicotinique de substitution

La mutuelle MAGE verse un forfait par année civile pour les traitements nicotiniques de substitution en complément du forfait versé par l'assurance maladie.

Ce forfait complémentaire est versé dans la limite des frais réels restant à charge après les prestations de l'assurance maladie et éventuellement de tout autre organisme complémentaire et sur justificatifs.

m) Vaccins et rappels non remboursés par l'assurance maladie

La mutuelle MAGE prend en charge à 100% les vaccins et rappels prescrits médicalement, non remboursés par l'assurance maladie ni par l'employeur en option économique, liberté, sérénité et optimale. Elle verse un forfait plafonné annuellement en option tremplin.

n) Forfait maternité

La mutuelle MAGE verse une allocation maternité dans le cadre de la naissance d'un enfant (viable ou non) ou d'une adoption afin de concourir à la prise en charge des divers frais engagés pour cet événement. En cas d'adhésion des deux parents à la MAGE, une seule allocation est versée. Dans le cadre de l'option Tremplin, seule la mère peut prétendre à cette allocation.

o) Allocation prothèse auditive (option tremplin, économique, liberté et sérénité)

A l'occasion de l'achat d'une prothèse, il est prévu le versement d'une allocation limitée à deux par année civile d'un montant forfaitaire par personne et ce, dans la limite des frais réels restant à charge après remboursement de l'assurance maladie et sur justificatifs. Le versement est conditionné par la présentation de l'ordonnance et d'une facture nominative correspondante dûment certifiée par le fournisseur. Cette allocation est versée pour une date d'achat et de prescription survenue dans la période de garantie.

p) Allocation test de grossesse (option Tremplin)

Il est prévu le versement d'une allocation d'un montant forfaitaire par personne et par année civile.

Article 11 – Allocations frais d'obsèques

Pour tous les membres adhérents aux options suivantes : économique, liberté, sérénité, optimale, Prévie et Prévie +, la mutuelle MAGÉ accorde au bénéficiaire désigné en application de cet article, un montant forfaitaire destiné à payer des frais funéraires.

Cette garantie est couverte si un bénéficiaire est valablement désigné par le membre adhérent assuré ou bien par cet article, s'il accepte cette désignation et s'il présente les frais funéraires.

1- Les bénéficiaires

Le bénéficiaire final sera validé au moment du décès du souscripteur.

Le forfait frais d'obsèques, en cas de décès d'un membre adhérent est versé :

- Soit à un bénéficiaire désigné,
- Soit selon l'ordre de priorité défini ci-après :
 - o Au conjoint si le membre participant était marié, non divorcé ni séparé de corps
 - o A la personne avec laquelle il avait conclu un PACS
 - o Au concubin
 - o Aux enfants

La désignation du bénéficiaire doit être confirmée lors du décès du souscripteur et validé par le bénéficiaire désigné.

2- Formalités de demande d'allocation obsèques

En cas de décès, les pièces à fournir par le ou les bénéficiaires sont les suivantes :

- Un bulletin de décès,
- Une attestation et une pièce justificative de la qualité de membre adhérent de la MAGÉ du « de cujus »,
- Un justificatif de son identité comme un papier officiel certifié,
- Les documents permettant de le faire reconnaître comme bénéficiaire
- Une facture à venir ou finale des frais d'obsèques.

3- Modalités de paiement

Le versement est effectué par chèque ou par virement après réception des pièces justificatives.

Si besoin le versement de la garantie obsèques peut être réalisé :

- Auprès du notaire chargé de la succession s'il est en charge de son organisation ou bien mandaté pour verser les frais d'obsèques à des héritiers eux-mêmes chargés de l'organiser ;
- Auprès de l'entreprise ayant pour mission d'organiser les funérailles ;
- Auprès de la personne qui aura directement payé les frais d'obsèques.

Article 12 – versement des prestations

Le versement des prestations intervient, en principe, par règlement direct par virement bancaire au membre adhérent ou un mandataire, sur présentation des pièces justificatives des débours.

Cependant dans le cadre d'accords dits « tiers-payant », la MAGE peut s'acquitter directement des dépenses engagées pour les membres adhérents auprès des établissements hospitaliers ou de certains praticiens, et ce en fonction des termes contenus dans les conventions signées entre les parties.

Pour obtenir le montant des prestations, en dehors de ces « tiers Payant » ou de procédures à déterminer avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, l'adhérent doit adresser à la MAGE :

- les notes d'honoraires et les factures de prestations dûment complétées,
- les décomptes du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- et de façon générale, tout document justificatif complémentaire que la mutuelle peut demander,
- un relevé d'identité bancaire (RIB),
- une procuration du membre adhérent ou tout bénéficiaire pour un versement à un mandataire.

En cas de trop perçu lors du remboursement de prestations, la MAGE peut retenir les sommes dues sur les futurs remboursements de prestations.

Article 13 – limitations et exclusions

1 - Les conséquences des maladies ou accidents qui sont le fait intentionnel de l'adhérent et celles qui résultent du suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent.

2 - Les conséquences de la guerre étrangère.

Il appartient à l'adhérent de prouver que les soins ne sont pas dus à un fait de guerre.

3 - Les conséquences de la guerre civile, actions de terrorisme ou de sabotage, grèves errantes, mouvements populaires.

L'union et le groupement mutualiste adhérent devant faire la preuve que les soins résultent de ces événements.

4 - Les conséquences de maladies ou d'accidents causés par des engins de guerre (grenades, fusils, bombes) dont la détention est interdite et que, sciemment, l'adhérent aura eu en sa possession ou détenu, ainsi que les conséquences de leur manipulation.

5 - Les conséquences dues aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ainsi que les conséquences des effets de radiation par accélération artificielle de particules.

6 - Les conséquences résultant d'éruption volcanique, tremblement de terre, inondation, raz de marée ou autre cataclysme.

7 - Les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques non consécutifs à un accident.

8 - Les conséquences :

- de la participation de l'adhérent(e) ou d'un ayant droit à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement.

9 - Les conséquences résultant de la pratique par l'adhérent(e), ou d'un ayant droit, comme organisateur ou concurrent, d'épreuves, courses, compétitions et manifestations soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, ainsi que les essais qui lui précèdent.

10 - Les lésions causées par les rayons X, radium et ses composants sauf :

- Si elles résultent pour la personne traitée d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments ou sont les conséquences d'un traitement auquel le malade est soumis à l'occasion de soins normalement pris en charge.

11- Les conséquences de soins donnés par une personne non qualifiée, c'est à dire non titulaire, à la connaissance de l'adhérent(e), d'un diplôme lui donnant le droit d'exercer cette activité.

12- Quand ni l'adhérent ni le règlement mutualiste ne permettent de désigner un bénéficiaire acceptant d'organiser les obsèques de l'adhérent décédé, alors les sommes prévues pour garantir le forfait obsèques seront récupérées sur le fonds commun de la MAGE afin d'être utilisées pour l'ensemble des adhérents.

Article 14 - autres assurances

- Si les risques garantis par le présent règlement sont ou viennent à être couverts par un autre assureur, le membre participant doit le déclarer à la MAGE.
- Au cas où il existerait :
 - soit des assurances antérieures portant sur les mêmes risques,
 - soit des assurances antérieures ou postérieures ayant pour objet de couvrir à titre principal l'un des risques garantis.

Les prestations prévues par le présent règlement ne pourront intervenir qu'à titre de complément pour garantir l'assuré contre les conséquences d'une insuffisance ou d'une absence de garantie mais seulement dans les limites de cette absence ou de cette insuffisance de garantie.

Article 15 - Etendue territoriale

Le monde pour les prestations servies directement par la MAGE.

En appliquant les conditions définies pour le remboursement des frais de soins dispensés à l'étranger par l'assurance maladie (articles L.160-7 et R.160-4 du code de la Sécurité sociale).

Dans tous les cas les prestations sont payables en France au siège de la MAGE en EUROS.

Article 16 - Prescription

Les garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance ou des circonstances entraînant l'application des garanties.

Article 17 – Recours, délégation, subrogation

1- La MAGE est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la MAGE a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la MAGE n'indemnise ces éléments de préjudice.

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

2- Lorsque des frais ont été engagés à l'occasion de soins auprès d'un établissement, d'un praticien, d'un fournisseur ou autre prestataire de services, ayant passé convention avec la MAGE dans la mesure où cette convention prévoit la prise en charge directe des frais par la mutuelle y compris la part normalement couverte par un régime de prévoyance particulier, la mutuelle reçoit délégation de tout adhérent assuré social ou bénéficiaire d'un régime semblable, pour le recouvrement des prestations ou des règlements, dont elle a fait l'avance, auprès de l'organisme de prévoyance concerné.

Pour l'assurance maladie, il s'agit de la délégation prévue dans le cadre de l'article L.376-1 du code de la Sécurité sociale.

3- Lorsque la MAGE a versé, préalablement les prestations normales au membre participant, alors que la prise en charge des frais, en tout ou partie, incombait à un autre organisme de prévoyance, l'adhérent, à défaut du remboursement du montant correspondant, donne subrogation à la MAGE de sa créance auprès de l'autre organisme.

Article 18 - Dispositions diverses

1 - Libre choix :

Le malade choisit librement :

- son praticien : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et auxiliaire médical,
- son pharmacien et ses fournisseurs,
- son établissement de soins, de convalescence ou de repos.

2 - Autorité de Contrôle

La MAGE est soumise au contrôle de l'Etat dans le cadre de l'article L510-1 du Code de la Mutualité, à ce titre, l'instance de contrôle est : ACPR - 4 place de Budapest- 75436 PARIS Cedex 09

Certifié conforme
Le président

Serge GUINCHARD

ANNEXE I

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS SANTÉ « RESPONSABLES »

(Membres adhérents A, B, C ou V, E, F ou W, R, MM, MN et MG)

Taux et Montants en vigueur au 1^{er} juillet 2016

GARANTIES OPTION MAGE ECONOMIQUE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
<u>HOSPITALISATION</u>			
Soins et frais de séjour	80% ou 100%	75% ou 55%	155%
Frais de transport	65% ou 100%	35% ou 0%	100%
Forfait journalier (sans limitation de durée)	0 %	100 %	100%
Supplément chambre particulière (90 j/an psychiatrie exclue)	0%	46 €/jour	46 €/jour
Frais d'accompagnement (enfant < 12 ans 20 jours maxi)		50%	
Participation de 18€ sur soins coûteux >120 €	- 18€	oui	0€
<u>SOINS AMBULATOIRES « EN VILLE »</u>			
Consultation généraliste	70%	30%	100%
Visite généraliste	70%	30%	100%
Consultation spécialiste	70%	30%	100%
Visite spécialiste	70%	30%	100%
Acte technique CCAM	70%	30%	100%
Participation forfaitaire (- 1€/acte)	- 50 € /an	0	- 50 € /an
<u>PHARMACIE</u>			
Médicaments coûteux	100%	0	100%
Médicaments vignettes bleues (30%) et blanches (65%)	30 à 65%	70 à 35%	100%
Forfait pilules contraceptives non remboursées	0%	non	néant
Franchise médicaments (0,50€ par boîte)	- 50 € /an	0	- 50 € /an
<u>OPTIQUE</u>			
Forfait lunetterie (§3 art 2 décret 2014-1374 du 181114) : une fois tous les deux ans	60%	a = 100 € b = 150€ c = 200 € d = 150 € e = 200 € f = 200 €	a = 100 € b = 150 € c = 200 € d = 150 € e = 200 € f = 200 €
Dont monture incluse dans les forfaits ci-dessus		100 € à 150 €	100 € à 150 €
Forfait lentilles acceptées par la SS (1fois/an)	47,38 €	152,62 €	200 €
Forfait lentilles refusées par la SS (1fois/an)	0%	85 €	85 €
Forfait chirurgie réfractive (2 fois/an)	-	150 €/œil	150 €/œil
Analyses médicales et prélèvements	60%	40%	100%
Participation forfaitaire (- 1€/acte)	- 50 € /an		
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses dentaires remboursées SS	70%	116%	186%
Implant dentaire	0%	124 €	124 €
Inlay onlay	70%	30%	100%
Orthodontie acceptée par la SS	100%	50%	150%
Orthodontie refusée par la SS	0%	90%	90%
Sages-femmes	70%	30%	100%
<u>AUXILIAIRES MEDICAUX</u>			
Infirmiers – Kinés – Orthophonistes-Orthoptistes - Podologues	60%	40%	100%
Franchise auxiliaires médicaux (- 0,50 €/acte)	-2 €/jour/PS	0	-2 €/jour/PS
Transports	65%	35%	100%
Franchise transports (-2 € par trajet)	- 4 €/A/R	0	- 4 €/A/R

GARANTIES OPTION MAGE ECONOMIQUE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
<u>ORTHOPEDIE-PROTHESES-ACCESSOIRES</u>			
Petit appareillage	60%	40%	100%
Grand appareillage	100%	0%	100%
Prothèse auditive	60%	0%	60%
<u>PREVENTION</u>			
Vaccins et rappels non remboursés	0%	100%	100%
Traitement nicotinique de substitution	50 € ou 150 €	15 €/an	65 € ou 165 €
Détartrage dentaire annuel	70%	30%	100%
Dépistage de l'hépatite B	60%	40%	100%
<u>CURE THERMALE</u>			
soins et hydrothérapie (forfait thermal)	65% à 80%	35% à 20%	100%
Frais d'hébergement acceptés par la SS (forfait 150,01 €)	65%	35%	100%
Frais d'hébergement refusés par la SS (base TRSS)	0%	50%	50%
Frais de déplacement (TRSS : SNCF 2 ^{ème} cl) accepté SS ou tarif Km/CV	65%	35%	100%
<u>FORFAITS ANNUELS</u>			
Maternité	0 €	153 €	153 €
Frais d'obsèques	0 €	765 €	765 €
Médecine douce	0 €	25 €/an	25 €/an
Prothèse auditive	0 €	200 €/an	200 €/an
Forfait médecin traitant (article 4 LFSS 2013)			
• 2013		- 2,50 €/an	- 2,50 €/an
• 2014 et suivant		- 5 €/an	- 5 €/an

ANNEXE II

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS DITS « RESPONSABLES »

(Membres adhérents A,B,C ou V,E, F ou W, R, MM, MN et MG)

Taux et montants en vigueur au 1^{er} juillet 2016

GARANTIES OPTION MAGE OPTIMALE	Parcours de soins		
	SS	MUT	TOTAL
HOSPITALISATION			
Soins et frais de séjour	80% ou 100%	75% ou 55%	155%
Frais de transport	65% ou 100%	35% ou 0%	100%
Forfait journalier (sans limitation de durée)	0%	100%	100%
Supplément chambre particulière (90 j/an psychiatrie exclue)	0%	54€/jour	54€/jour
Frais d'accompagnement (enfant < 12 ans – 20 jours maxi)		50%	50%
Participation franchise de 18€ sur soins coûteux >120 €	- 18€	oui	0€
SOINS AMBULATOIRES « EN VILLE »			
Consultation généraliste	70%	45%	115%
Visite généraliste	70%	45%	115%
Consultation spécialiste*	70%	45%	115%
Visite spécialiste*	70%	45%	115%
Acte technique CCAM	70%	45%	115%
Participation forfaitaire (- 1€/acte)	- 50€/an	0€	- 50€/an
PHARMACIE			
Médicaments coûteux	100%	0%	100%
Médicaments vignettes bleues (30%) et blanches (65%)	30 à 65%	70 à 35%	100%
Forfait pilules contraceptives non remboursées	0%	40€/an	40€/an
Franchise médicaments (0,50€ par boîte)	- 50€/an	0%	- 50€/an
OPTIQUE			
Forfait lunetterie (§3 art 2 décret 2014-1374 du 181114) : une fois tous les deux ans	60%	a = 120 € b = 160€ c = 200 € d = 160 € e = 200 € f = 200 €	a = 120 € b = 160€ c = 200 € d = 160 € e = 200 € f = 200 €
Dont monture incluse dans les forfaits ci-dessus		120 € à 150 €	120 € à 150 €
Forfait lentilles accepté par la SS (1fois/an)	47,38 €	202,62 €	250 €
Forfait lentilles refusées par la SS (1fois/an)	0%	85€	85€
Forfait chirurgie réfractive (2 fois/an)	-	180€/œil	180€/œil
Analyses médicales et prélèvements	60%	40%	100%
Participation forfaitaire (- 1€/analyse)	-50€/an	0 €	-50€/an
Soins dentaires	70%	45%	115%
Prothèses dentaires remboursées SS	70%	158%	228%
Implant dentaire	0%	169€	169€
Orthodontie acceptée par la SS	100%	50%	150%
Orthodontie refusée par la SS	0%	90%	90%
Sages femmes	70%	45%	115%
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Infirmiers – Kinés – Orthophonistes, Orthoptiste -Podologues	60%	55%	115%
Franchise auxiliaires médicaux (- 0,50 €/acte)	- 2€/jour/PS	0	- 2€/jour/PS
Transports	65%	35%	100%
Franchise transports (- 2 € par trajet)	- 4 €/A/R	0	- 4€/A/R

GARANTIES OPTION MAGE OPTIMALE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
<u>ORTHOPEDIE-PROTHESES-ACCESSOIRES</u>			
Petit appareillage	60%	55%	115%
Grand appareillage	100%	15%	115%
Prothèse auditive	60%	55%	115%
<u>PREVENTION</u>			
Vaccins et rappels non remboursés	0%	100%	100%
Traitement nicotinique de substitution	50€ ou 150€	25€/an	75€ ou 175€
Détartrage dentaire annuel	70%	45%	115%
Dépistage de l'hépatite B	60%	40%	100%
<u>CURE THERMALE :</u>			
soins et hydrothérapie (forfait thermal)	65 à 80%	35 à 20%	100%
Frais d'hébergement acceptés par la SS (forfait 150,01€ - 21 jours)	65%	35%	100%
Frais d'hébergement refusés par la SS (base TRSS)	0%	50%	50%
Frais déplacement (TRSS : SNCF 2 ^{ème} cl) accepté SS ou tarif Km/CV	65%	35%	100%
<u>FORFAITS ANNUELS</u>			
Maternité	0 €	183 €	183 €
Frais d'obsèques	0 €	765 €	765 €
Médecine Douce	-	52 €	52 €
Forfait médecin traitant (article 4 LFSS 2013)			
2013		- 2,50 €/an	- 2,50 €/an
2014 et suivant		- 5,00 €/an	- 5,00 €/an

*Pour les psychiatres et neuropsychiatres remboursement total plafonné à 100%.

ANNEXE III

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS SANTE « RESPONSABLES »

(Membres adhérents A,B,C ou V,E, F ou W, R, MM, MN et MG de moins de 30 ans)

Taux et montants en vigueur au 1^{er} juillet 2016

GARANTIES OPTION MAGE TREMPLIN	Parcours de soins		
	SS	MUT	TOTAL
HOSPITALISATION y compris chirurgie ambulatoire			
Hospitalisation (chirurgie et médecine)	80% à 100 %	20% à 0%	100%
Honoraires	80% à 100 %	20% à 0%	100%
Frais de séjour et hospitalisation de jour	80% à 100 %	20% à 0%	100%
Transports liés à l'hospitalisation	65% à 100 %	35% à 0%	100%
Forfait journalier (13,50 €/jour et 18 €/jour) sans limitation de durée	0 %	100 %	100 %
Participation de 18 € (actes couteux, R322-8 Css)	retenue	18 €	18 €
SANS HOSPITALISATION "EN VILLE" SOINS EXTERNES			
☒ Actes médicaux			
- consultations généralistes	70%	30%	100%
- consultations spécialistes	70%	30%	100%
- visites à domicile	70%	30%	100%
- gynécologie	70%	30%	100%
- radiologie	70%	30%	100%
- actes spécialisés (CCAM et NGAP)	70%	30%	100%
- actes médicaux thermalisme	70%	30%	100%
- médecin psychiatre et neuropsychiatre	70%	30%	100%
Participation forfaitaire de 1 euro par acte	retenue	-	- 1 €
Participation de 18 € (actes couteux, R322-8 Css)	retenue	18 €	18 €
☒ Analyses Biologie Médicale			
- examens et prélèvements	60%	40%	100%
Participation forfaitaire de 1 euro par analyse (plafond 4 €/facture)	retenue	-	-1 €
☒ Soins dentaires (chirurgies dentistes et stomato)			
- consultations, soins et radios	70%	30%	100%
- prothèses dentaires	70%	30%	100%
- orthodontie : acceptée par la Sécurité sociale	70% à 100%	30% à 0%	100%
refusée par la Sécurité sociale	0%	0%	0%
-Implants	0%	0%	0%
-inlay onlay	70%	30%	100%
☒ Soins de Sages-femmes	70%	30%	100%
☒ Actes paramédicaux			
- soins infirmiers et de kinésithérapie	60%	40%	100%
- soins d'orthophonie et d'orthoptie	60%	40%	100%
Franchise (retenue 0,50 € par acte et plafond de 2 €/jour)	retenue	-	- 0,50 €
☒ Médicaments			
- vignettes : oranges (15%), bleues (30%) et blanches (65%)	15% à 65%	85% à 35%	100%
Franchise (retenue 0,50 € par boîte et plafond de 50 €/an)	retenue	-	- 0,50 €
☒ Transports			
- liés à une hospitalisation (taxis,VSL,ambulances...)	65% à 100%	35% à 0%	100%
- non liés à une hospitalisation (ambulances)	65%	35%	100%
Franchise (retenue 2 €/trajet et plafond de 4€/jour)	retenue	-	-2€

GARANTIES OPTION MAGE TREMLIN	Parcours de soins		
	SS	MUT	TOTAL
☑ Produits, Matériel, Dispositifs médicaux LPP - pansements, petits matériels - prothèses oculaires et capillaires - Prothèses auditives - appareillages divers et accessoires - appareillages divers et accessoires	60%	40%	100%
☑ Optique - lunettes et verres (pour 2 ^{ème} achat, dans les deux ans) - lentilles remboursées par la SS	60%	40%	100%
☑ Forfaits Forfait lunetterie (§3 art 2 décret 2014-1374 du 181114) : une fois tous les deux ans Dont monture incluse dans les forfaits ci-dessus - forfait orthodontie et prothèses dentaires refusés par la Sécurité sociale - forfait maternité - forfait prothèse auditive - forfait chambre particulière - forfait lentilles accepté par la Sécurité sociale		a = 50 € b = 125 € c = 200 € d = 125 € e = 200 € f = 200 € 50 € à 150 €	a = 50 € b = 125 € c = 200 € d = 125 € e = 200 € f = 200 € 50 € à 150 €
☑ Prévention - vaccins et rappels remboursés par la Sécurité Sociale - détartrage dentaire annuel - dépistage de l'hépatite B - forfait « Stop Tabac » de base - forfait « Stop Tabac » grossesse et CMUc - forfait Vaccins et rappels non remboursés par la Séc. Sociale - forfait test de grossesse - forfait pilules contraceptives de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations - forfait médecine douce (ostéopathie, acupuncture, homéopathie consultation diététicien)	65% 70% 60% 50€/an 150€/an - - - -	35% 30% 40% 30 €/an 30 €/an 60€/an 10€/an- 40€/an 25€/an	100% 100% 100% 80€/an 180€/an 60€/an 10€/an 40€/an 25€/an

ANNEXE IV

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS SANTÉ « RESPONSABLES »

(Membres adhérents A, B, C ou V, E, F ou W, R, MM, MN et MG)

Taux et Montants en vigueur au 1^{er} juillet 2016

GARANTIES OPTION MAGE LIBERTE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
HOSPITALISATION			
Soins et frais de séjour	80% ou 100%	75% ou 55%	155%
Frais de transport	65% ou 100%	35% ou 0%	100%
Forfait journalier (sans limitation de durée)	0 %	100 %	100 %
Supplément chambre particulière (90 jours/an psychiatrie exclue)	0%	54€/jour	54€/jour
Frais d'accompagnement (enfant < 12 ans 20 jours maxi)		50%	
Participation de 18€ sur soins coûteux >120 €	- 18€	oui	0€
SOINS AMBULATOIRES « EN VILLE »			
Consultation généraliste	70%	45%	115%
Visite généraliste	70%	45%	115%
Consultation spécialiste hors psychiatre	70%	80%	150%
Visite spécialiste hors psychiatre	70%	80%	150%
Consultation et visite psychiatrie	70%	30%	100%
Acte technique CCAM	70%	50%	120%
Participation forfaitaire (- 1€/acte)	- 50€ /an	0	- 50€/an
PHARMACIE			
Médicaments coûteux	100%	0%	100%
Médicaments vignettes bleues (30%) et blanches (65%)	30 à 65%	70 à 35%	100%
Médicaments vignettes orange (15%)	15€	0%	15%
Franchise médicaments (0,50€ par boîte)	- 50€/an	0%	- 50€/an
OPTIQUE			
Forfait lunetterie (§3 art 2 décret 2014-1374 du 181114) : une fois tous les deux ans	60%	a = 120 € b = 160€ c = 200 € d = 160 € e = 200 € f = 200 €	a = 120 € b = 160€ c = 200 € d = 160 € e = 200 € f = 200 €
Dont monture incluse dans les forfaits ci-dessus		120 € à 150 €	120 € à 150 €
Forfait lentilles acceptées par la SS (1fois/an)	47,38€	202,62€/an	250€/an
Forfait lentilles refusées par la SS (1fois/an)	0%	85€	85€
Forfait chirurgie réfractive (2 fois/an)	-	180€/œil	180€/œil
Analyses médicales et prélèvements	60%	40%	100%
Participation forfaitaire (- 1€/analyse)	-50€/an	0 €	-50€/an
Soins dentaires	70%	45%	115%
Prothèses dentaires remboursées SS	70%	158%	228%
Implant dentaire	0%	169.85€	169.85€
Inlay onlay	70%	45%	115%
Orthodontie acceptée par la SS	100%	100%	200%
Orthodontie refusée par la SS	0%	90%	90%
Sages femmes	70%	50%	120%

GARANTIES OPTION MAGE LIBERTE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Infirmiers – Kinés – Orthophonistes-Orthoptistes - Podologues Franchise auxiliaires médicaux (- 0,50 €/acte)	60% - 2€/jour/PS	60% 0	120% - 2€/jour/PS
Transports Franchise transports (- 2 € par trajet)	65% - 4 €/A/R	35% 0	100% - 4€/A/R
ORTHOPEDIE-PROTHESES-ACCESSOIRES			
Petit appareillage dont semelles orthopédiques	60%	55%	115%
Grand appareillage	100%	0%	100%
Prothèse auditive	60%	0%	60%
PREVENTION			
Vaccins et rappels non remboursés	0%	100%	100%
Traitement nicotinique de substitution	50€ ou 150€	30€/an	80€ ou 180€
Détartrage dentaire annuel	70%	30%	100%
Dépistage de l'hépatite B	60%	40%	100%
CURE THERMALE			
soins et hydrothérapie (forfait thermal)	65% à 80%	35% à 20%	100%
Frais d'hébergement acceptés par la SS (forfait 150,01 €)	65%	35%	100%
Frais d'hébergement refusés par la SS (base TRSS)	0%	50%	50%
Frais de déplacement (TRSS : SNCF 2 ^{ème} cl) accepté SS ou tarif Km/CV	65%	35%	100%
FORFAITS ANNUELS			
Maternité	-	183 €	183 €
Frais d'obsèques	-	765 €	765 €
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, homéopathie, consultation diététicien	-	130/an	130€/an
Forfait contraception	-	50€/an	50€/an
Prothèse auditive	-	300€/an	300€/an
Forfait médecin traitant (article 4 LFSS 2013)			
2013		- 2,50 €/an	- 2,50 €/an
2014 et suivant		- 5,00 €/an	- 5,00 €/an

ANNEXE V

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS SANTÉ « RESPONSABLES »

(Membres adhérents A, B, C ou V, E, F ou W, R, MM, MN et MG)

Taux et Montants en vigueur au 1^{er} juillet 2016

GARANTIES OPTION MAGE SERENITE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
<u>HOSPITALISATION</u>			
Soins et frais de séjour	80% ou 100%	120% ou 100%	200%
Frais de transport	65% ou 100%	35% ou 0%	100%
Forfait journalier (sans limitation de durée)	0 %	100 %	100 %
Supplément chambre particulière (90 jours/an psychiatrie exclue)	0%	60€/jour	60€/jour
Frais d'accompagnement (enfant < 12 ans 20 jours maxi)		50%	
Participation de 18€ sur soins coûteux >120 €	- 18€	oui	0€
<u>SOINS AMBULATOIRES « EN VILLE »</u>			
Consultation généraliste	70%	130%	200%
Visite généraliste	70%	130%	200%
Consultation spécialiste hors psychiatre	70%	130%	200%
Visite spécialiste hors psychiatre	70%	130%	200%
Consultation et visite psychiatrie	70%	80%	150%
Acte technique CCAM	70%	60%	130%
Participation forfaitaire (- 1€/acte)	- 50€ /an	0	- 50€/an
<u>PHARMACIE</u>			
Médicaments coûteux	100%	0%	100%
Médicaments vignettes bleues (30%) et blanches (65%)	30 à 65%	70 à 35%	100%
Médicaments vignettes orange (15%)	15%	85%	100%
Franchise médicaments (0,50€ par boîte)	- 50€/an	0%	- 50€/an
<u>OPTIQUE</u>			
Forfait lunetterie (§3 art 2 décret 2014-1374 du 181114) : une fois tous les deux ans	60%	a = 300 € b = 400€ c = 500 € d = 400 € e = 500 € f = 500 €	a = 300 € b = 400€ c = 500 € d = 400 € e = 500 € f = 500 €
Dont monture incluse dans les forfaits ci-dessus		150 €	150 €
Forfait lentilles acceptées par la SS (1fois/an)	47,38€	202,62€/an	250€/an
Forfait lentilles refusées par la SS (1fois/an)	0%	180€	180€
Forfait chirurgie réfractive (2 fois/an)	-	180€/œil	180€/œil
<u>Analyses médicales et prélèvements</u>			
Analyses médicales et prélèvements	60%	70%	130%
Participation forfaitaire (- 1€/analyse)	-50€/an	0 €	-50€/an
<u>Soins dentaires</u>			
Soins dentaires	70%	80%	150%
Prothèses dentaires remboursées SS	70%	380%	450%
Implant dentaire	0%	520€	520€
Inlay onlay	70%	80%	150%
Orthodontie acceptée par la SS	100%	150%	250%
Orthodontie refusée par la SS	0%	90%	90%
<u>Sages femmes</u>			
Sages femmes	70%	60%	130%

GARANTIES OPTION MAGE SERENITE	Parcours de soins		
	SS	MAGE	PLAFOND
AUXILIAIRES MEDICAUX			
Infirmiers – Kinés – Orthophonistes-Orthoptistes - Podologues Franchise auxiliaires médicaux (- 0,50 €/acte)	60% - 2€/jour/PS	70% 0	130% - 2€/jour/PS
Transports Franchise transports (- 2 € par trajet)	65% - 4 €/A/R	35% 0	100% - 4€/A/R
ORTHOPEDIE-PROTHESES-ACCESSOIRES			
Petit appareillage	60%	55%	115%
Semelles orthopédiques	60%	55%+75€/an	115€+75€/an
Grand appareillage	100%	0%	100%
Prothèse auditive	60%	0%	60%
PREVENTION			
Vaccins et rappels non remboursés	0%	100%	100%
Traitement nicotinique de substitution	50€ ou 150€	30€/an	80€ ou 180€
Détartrage dentaire annuel	70%	30%	100%
Dépistage de l'hépatite B	60%	40%	100%
CURE THERMALE			
soins et hydrothérapie (forfait thermal)	65% à 80%	35% à 20%	100%
Frais d'hébergement acceptés par la SS (forfait 150,01 €)	65%	35%	100%
Frais d'hébergement refusés par la SS (base TRSS)	0%	50%	50%
Frais de déplacement (TRSS : SNCF 2 ^{ème} cl) accepté SS ou tarif Km/CV	65%	35%	100%
FORFAITS ANNUELS			
Maternité	-	183 €	183 €
Frais d'obsèques	-	765 €	765 €
Médecine douce (ostéopathie, acupuncture, homéopathie, consultation diététicien	-	160/an	160€/an
Forfait contraception	-	50€/an	50€/an
Prothèse auditive	-	650€/an	650€/an
Forfait médecin traitant (article 4 LFSS 2013)			
2013		- 2,50 €/an	- 2,50 €/an
2014 et suivant		- 5,00 €/an	- 5,00 €/an

ANNEXE VI

TABLEAU DES PRESTATIONS DES CONTRATS DITS « NON RESPONSABLES »

(membres adhérents P)

Garantie MAGE Précie	SS	MUT	TOTAL
Frais d'Obsèques	0 €	765 €	765 €

Garantie MAGE Précie +	SS	MUT	TOTAL
Vaccins et rappel non remboursés	0 %	100 %	100 %
Prévention			
Traitement Nicotinique de substitution	50 €	25 €	75 €
Détartrage dentaire annuel	70 %	30 %	100 %
Frais d'obsèques	0 €	765 €	765 €

ANNEXE VII

COTISATIONS ANNUELLES HORS TAXES et HORS CONTRIBUTIONS AU 1^{er} JUILLET 2016

CONTRATS RESPONSABLES TSCA : 7% CMU (TSA) : 6,27% FMT : 5€	OPTION MAGE ECONOMIQUE	OPTION MAGE OPTIMALE	OPTION MAGE TREMLIN
<u>Membres adhérents A** et D</u>			
a) cotisation plancher 29 (<30 ans)	238 €	301 €	
b) cotisation plancher 31 (>30 ans)	339 €	445 €	
c) cotisation plafond A y compris traitements hors échelle	794 €	1 045 €	
d) cotisation normale 29 (< 30 ans)	1,34 %	1,69 %	243,67 €
e) cotisation normale 31 (> 30 ans)	1,68 %	2,21 %	
cotisation précomptée ou prélevée			
<u>Membres adhérents B</u>			
a) cotisation plancher 29 (<30 ans)	267 €	329 €	
b) cotisation plancher 31 (>30 ans)	391 €	403 €	
c) cotisation plafond A y compris traitement hors échelle	917 €	945 €	
d) cotisation normale 29 (< 30 ans)	1,50 %	1,85 %	243,67 €
e) cotisation normale 31 (> 30 ans)	1,94 %	2,00 %	
Cotisation précomptée ou prélevée			
<u>Membres adhérents E ou W enfant de – 18 ans</u>			
• moins de 12 ans	42.38 €	52.97 €	243,67 €
• de 12 à 14 ans révolu	63.56 €	79.46 €	
• de 15 à 17 ans révolu	84.75 €	105.94 €	
<u>Membres adhérents F ou W enfant de 18 ans et +</u>			
	211.88 €	243.67 €	243,67 €
<u>Membres adhérents R**</u>			
cotisation plancher 31	552.13 €	693.19 €	
cotisation normale	2.74 %	3.44 %	
cotisation plafond	1001,73 €	1 257,64 €	
<u>Membres adhérents MM et MN</u>			
Etudiant Master Métiers de l'Enseignement			243.67 €
<u>Membres adhérents C ou V</u>			
• moins de 65 ans	381,39 €	497,93 €	
• de 65 ans et +	548,25 €	689,68 €	

CONTRATS NON RESPONSABLES TSCA : 14% CMU (TSA) : 6,27%	OPTION Prévie	OPTION Prévie +
Membres adhérents P		
a) cotisation plancher 31 (et 29)	28,21 €	50,38 €
b) cotisation normale (31) (et 29) déplafonnée	0,14 %	0,25 %

Les valeurs en euros sont arrondies à l'euro le plus proche.

Ces cotisations incluent la cotisation annuelle obsèques de 22 € pour tous les bénéficiaires.

Ces cotisations n'incluent pas la cotisation au contrat groupe Prévoyance (membres adhérents A et P)

(*) valeur du point au 01/07/2016 à 55,8969 €

(**) Assiette de cotisation normale, à l'exclusion de toute autre rubrique de paie : Traitement Indiciaire Brut (TIB), Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI), Indemnité référentielle, Indemnité de Résidence (IR), indexation poste sur l'île de la Réunion, Vacances Traitement, Allocation de Recherche, Indemnité exceptionnelle (cessation progressive d'activité), Traitement des personnels hospitalo-universitaires, Indemnité de Monitorat à l'enseignement supérieur, Indemnité spécifique aux Allocataires-Moniteurs-Normaliens.

Assiettes Planchers :

- assiette plancher 29 (moins de 30 ans) – Indice Brut 244 – INM 309 – plus indemnité de résidence de 3 %

- assiette plancher 31 (30 ans et plus) – Indice Brut 380 – INM 350– plus indemnité de résidence de 3 %

Assiettes Plafonds :

- assiette plafond A (actifs) – Indice Brut 1015 – INM 821– plus indemnité de résidence de 3 %

- assiette plafond R (retraités) – Indice Brut 771 – INM 635– plus indemnité de résidence de 3 %

Assiettes particulières (en cas de rémunération réduite) :

- soit pour une activité à temps partiel ou pour cessation progressive ou anticipée d'activité entraînant un abattement de rémunération, l'assiette retenue est égale au revenu réellement perçu sans être inférieure à la cotisation plancher,

- soit en cas de réduction du traitement par suite de maladie, l'assiette retenue reste celle d'un mois normal.

CONTRATS RESPONSABLES TSCA : 7% CMU (TSA) : 6,27% FMT : 5€	OPTION MAGE LIBERTE	OPTION MAGE SERENITE
<u>Membres adhérents A, D, B</u>		
• Moins de 30 ans	264.85 €	339.01 €
• De 30 à 34 ans révolu	381.39 €	508.52 €
• De 35 à 39 ans révolu	476.74 €	635.65 €
• De 40 à 44 ans révolu	582.68 €	603.87 €
• De 45 à 49 ans révolu	678.03 €	879.31 €
• De 50 à 54 ans révolu	762.78 €	1006.44 €
• De 55 à 59 ans révolu	847.53 €	1144.17 €
• De 60 ans et plus	932.29 €	1292.49 €
<u>Membres adhérents R</u>		
• moins de 70 ans	1006.44 €	1377.24 €
• 70 ans et plus	1165.36 €	1536.15 €
<u>Membres adhérents C ou V</u>		
• Moins de 30 ans	317.82 €	339.01 €
• De 30 à 34 ans révolu	370.80 €	476.74 €
• De 35 à 39 ans révolu	423.77 €	550.90 €
• De 40 à 44 ans révolu	476.74 €	614.46 €
• De 45 à 49 ans révolu	529.71 €	656.84 €
• De 50 à 54 ans révolu	572.08 €	688.62 €
• De 55 à 59 ans révolu	593.27 €	741.59 €
• De 60 ans à 64 ans révolu	635.65 €	794.56 €
• De 65 ans et plus	688.62 €	847.53 €
<u>Membres adhérents E ou W enfant de moins de 18 ans</u>		
Moins de 12 ans	95.35 €	169.51 €
De 12 ans à 17 ans révolu	127.13 €	211.88 €
<u>Membres adhérents F ou W enfant de moins de 18 ans et plus</u>	243.67 €	317.82 €

ANNEXE VIII

MAJORATIONS

1) Incitation à une adhésion précoce dès la prise de fonction

Agent actif ou retraité adhérent à un organisme référencé au delà de 2 ans de leur entrée dans la fonction publique. La majoration la plus importante, résultant de chacun des deux critères : âge d'une part et ancienneté dans la fonction d'autre part, est retenue.

a) Majoration liée à l'âge (par tranche de 5 années d'âge) :

31 à 35 ans :	7,00 %
36 à 40 ans :	11,00 %
41 à 45 ans :	21,00 %
46 à 50 ans :	43,00 %
51 à 55 ans :	58,50 %
56 à 60 ans :	68,00 %
61 ans et au delà :	79,00 %

b) Majoration selon le délai d'adhésion depuis l'entrée en fonction :

3 à 7 ans :	7,00 %
8 à 12 ans :	11,00 %
13 à 17 ans :	21,00 %
18 à 22 ans :	43,00 %
23 à 27 ans :	58,50 %
28 à 32 ans :	68,00 %
33 ans et au delà :	79,00 %

EXCEPTION

A partir de la seconde année de la convention consécutive à l'entrée en vigueur du décret, les agents ou retraités qui ont adhéré la première année à un organisme de référence sont présumés y avoir adhéré depuis leur entrée dans la fonction publique. En revanche, ceux qui n'ont pas adhéré la première année sont présumés ne jamais avoir adhéré.

2) Pénalité pour manque de solidarité mutualiste

Une majoration égale à 2 % par année est appliquée pour toute année non cotisée postérieure à l'âge de 30 ans dans un organisme de référence depuis la date d'entrée dans la fonction publique ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à un organisme de référence.

Cette majoration vient, le cas échéant, s'ajouter à la précédente majoration de l'agent ou du retraité.

Le coefficient de majoration prévoit toutefois une prime de fidélisation : au début de chaque nouvelle convention, la majoration est diminuée de 0,5 % par année cotisée, avant l'âge de 60 ans, depuis la dernière convention ou si cette date est postérieure, depuis la dernière adhésion.