

RÈGLEMENT MUTUALISTE

APPLICABLE À COMPTER DU
1ER AVRIL 2024



- Dispositions communes aux contrats
- Dispositions communes aux contrats solidaires
- Dispositions communes aux contrats “complémentaires santé volontaire”
- Dispositions communes aux contrats spécifiques et dispositions transitoires



DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS

CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : Objet du règlement mutualiste

Article 2 : Modification et révision du règlement mutualiste

Article 3 : Modalités d'adhésion

Article 4 : Modalités de résiliation, démission ou radiation

Article 5 : Résiliation en raison du décès de l'adhérent

Article 6 : Suspension de la garantie

Article 7 : Dispense d'adhésion

Article 8 : Principe général de territorialité

Article 9 : Prescription

Article 10 : Engagement du membre participant

Article 11 : Maintien de la garantie de l'ayant droit en cas de changement dans le rattachement de ce dernier

Article 13 : Base de remboursement

Article 14 : Le risque maladie et le risque chirurgie

Article 15 : Limites des remboursements

Article 16

Section 2 : Prestations non garanties

Article 17

Article 18

Section 3 : Dispositions générales

Article 19 : Règlement des prestations

Article 20 : Délai de forclusion

Article 21 : Ordre d'intervention des caisses en cas de pluralité d'affiliation

Article 22 : Accès aux réalisations sanitaires et sociales

PRESTATIONS

Section 1 : Prestations garanties

Article 12 : Conditions du versement des prestations

COTISATIONS

Article 23 : Principes

Article 24 : Défaut de paiement des cotisations

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS

CONDITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : Objet du règlement mutualiste

Conformément aux dispositions de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie, le présent règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle des fonctionnaires (MDF) en ce qui concerne les cotisations, les prestations, et les réalisations sanitaires et sociales.

Article 2 : Modification et révision du règlement mutualiste

Toutes les modifications du présent règlement mutualiste sont opposables aux membres dès qu'elles ont été portées à leur connaissance. Dans le cadre des contrats collectifs, l'employeur est tenu d'informer chacun de ses personnels de ces modifications.

Les dispositions du présent règlement sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, notamment des bases et taux de remboursement de la CAFAT, en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. En cas de changement de la législation ou de la réglementation ci-dessus indiquée, la mutuelle conserve la possibilité d'aménager les garanties et/ou les cotisations à compter du premier jour du mois suivant la date d'effet de ce changement.

Article 3 : Modalités d'adhésion

L'adhésion à la mutuelle peut être faite, dans le cadre d'une opération individuelle, lors de la souscription d'un contrat individuel ou, dans le cadre d'une opération collective obligatoire, sur la base de la souscription d'un contrat collectif par l'employeur. Ces contrats sont répartis en trois familles :

- Les contrats dits « Solidaires »
- Les contrats dits « Complémentaire Santé volontaire »
- Les contrats dits « Spécifiques ».

Les personnes affiliées à la CAFAT en la seule qualité de travailleur indépendant doivent justifier d'une intégration complète au sens de l'article Lp. 50 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. A défaut, elles sont assimilées en gestion à des personnes dépourvues de couverture CAFAT.

Article 3.1 Formes et durée de l'adhésion

Article 3.1.1 Contrats individuels

3.1.1.1 Dans le cadre des opérations individuelles, l'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un contrat individuel. Le signataire du contrat individuel acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle à compter de la date de prise d'effet de son adhésion telle qu'indiquée dans le présent règlement mutualiste.

3.1.1.2 Sauf dispositions contractuelles spécifiques, les contrats individuels sont des contrats tacitement reconductibles à échéance unique au 31 décembre de chaque année civile.

Article 3.1.2 Contrats collectifs

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, l'acte d'adhésion est constaté, en premier lieu, par la souscription d'un contrat collectif par l'employeur afin que l'ensemble de ses personnels ou plusieurs catégories d'entre eux bénéficient des garanties de la mutuelle.

L'adhésion de chaque personnel de l'employeur à la mutuelle résulte, en second lieu, de la signature d'un bulletin d'adhésion que l'employeur s'engage à leur faire signer soit à la date d'effet du contrat collectif, lorsqu'ils sont présents à cette date, soit, à la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat collectif, et à transmettre à la mutuelle selon les modalités fixées dans le contrat. Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle à compter de la date de prise d'effet de son adhésion telle qu'indiquée dans le présent règlement mutualiste.

Article 3.2 Dispositions communes aux contrats individuels et collectifs

Que la souscription corresponde à une opération individuelle ou collective, chaque contrat individuel ou bulletin d'adhésion doit être dûment rempli et contenir, en particulier, l'identité, l'adresse postale et la commune de résidence de l'adhérent, doit être daté, signé et accompagné des pièces justificatives demandées par la mutuelle. Le contrat individuel ou le bulletin d'adhésion doit, en outre, comporter la déclaration exacte de l'identité de chacun des ayants droit à garantir.

Article 3.3 Formalités de modification et de radiation de l'adhésion

Tout changement postérieur à la souscription et concernant la situation professionnelle du membre participant, doit être signalé par l'employeur à la mutuelle.

L'adhésion ou la radiation d'un ayant droit doit faire l'objet, suivant que la souscription est intervenue dans le cadre d'une opération individuelle ou collective, soit d'un avenant au contrat individuel, soit d'un bulletin modificatif, signés par l'adhérent et transmis à la mutuelle. Toutefois, un ayant droit majeur peut demander lui-même sa radiation de la mutuelle dans les conditions prévues en annexes.

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, les demandes de radiation d'un adhérent doivent être faites par l'employeur au moyen d'un bulletin de radiation transmis à la mutuelle au plus tard le quinzième jour du mois suivant celui au titre duquel ledit changement est intervenu. A défaut, la cotisation est considérée comme due pour la période pendant laquelle les personnes sont couvertes. Toute réticence, omission ou déclaration inexacte de l'employeur entraînera la nullité de la garantie accordée au membre participant dans les conditions prévues par la loi.

Les documents contractuels d'adhésion ou de modification d'adhésion peuvent être souscrits en ligne. La signature de chaque document contractuel peut se faire au moyen de l'acceptation d'un mot de passe ayant valeur de signature au sens du présent règlement mutualiste.

Article 4 : Modalités de résiliation, démission ou radiation

Article 4.1 Contrats individuels

Article 4.1.1 A l'initiative de chacune des parties

Le contrat individuel peut être résilié, à l'initiative de chacune des parties, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion prévues aux articles 11 à 13 des statuts de la mutuelle ou, en cas de changement de situation, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure du membre participant, et que ces risques ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

A ce titre, lorsqu'un changement de situation tel qu'un déménagement hors de la Nouvelle-Calédonie, un changement de profession, une retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle a pour effet de modifier la nature du risque pour lequel le membre participant est assuré, le contrat individuel peut être résilié sous réserve que la résiliation intervienne dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Dans ce

cas, elle prend effet au premier jour du mois suivant sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception et, le cas échéant, sur présentation d'un justificatif à la mutuelle.

Article 4.1.2 A l'initiative de l'adhérent

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

Le membre participant ayant souscrit un contrat d'une durée au moins égale à un an reconductible peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins trois mois avant la date d'échéance du contrat individuel.

La démission d'un membre participant entraîne la radiation automatique de ses ayants droit.

Dans tous les cas, la résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance annuelle à moins qu'un nouveau contrat avec la mutuelle ne se substitue au premier.

Article 4.1.3 A l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations dues par ce dernier ou en cas d'exclusion définitive dans les conditions prévues par la loi ou par l'article 4.3 du présent règlement mutualiste.

Article 4.2 Contrats collectifs

La résiliation des contrats collectifs peut intervenir suivant les dispositions prévues par la loi.

Article 4.3 Radiation

Sont radiés les membres participants ou leurs ayants droit, qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts de la mutuelle et le présent règlement mutualiste subordonnent leur adhésion.

Sont également radiés les membres participants ou leurs ayants droit ayant été définitivement exclus de la mutuelle, conformément à l'article 16 des statuts de cette dernière.

La radiation d'un membre participant entraîne automatiquement la radiation de ses ayants droit.

Article 5 : Résiliation en raison du décès de l'adhérent

La résiliation du contrat individuel ou du bulletin d'adhésion intervient le lendemain de la date du décès. La mutuelle peut proposer aux ayants droit de poursuivre leur garantie par la signature d'un autre contrat.

Article 6 : Suspension de la garantie

A défaut de paiement de cotisation, la garantie peut être suspendue dans les conditions prévues à l'article 24 du présent règlement mutualiste. Dans le cadre des opérations collectives et comme fixé à l'article 26.1 du présent règlement mutualiste, la garantie peut également être suspendue à défaut de déclaration des revenus de l'adhérent par l'employeur.

Article 7 : Dispense d'adhésion

L'ayant droit d'un membre participant peut être dispensé de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire santé de ce dernier dans les conditions prévues par la loi et par le contrat.

Article 8 : Principe général de territorialité

La mutuelle assure la couverture sociale complémentaire des personnes ayant leur domicile fiscal en Nouvelle-Calédonie ou travaillant pour un employeur de Nouvelle-Calédonie ou domicilié en Nouvelle-Calédonie. Elle assure également la couverture sociale complémentaire des personnes ayant leur domicile fiscal sur le territoire de Wallis & Futuna ou travaillant pour un employeur du territoire de Wallis & Futuna ou domicilié sur le territoire de Wallis & Futuna, pour les soins dispensés à ces derniers en Nouvelle-Calédonie.

Lorsque les soins ou examens médicaux sont dispensés hors de la Nouvelle-Calédonie aux adhérents de Nouvelle-Calédonie et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes à l'assurance maladie complémentaire ne sont pas remboursées, sauf :

- lorsque les soins ou examens sont dispensés à l'assuré ou à ses ayants droit sur le territoire de la France métropolitaine, des départements d'outre-mer et de toute autre collectivité territoriale de la République ;
- dans le cas où l'adhérent ou ses ayants droit tombent malades inopinément au cours d'un séjour à l'étranger ou lorsque le malade ne peut recevoir en Nouvelle-Calédonie les soins appropriés à son état et sous condition d'intervention du régime de base de sécurité sociale de l'adhérent.

Les tarifs applicables sont alors ceux de l'organisme de sécurité sociale de l'adhérent.

Article 9 : Prescription

Toutes actions dérivant des opérations issues des engagements contractuels définis au présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle 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.

Article 10 : Engagement du membre participant

Le membre participant s'engage en cours d'adhésion à déclarer à la mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la couverture accordée dans les conditions prévues par la loi ainsi que les sanctions prévues dans les statuts de la mutuelle.

De plus, le membre participant s'engage à fournir à la mutuelle sans délai toutes informations concernant son changement d'état civil, d'adresse, de situation matrimoniale, familiale et socioprofessionnelle, de banque et, plus généralement, tout autre élément ayant un impact sur la gestion de son dossier ou un intérêt pour la mutuelle.

Article 11 : Maintien de la garantie de l'ayant droit en cas de changement dans le rattachement de ce dernier

Lorsque deux conjoints, partenaires unis par un pacs ou concubins sont affiliés à la mutuelle, la demande de changement dans le rattachement d'un ayant droit prend effet le premier jour du mois suivant la date de ladite demande.

Toutefois, si cela est nécessaire au maintien des droits de l'ayant droit, la demande de changement de rattachement peut être prise en compte rétroactivement à condition d'être réalisée dans les trois mois de l'évènement ayant entraîné la perte des droits du conjoint, partenaire pacsé ou concubin auquel était rattaché l'ayant droit concerné.

PRESTATIONS

Section 1 : Prestations garanties

Article 12 : Conditions du versement des prestations

Les prestations garanties ne sont servies que si l'adhérent ou l'ayant droit bénéficie de droits ouverts à la date du fait générateur ouvrant droit à une prise en charge. En complément du régime de base de sécurité sociale, la mutuelle rembourse à l'adhérent, ou à ses ayants droit majeurs sur procuration, les frais pris en charge dans la limite de leur définition par la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie. En outre, la mutuelle peut, selon les modalités définies par convention, rembourser pour le compte du régime de base. La mutuelle garantit également le versement des prestations sur-complémentaires et spécifiques prévues ci-après.

Sous-section 1 : Prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie

Article 13 : Base de remboursement

Les tarifs applicables en matière d'hospitalisation sont déterminés par délibération du congrès de Nouvelle-Calédonie. Les actes professionnels pratiqués par les docteurs en médecine, les docteurs en chirurgie-dentaire, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont remboursés sur la base de la nomenclature arrêtée par le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie et des tarifs de responsabilité fixés par le Conseil d'Administration de la mutuelle. Les médicaments, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, ne sont remboursables qu'autant qu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Ils sont remboursables sur la base du tarif des médicaments fixé par délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie. Les actes de biologie médicale sont cotés conformément à la nomenclature des actes de biologie médicale arrêtée par le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Ces actes sont remboursés sur la base des tarifs de responsabilité fixés par la Conseil d'Administration de la mutuelle.

Les fournitures et appareils inscrits sur la liste fixée par arrêté du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peuvent donner droit à des prestations complémentaires selon les modalités déterminées par délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie. Les frais de transport sanitaire terrestre sont remboursés en considération du trajet et du mode de transport les moins onéreux, compatibles avec l'état du bénéficiaire selon les modalités déterminées par délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie. Toutes les prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie ont pour base de remboursement les tarifs en vigueur, applicables au régime de base à la date où ils ont été portés à la connaissance de la mutuelle. En cas de communication tardive, cette dernière se laisse la possibilité de les appliquer rétroactivement à la date d'entrée en vigueur.

Article 14 : Le risque maladie et le risque chirurgie

Le taux de remboursement par la mutuelle est fixé par le Conseil d'Administration en considération de la participation laissée à l'adhérent en application des articles 31 et 35 de la délibération n°280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie, sous réserve des dispositions légales en vigueur relatives au ticket modérateur sur le risque maladie.

Article 15 : Limites des remboursements

Les prestations complémentaires au régime de base excluent la prise en charge des risques et frais couverts à 100 % par la Caisse primaire, c'est-à-dire :

- les frais pris en charge conformément aux dispositions de l'article Lp 77 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie ;
- le risque longue maladie conformément aux articles Lp 78 à Lp 80 de la loi du pays précitée ;
- le risque chirurgie pour les conditions fixées à l'alinéa 2, tiret 2, de l'article 35 de la délibération n°280 du 19 décembre 2001 ;
- les frais engagés au titre de la maternité conformément aux dispositions de l'article Lp 82 de la loi du pays relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie ;
- les médicaments prescrits en dehors de l'Autorisation de Mise sur le Marché et les actes réalisés en dehors des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Sous-section 2 : Prestations sur-complémentaires et spécifiques

Article 16 : En plus des prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale, la mutuelle assure, sous certaines conditions, des prestations sur-complémentaires et des prestations spécifiques annexées ci-après et remboursées conformément au tarif de responsabilité adopté par la Conseil d'Administration de la mutuelle.

Section 2 : Prestations non garanties

Article 17 : Outre les limites de remboursements prévues à l'article 12 du présent règlement mutualiste, ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :

- les actes non couverts par la CAFAT, sauf prestations sur-complémentaires et spécifiques mentionnées au tableau descriptif des prestations ci-après annexé.

Ne peuvent également donner lieu à remboursement par la mutuelle les soins résultants :

- de blessures reçues au cours d'une rixe, d'une émeute ou qui sont la conséquence d'une guerre étrangère ou d'une guerre civile ;
- de traitements esthétiques sans justification médicale, de mutilations volontaires ainsi que des soins ou actes consécutifs à ces traitements ou mutilations ;
- de blessures ou maladies indemnisées en vertu de la législation CAFAT ou de la réglementation de la fonction publique applicable en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles.

Les accidents ne sont pas pris en charge. Toutefois, la mutuelle peut faire l'avance des frais sous réserve d'être en possession de tous les éléments nécessaires pour activer sa faculté de subrogation à l'égard de l'assureur en charge du sinistre.

Article 18 : Le remboursement des dépenses de santé par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Les prestations garanties sont limitées aux frais réellement exposés, étant tenu compte de l'intervention effective ou non du régime obligatoire et éventuellement de tout autre organisme complémentaire.

La mutuelle se réserve le droit de faire exercer un contrôle médical, dentaire ou administratif à tout moment. Le contrôle médical ou dentaire est assuré par le médecin ou le dentiste conseil de la mutuelle, agréé par elle, après information des Conseils de l'Ordre des Médecins et Dentistes. Le contrôle administratif est diligenté par la mutuelle.

Section 3 : Dispositions générales

Article 19 : Règlement des prestations

Les prestations de la mutuelle sont versées en complément du régime obligatoire dont bénéficie l'adhérent et sur la base du tarif de responsabilité de la mutuelle. Les remboursements sont effectués par la mutuelle au vu des feuilles de soins transmises par l'adhérent ou des documents transmis par la CAFAT ou les professionnels de santé dans le cadre du procédé de dématérialisation. En vertu des conventions passées avec les professions de santé ou les établissements hospitaliers, la mutuelle peut régler directement les prestations à ceux-ci, dans les conditions prévues par la loi et par les termes de la convention de tiers payant liant la mutuelle au professionnel de santé concerné. A défaut, les prestations dues par la mutuelle sont réglées sur présentation de l'original du décompte du régime obligatoire et, le cas échéant, original des justificatifs de dépense et de paiement, prescription, factures ou autres pièces jugées utiles au versement de la prestation.

Article 20 : Délai de forclusion et de réclamation

Les demandes de remboursement de prestations accompagnées de justificatifs nécessaires, doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de deux ans, à compter de l'acte médical ou du décès.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées par la mutuelle, doit être instruite dans un délai de 5 mois à compter du paiement ou de la décision de refus.

Article 21 : Ordre d'intervention des caisses en cas de pluralité d'affiliation

L'ordre d'intervention des caisses est fixé par convention signée entre les mutuelles.

Article 22 : Accès aux réalisations sanitaires et sociales

Les contrats collectifs ou individuels précisent les modalités, définies par le présent règlement, selon lesquelles les membres accèdent aux réalisations sanitaires et sociales de la mutuelle et des réseaux partenaires.

COTISATIONS

Article 23 : Principes

Les membres participants et honoraires de la mutuelle s'engagent au paiement des cotisations conformément aux dispositions prévues dans le contrat qu'ils ont souscrit.

Dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ayant souscrit un contrat collectif avec la mutuelle assure impérativement le précompte des cotisations.

Article 24 : Défaut de paiement des cotisations

Article 24.1 Contrats individuels

A défaut de paiement de la cotisation et, indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties à l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent sans pour autant libérer le membre participant des cotisations dues.

La garantie non résiliée est rétablie dès lors qu'ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 24.2 Contrats collectifs

24.2.1 Suspension de la garantie

A défaut de paiement d'une cotisation, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur. Ce dernier est informé, lors de la mise en demeure, des conséquences que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

La garantie suspendue est rétablie dès lors qu'ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

24.2.2 Majorations de retard

A défaut de paiement des cotisations à l'échéance qui suit d'au moins un mois son appel, il est appliqué, à la charge exclusive de l'employeur, une majoration de retard, à défaut de dispositions contractuelles spécifiques, de 1,5% du montant des cotisations qui n'ont pas été versées. La majoration se renouvelle mensuellement, jusqu'au jour du paiement effectif, sur l'ensemble de la dette, sans qu'aucune formalité ou mise en demeure préalable ne soit nécessaire. Les frais de recouvrement des cotisations et majorations sont à la charge de la partie payante. La mutuelle conserve son droit de poursuivre en justice l'exécution du contrat.



DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SOLIDAIRES

SECTION 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 25 : Principes communs aux contrats solidaires

Article 26 : Cotisations

Article 27 : Prestations

SECTION 2 : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET OUVERTURE DES DROITS

Article 28

Article 29 : Changement de situation familiale du
membre participant

SECTION 3 : TERME DE LA GARANTIE

Article 30 : Demande de radiation ou décès d'un
adhérent

Article 31 : Demande de radiation ou décès d'un ayant
droit

Article 32 : Radiation d'office d'un ayant droit

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SOLIDAIRES

Section 1 : Dispositions générales

Article 25 : Principes communs aux contrats solidaires

Les contrats solidaires, prenant la forme soit d'un contrat collectif, soit d'un contrat individuel, sont fondés sur trois grands principes de solidarité :

- 1/ Une solidarité intergénérationnelle visant à couvrir équitablement toutes les générations et assurée par une contribution des actifs cotisant à la couverture des retraités ou conjoints survivants, adhérant à titre individuel, lorsqu'ils justifient d'une durée d'adhésion d'au moins sept ans à un contrat solidaire en qualité d'actif.
- 2/ Une solidarité familiale se traduisant d'une part, par un principe d'adhésion obligatoire de la famille, c'est-à-dire du conjoint ou partenaire pacsé de l'adhérent actif et de leurs enfants tels que définis au contrat, et d'autre part, par un taux de cotisation évoluant en fonction du nombre d'ayants droit couverts et dégressif pour les enfants en fonction de leur nombre.
- 3/ Une solidarité du plus favorisé pour le démuné assurée par une cotisation proportionnelle aux rémunérations dans les contrats collectifs solidaires et par une cotisation forfaitaire calculée en fonction des dernières rémunérations d'actif pour les retraités.

Article 26 : Cotisations

Article 26.1 : Dans le cadre d'un contrat collectif solidaire

La cotisation est versée mensuellement par l'employeur. Elle est composée pour chacun de ses personnels :

- d'une part patronale déterminée contractuellement et ne pouvant être inférieure à 50 % du montant global de la cotisation versée au titre de l'adhésion du personnel, de son conjoint ou partenaire pacsé et de leurs enfants ;
- d'une part à la charge du personnel, qui est précomptée sur son bulletin de paie et versée par l'employeur en même temps que la part patronale.

La cotisation versée au titre des autres ayants droit (concubin, ascendants et autres personnes à charge de l'adhérent) est intégralement à la charge du personnel et précomptée en même temps que la cotisation due au titre de l'adhésion obligatoire.

Pour toute demande de changement de statut d'un ayant droit (ex : un concubin devenant conjoint), la participation de l'employeur intervient le premier jour du mois suivant la date de déclaration de l'évènement, matérialisée par la réception d'un bulletin modificatif auprès de la mutuelle.

Les cotisations salariales et patronales versées par chaque employeur sont assises, dans la limite des assiettes planchers et plafonds de cotisations applicables, sur l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par l'adhérent compte tenu des avantages en nature et indemnités diverses. Les taux de ces cotisations et les planchers et plafonds applicables, sont fixés par l'Assemblée Générale, et annexés au présent règlement mutualiste. Les salaires soumis à cotisation sont les salaires bruts.

Les planchers et plafonds s'appliquent à l'ensemble des rémunérations déclarées au cours du mois, qu'il s'agisse des rémunérations versées au titre dudit mois ou au titre de régularisations antérieures ne pouvant concerner des périodes de plus de deux ans.

Sont considérées comme rémunérations, toutes sommes versées ou dues à l'adhérent en contrepartie ou à l'occasion d'un travail, notamment, les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations salariales, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent ayant le caractère d'une rémunération, les avantages en nature ainsi que les sommes perçues directement par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire, à l'exclusion des sommes ayant le caractère de dommages et intérêts et des indemnités d'éloignement, de la prime au pouvoir d'achat au sens de la loi du pays n° 2020-2 du 20 janvier 2020 de soutien à la croissance de l'économie calédonienne, de la prime d'intéressement au sens de la loi du pays n° 2014-8 du 18 février 2014 relative à l'intéressement, des titres-repas au sens de la loi du pays n° 2013-9 du 22 novembre 2013 relative aux titres-repas. L'estimation des rémunérations allouées sous la forme d'avantages en nature est faite d'après leur valeur réelle, lorsqu'elle n'est pas fixée par des dispositions réglementaires particulières ou par la convention collective applicable.

Les indemnités représentatives de frais professionnels sont exclues des rémunérations servant de base au calcul des cotisations dans des conditions et limites fixées par délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie.

Pour tout adhérent travaillant régulièrement pour le compte de plusieurs employeurs, les cotisations sont assises sur les rémunérations brutes respectives.

Les rémunérations et gains perçus sont obligatoirement déclarés par l'employeur à la mutuelle au plus tard le quinze du mois suivant celui au titre duquel ils sont versés. A défaut de déclaration à la mutuelle, une mise en demeure est adressée à l'employeur l'informant que la garantie peut être suspendue au premier jour du mois suivant.

La cotisation est versée par l'employeur au plus tard à la fin du mois suivant celui au titre duquel les rémunérations et gains ont été versés au personnel. Dans toutes les situations où l'employeur ne verse pas de rémunération à un personnel (maladie non indemnisée, congé maternité, grève, etc.), une cotisation assise sur l'assiette plancher est due par l'employeur, sauf lorsque le personnel est placé préalablement en congé non rémunéré (congé sans solde, disponibilité, etc.). L'assiette plancher est, le cas échéant, proratisée au 30ème lorsque l'embauche ou la radiation d'un personnel intervient au cours d'un mois.

Article 26.2 : Dans le cadre des contrats individuels solidaires

Pour bénéficier d'un contrat individuel solidaire, le souscripteur doit justifier d'une adhésion à un contrat collectif solidaire en qualité d'actif lors de son admission à la retraite ou de sa fin d'activité et justifier d'une durée d'adhésion d'au moins sept ans à ce contrat. Seuls le conjoint, le partenaire titulaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'adhérent, le ou les enfants de moins de 28 ans, naturels ou légitimes de l'adhérent peuvent devenir ayant droit du contrat individuel solidaire, sous réserve de remplir les conditions requises ci-dessous précisées. Le ou les enfants de moins de 28 ans, naturels ou légitimes du conjoint, le partenaire titulaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de l'adhérent ne peuvent devenir ayant droit du contrat individuel solidaire que si leur parent est rattaché au dit contrat en qualité d'ayant droit. Le ou les éventuels ayants droit doivent également justifier d'une adhésion au contrat collectif solidaire au moment de la demande de rattachement et d'une durée d'adhésion d'au moins sept ans en qualité d'actif ou en qualité d'ayant droit. Toute personne justifiant des conditions de durée pour être souscripteur d'un contrat individuel solidaire ne peut être ayant droit d'un contrat individuel solidaire lorsque cela conduit à bénéficier d'une cotisation inférieure à celle à laquelle elle aurait été soumise en qualité de souscripteur.

Les personnes couvertes par un contrat solidaire individuel antérieurement à l'entrée en vigueur des deux précédents alinéas conserveront leur couverture jusqu'au terme de leur contrat.

La cotisation individuelle est forfaitaire et calculée selon les modalités annexées au présent règlement en considération des principes de solidarité ci-dessus énoncés, dans la limite du plancher et du plafond, le cas échéant, de cotisation applicable. La cotisation est annuelle, payable mensuellement et d'avance. L'ouverture des droits du membre participant et de ses ayants droit est subordonnée au versement des cotisations correspondantes. Les contrats individuels solidaires peuvent être cumulés avec des contrats collectifs solidaires, des contrats spécifiques ou des contrats proposant une couverture complémentaire couvrant le même risque.

Article 27 : Prestations

Quel que soit leur niveau de cotisation, les adhérents ayant souscrit un contrat solidaire bénéficient, à titre individuel et pour leurs ayants droit, d'une couverture complémentaire au régime de base de sécurité sociale ainsi que des prestations sur-complémentaires et spécifiques prévues au présent règlement mutualiste. Les contrats solidaires ouvrent un accès complet aux réalisations sanitaires et sociales de la MDF sauf décision individuelle d'exclusion prononcée conformément aux statuts et au règlement intérieur desdites réalisations sanitaires et sociales.

Section 2 : Prise d'effet de l'adhésion et ouverture des droits

Article 28 : Sauf dispositions spécifiques prévues aux contrats, l'adhésion et l'ouverture de droits du membre participant et de son ou ses ayants droit, prennent effet à la date de l'évènement (souscription du contrat, date d'embauche, date de fin d'activité, date de la retraite, date de décès de l'adhérent) si le bulletin d'adhésion ou le contrat individuel est transmis à la mutuelle dans les trois mois dudit évènement.

A défaut, l'adhésion et l'ouverture des droits aux prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale prennent effet au premier jour du mois suivant la date de souscription du bulletin d'adhésion ou de signature du

contrat individuel, une période de carence d'un mois étant appliquée pour les prestations sur- complémentaires et de six mois sur les spécifiques.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, le membre participant dans le cadre d'un contrat collectif solidaire peut solliciter une ouverture des droits à la date de l'évènement au-delà des trois mois dudit évènement sous réserve du versement rétroactif de l'ensemble des cotisations dues par l'employeur. Ces dérogations sont autorisées, sur examen, par le Bureau.

L'adhésion du conjoint ou partenaire pacsé de l'adhérent actif et de leurs enfants, jusqu'à 16 ans et au-delà s'ils poursuivent leurs études en Nouvelle-Calédonie, est obligatoire. Toutefois, lorsque ces derniers bénéficient d'une couverture complémentaire santé couvrant le même risque que celui pour lequel le membre participant adhère à la mutuelle, ils peuvent être dispensés de l'obligation d'adhésion à la couverture complémentaire santé de ce dernier, conformément aux dispositions prévues par la loi et à l'article 7 du présent règlement mutualiste.

Article 29 : Changement de situation familiale du membre participant

Article 29.1 : Adhésion et ouverture des droits

- Dans le cadre d'un contrat collectif solidaire

En cas d'évènements tels que naissance, adoption, mariage ou pacs, l'adhésion et l'ouverture des droits de l'ayant droit prennent effet à la date de l'évènement, si le bulletin modificatif est transmis à la mutuelle dans les trois mois dudit évènement.

A défaut, l'adhésion et l'ouverture des droits aux prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale prennent effet au premier jour du mois suivant la date de déclaration de l'évènement, matérialisée par la réception d'un bulletin modificatif auprès de la mutuelle, une période de carence d'un mois étant appliquée pour les prestations sur-complémentaires et de six mois sur les prestations spécifiques.

- Dans le cadre d'un contrat individuel solidaire

En cas d'évènements tels que naissance, adoption, mariage ou pacs, l'adhésion et l'ouverture des droits de l'ayant droit prennent effet à la date de l'évènement, si l'avenant au contrat individuel est transmis à la mutuelle dans les trois mois dudit évènement.

A défaut, l'adhésion et l'ouverture des droits aux prestations complémentaires au régime de base de sécurité sociale prennent effet au premier jour du mois suivant la date de déclaration de l'évènement, matérialisée par la réception de l'avenant au contrat individuel auprès de la mutuelle, une période de carence d'un mois étant appliquée pour les prestations sur-complémentaires et de six mois sur les prestations spécifiques.

- Dispositions communes

L'adhésion et l'ouverture des droits du concubin et des autres personnes à charge prennent effet au premier jour du mois suivant la date de signature du bulletin modificatif ou de l'avenant au contrat individuel, une période de carence d'un mois étant appliquée pour les prestations sur-complémentaires et de six mois sur les prestations spécifiques.

Dans tous les cas, le membre participant peut être dispensé de période de carence s'il prouve que son ayant droit, quel qu'il soit bénéficiait, précédemment à la demande d'adhésion à la mutuelle, d'une couverture complémentaire couvrant le même risque que celui garanti par cette dernière.

Article 29.2 : Effet sur les cotisations dues et principe de mensualisation

Chaque mois de cotisation est indivisible. Ainsi, en cas de changement dans la composition de la famille couverte par la mutuelle, le paiement de la cotisation s'effectue selon les modalités suivantes :

- pour toute adhésion d'un ayant droit prenant effet dans le mois, le paiement de la cotisation ne démarre que le premier jour du mois suivant ;
- pour toute radiation d'un ayant droit prenant effet dans le mois, le mois entamé est dû.

Cette règle ne s'applique pas lorsque l'adhésion ou la radiation d'un ayant droit résulte de l'adhésion ou de la radiation de l'adhérent auquel il est attaché.

Section 3 : Terme de la garantie

Article 30 : Demande de radiation ou décès d'un adhérent

Lorsqu'un bulletin de radiation est transmis par l'employeur à la mutuelle avant la fin du mois de ladite radiation, la garantie couvrant l'adhérent et ses ayants droit cesse à la date de sortie de l'intéressé des effectifs de l'employeur. En cas de résiliation du contrat individuel, la garantie de l'adhérent et de ses ayants droit cesse à l'échéance annuelle du contrat, sauf dispositions spécifiques prévues par la loi ou le contrat.

En cas de décès de l'adhérent, la garantie couvrant ce dernier et ses ayants droit cesse à la date du décès à minuit sous réserve que le décès ait été dûment déclaré par les ayants droit à la mutuelle. Les ayants droit ont la possibilité de souscrire un autre contrat.

Pour les contrats individuels, chaque mois de cotisation étant indivisible, l'intégralité de la cotisation correspondant au mois du décès de l'adhérent est due. Aucun remboursement de cotisation n'est effectué.

Article 31 : Demande de radiation ou décès d'un ayant droit

En cas de demande de radiation d'un ayant droit, la garantie couvrant ce dernier cesse à la date de la demande matérialisée par la transmission d'un bulletin modificatif ou un avenant à la mutuelle. En cas de décès d'un ayant droit, la garantie couvrant ce dernier cesse à la date du décès à minuit sur présentation des justificatifs demandés.

Chaque mois de cotisation étant indivisible, l'intégralité de la cotisation correspondant au mois de la demande de radiation ou du décès de l'ayant droit est due. Aucun remboursement de cotisation n'est effectué.

Article 32 : Radiation d'office d'un ayant droit

La mutuelle procède à une radiation d'office de l'ayant droit enfant ayant atteint la limite d'âge fixée à vingt-huit ans. La radiation et la fin de la garantie ont lieu au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle il a atteint la limite d'âge

A photograph of three people (two men and one woman) walking and smiling in a grassy field under a blue sky. The image is partially obscured by a large white circular graphic element.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ VOLONTAIRE »

SECTION 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 33 : Champ de recrutement

Article 34 : Prestations

Article 35 : Cotisations

SECTION 2 : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET OUVERTURE DES DROITS

Article 36

Article 37 : Changement de situation familiale de
l'adhérent

SECTION 3 : TERME DE LA GARANTIE

Article 38 : Demande de radiation ou décès d'un ayant
droit

Article 39 : Radiation d'office

Article 40 : Radiation et Décès de l'adhérent

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS « COMPLÉMENTAIRE SANTÉ VOLONTAIRE »

Section 1 : Dispositions générales

La mutuelle propose un contrat individuel complémentaire santé volontaire et peut proposer un contrat collectif complémentaire santé volontaire.

Article 33 : Champ de recrutement

Les contrats complémentaire santé volontaire sont ouverts notamment aux personnes ne remplissant pas les conditions pour bénéficier d'un contrat solidaire.

Article 34 : Prestations

Les adhérents ayant souscrit un contrat complémentaire santé volontaire bénéficient, à titre individuel et, le cas échéant, pour leurs ayants droit, de la couverture complémentaire de base au régime de sécurité sociale. Celle-ci permet l'accès aux pharmacies mutualistes et réseaux partenaires. Ils peuvent souscrire sur option à la couverture sur-complémentaire et spécifique figurant dans le tableau des prestations joint en annexe du présent règlement mutualiste. L'option couverture sur-complémentaire et spécifique est souscrite, le cas échéant, par l'adhérent pour l'ensemble des ayants droit mentionnés au contrat. L'accès aux autres réalisations sanitaires et sociales de la MDF est conditionné à la souscription de l'option correspondante par l'adhérent pour l'ensemble des ayants droit mentionnés au contrat.

Article 35 : Cotisations

Le montant des cotisations des contrats complémentaire santé volontaire est forfaitaire. La cotisation est annuelle, payable mensuellement et, sauf dispositions contractuelles contraires, d'avance. Pour toute couverture intervenant en cours de mois, la totalité de la cotisation est due. Les cotisations varient en fonction des options choisies au contrat et de l'âge de chacun des bénéficiaires.

Section 2 : Prise d'effet de l'adhésion et ouverture des droits

Article 36 : Sauf disposition contractuelle contraire, l'adhésion et l'ouverture des droits du membre participant et de son ou ses ayants droit prennent effet au premier jour du mois qui suit la date de souscription du contrat, sous réserve du paiement des cotisations. Le cas échéant, une période de carence d'un mois s'applique sur les prestations sur-complémentaires et de six mois sur les prestations spécifiques. La période de carence d'un mois pour les prestations sur-complémentaires ne s'applique pas si l'adhérent prouve pour lui-même et ses ayants droit concernés, qu'ils bénéficiaient, précédemment à sa souscription au contrat santé volontaire, d'une couverture complémentaire couvrant le même risque que celui garanti par ledit contrat.

La période de carence de six mois pour les prestations spécifiques ne s'applique pas si l'adhérent prouve pour lui-même et ses ayants droit concernés, qu'ils bénéficiaient, précédemment à sa souscription au contrat santé volontaire, d'une couverture complémentaire santé auprès de la MDF. Lorsque la période de carence ne s'applique pas, les droits sont immédiatement ouverts, sous réserve du paiement des cotisations.

Article 37 : Changement de situation familiale de l'adhérent

En cas de naissance ou d'adoption, l'adhésion et l'ouverture des droits prennent effet à la date de l'évènement, si la déclaration à la mutuelle est faite dans les trente jours suivant la date dudit évènement, et sous réserve du paiement des cotisations. A défaut, l'adhésion et l'ouverture des droits prennent effet au premier jour du mois qui suit la date de souscription, sous réserve du paiement des cotisations, avec application, le cas échéant, d'une période de carence d'un mois pour les prestations sur-complémentaires et de six mois sur les prestations spécifiques. Pour toute autre affiliation d'un ayant droit, l'adhésion et l'ouverture des droits prennent effet au premier jour du mois qui suit la date de souscription sous réserve du paiement des cotisations, avec application, le cas échéant, d'une période de carence d'un mois pour les prestations sur-complémentaires et de six mois pour les prestations spécifiques.

Dans tous les cas, la période de carence d'un mois pour les prestations sur-complémentaires ne s'applique pas si l'adhérent prouve que son ayant droit bénéficiait, précédemment à la demande d'adhésion au contrat, d'une couverture complémentaire couvrant le même risque que celui garanti par ledit contrat.

La période de carence de six mois pour les prestations spécifiques ne s'applique pas si l'adhérent prouve que son ayant droit bénéficiait, précédemment à la demande d'adhésion au contrat santé volontaire, d'une couverture complémentaire santé auprès de la MDF.

Section 3 : Terme de la garantie

Article 38 : Demande de radiation ou décès d'un ayant droit

En cas de décès d'un ayant droit, la garantie couvrant ce dernier cesse à la date du décès à minuit sur présentation des justificatifs demandés par la mutuelle. Aucun remboursement de cotisations n'est effectué. Sauf dispositions spécifiques prévues au contrat, la demande de radiation d'un ayant droit prend effet à l'échéance annuelle du contrat. Aucun remboursement de cotisation n'est effectué.

Article 39 : Radiation de l'ayant droit enfant de plus de 28 ans

La mutuelle peut procéder, sur demande de l'adhérent, à la radiation d'office de l'ayant droit enfant qui a atteint la limite d'âge fixée à vingt-huit ans. La radiation et la fin de la garantie interviennent à l'échéance annuelle du contrat.

Article 40 : Radiation et Décès de l'adhérent

En cas de résiliation du contrat individuel, la garantie de l'adhérent et de ses ayants droit cesse à l'échéance annuelle du contrat, sauf dispositions spécifiques prévues par la loi ou le contrat. Lorsqu'un bulletin de radiation est transmis à la mutuelle par un employeur avant la fin du mois de ladite radiation, la garantie couvrant l'adhérent et ses ayants droit cesse à la date de sortie de l'intéressé des effectifs de l'employeur. En cas de décès, la garantie cesse à la date du décès à minuit sous réserve que le décès ait été dûment déclaré par les ayants droit à la mutuelle. Les ayants droit ont la possibilité de souscrire un autre contrat. Chaque mois de cotisation étant indivisible, l'intégralité de la cotisation correspondant au mois du décès de l'adhérent est due. Aucun remboursement de cotisation n'est effectué.

A photograph of a group of people, including a woman with long brown hair and a man in a checkered shirt, looking at a smartphone together. The image is partially obscured by a large white circular graphic element.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SPECIFIQUES & DISPOSITIONS TRANSITOIRES

LA MUTUELLE PEUT PROPOSER DES CONTRATS SPÉCIFIQUES INDIVIDUELS OU COLLECTIFS

Article 41 : Champ de recrutement

Article 42 : Dispositions générales

Article 43 : Dispositions transitoires

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CONTRATS SPECIFIQUES & DISPOSITIONS TRANSITOIRES

La mutuelle peut proposer des contrats spécifiques individuels ou collectifs.

Article 41 : Champ de recrutement

Les contrats spécifiques sont des contrats souscrits avec les catégories d'individus pour lesquels ils ont été conçus.

Article 42 : Dispositions générales

Les dispositions relatives à la durée ainsi que celles relatives à la prise d'effet de l'adhésion, l'ouverture des droits et le terme de la garantie sont celles fixées aux contrats. Les prestations et cotisations arrêtées pour les contrats spécifiques, ainsi que la liste des réalisations sanitaires et sociales auxquelles ils ouvrent l'accès, sont annexées au règlement mutualiste.

Article 43 : Dispositions transitoires

Le présent règlement mutualiste entrera en vigueur à compter de la date effective de l'abrogation de l'arrêté modifié n°71-549/CG du 9 décembre 1971 relatif à l'institution d'un régime d'assurance sociale au profit des fonctionnaires des cadres territoriaux et des agents des services publics territoriaux et provinciaux.

Préalablement à l'entrée en vigueur du règlement mutualiste, la mutuelle peut engager la signature des contrats sus mentionnés audit règlement pour une prise d'effet à compter, au plus tôt, de la date d'entrée en vigueur dudit règlement.

Les membres participants couverts par la MDF en application de la loi du 1^{er} avril 1898 relatives aux sociétés de secours mutuels, de l'arrêté n°71549/CG du 9 décembre 1971 antérieurement à son abrogation et de ses statuts antérieurs ne sont couverts en application du présent règlement mutualiste que sous réserve de la souscription d'un contrat collectif ou individuel prévu au présent règlement.

Les périodes d'affiliation antérieures à l'entrée en vigueur du présent règlement sont considérées dans la détermination de la durée d'adhésion mentionnée à l'article 25 du présent règlement.

Les durées d'affiliation d'un actif à la MDF par l'intermédiaire d'un ou plusieurs organismes employeurs, en application de l'arrêté n°71549/CG du 9 décembre 1971, sont alors assimilées à une adhésion à un contrat collectif solidaire en qualité d'actif.

Les membres participants affiliés en qualité de retraités ou de veufs ou veuves antérieurement et jusqu'à l'entrée en vigueur du présent règlement, peuvent souscrire un contrat solidaire sous réserve que leurs employeurs principaux soient titulaires, à l'entrée en vigueur du présent règlement, d'un contrat collectif pour la catégorie de personnel à laquelle ils avaient appartenu lorsqu'ils étaient actifs. Dans ce cas, la cotisation forfaitaire individuelle est, à titre dérogatoire, calculée au montant supérieur le plus proche de la dernière cotisation familiale versée antérieurement, sous réserve du plancher de cotisation applicable. Les membres participants affiliés en qualité de veufs ou veuves peuvent souscrire un contrat solidaire « conjoint survivant », tel que défini au présent règlement sous réserve que leurs employeurs principaux soient titulaires d'un contrat collectif en vigueur pour la catégorie de personnel à laquelle ils étaient rattachés lorsque leur conjoint était actif.

Sont considérés comme employeurs principaux, les employeurs par lesquels l'adhérent a été affilié à la mutuelle de manière prédominante au cours de ses douze dernières années d'activité.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa, les membres participants affiliés en qualité de retraités de l'un des cadres de la fonction publique nationale ou militaire, soumis au plancher de cotisation par personne protégée instauré par le Conseil d'Administration du 16 mai 2014, à l'entrée en vigueur du présent règlement, ne peuvent souscrire qu'un contrat complémentaire santé volontaire.



ANNEXES

ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableaux des prestations applicables aux différents contrats

ANNEXE 2 : Cotisations applicables dans le cadre des différents contrats

ANNEXE 3 : Planchers et plafonds de cotisations applicables aux contrats solidaires

ANNEXE 4 : Cotisation applicable aux contrats spécifiques

ANNEXE 5 : Modalités de demande de radiation par un ayant droit majeur

ANNEXE 6 : Pluralité de caisses

ANNEXES

Annexe 1 : Tableaux des prestations applicables aux différents contrats

Tableau des prestations applicables aux contrats solidaires, contrat « santé volontaire » et spécifique étudiant.

(a) Les taux de prise en charge incluent la part du régime de base. Ils s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Cafat.

(b) En cas d'absence de remboursement du régime de base : le seul remboursement MDF ne pourra être supérieur à la part MDF d'un bénéficiaire ayant eu une part régime de base remboursée

(c) Sous réserve des dispositions légales en vigueur relatives au ticket modérateur sur le risque maladie.

DÉTAILS DES REMBOURSEMENTS	CONTRATS SOLIDAIRES (= SERVICE PLUS)		
	CONTRAT SANTÉ VOLONTAIRE		
	ESSENTIEL (a) (b) (c)	CONFORT (a) (b) (c)	SERVICE PLUS (a) (b) (c)
	CONTRAT SPECIFIQUE ETUDIANT (a) (b) (c)		
HOSPITALISATION			
Frais de séjour du 1 ^{er} au 12 ^e jour	100%	100%	100%
Honoraires médicaux du 1 ^{er} au 12 ^e jour	100%	100%	100%
Forfait journalier d'hébergement	-	1 000 F	1 000 F
FRAIS MÉDICAUX COURANTS			
Honoraires d'établissements (soins externes)			
Accueil et traitement d'urgence	100%	100%	100%
Frais de salle d'opération, d'anesthésie, de sécurité et environnement...	100%	100%	100%
Produits sanguins	100%	100%	100%
Forfaits consommables	100%	100%	100%
Médicaments coûteux	100%	100%	100%
Forfait technique Scanner	100%	100%	100%
Forfait technique IRM	100%	100%	100%
Actes médicaux			
Consultations, visites généralistes/spécialistes	100%	100%	100%
Actes de chirurgie, actes techniques, actes d'échographie remboursables CAFAT	100%	100%	100%
Actes de chirurgie non remboursables CAFAT	-	60%	60%
Actes d'imagerie (hors échographie)			
Radiologie	100%	100%	100%
Forfait ostéodensitométrie non remboursable CAFAT / examen	-	10 000 F (2 fois maxi)	10 000 F (2 fois maxi)
Analyses en laboratoire			
Actes d'analyse	100%	100%	100%
Prélèvements remboursables CAFAT	100%	100%	100%
Prélèvements non remboursables CAFAT	-	60%	60%
Auxiliaires médicaux (médicalement justifiés) et autres professions libérales			
Soins infirmiers remboursables CAFAT	100%	100%	100%
Soins infirmiers non remboursables CAFAT	-	60%	60%
Kinésithérapie remboursable CAFAT	100%	100%	100%
Kinésithérapie non remboursable CAFAT	-	60% (max 15 séances / année civile)	60% (max 15 séances / année civile)
Honoraires de sages-femmes (hors maternité)	100%	100%	100%
Orthophonie	100%	100%	100%
Orthoptie	100%	100%	100%
Forfait Ostéopathie-Chiropraxie / séance	-	5 000 F (max 3 séances / année civile)	5 000 F (max 3 séances / année civile)
Forfait suivi psychologique auprès de professionnels agréés par la MDF / séance	-	4 500 F (max 20 séances / année civile)	4 500 F (max 20 séances / année civile)

(a) Les taux de prise en charge incluent la part du régime de base. Ils s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Cafat.
 (b) En cas d'absence de remboursement du régime de base : le seul remboursement MDF ne pourra être supérieur à la part MDF d'un bénéficiaire ayant eu une part régime de base.
 (c) Sous réserve des dispositions légales en vigueur relatives au ticket modérateur sur le risque maladie
 (d) Un trajet s'entend par un transport aller ou retour
 (e) Un déplacement s'entend par l'aller et le retour

DÉTAILS DES REMBOURSEMENTS	CONTRATS SOLIDAIRES (= SERVICE PLUS)		
	CONTRAT SANTÉ VOLONTAIRE		
	ESSENTIEL (a) (b) (c)	CONFORT (a) (b) (c)	SERVICE PLUS (a) (b) (c)
	CONTRAT SPECIFIQUE ETUDIANT (a) (b) (c)		
Forfait suivi nutrition auprès de professionnels conventionnés par la MDF (IMC ≥ 26 ou après avis de la MDF)	-	Bilan 6 500 F Consultation de suivi 3 500 F Plaf. de 31 000 F / année civile	Bilan 6 500 F Consultation de suivi 3 500 F Plaf. de 31 000 F / année civile
Forfait « pratiques bien-être » auprès de professionnels conventionnés par la MDF et non remboursés par la CAFAT (naturopathie, kinésiologie, shiatsu, PBA, sophrologie) / séance	-	2 500 F (max 2 séances / année civile toutes pratiques confondues)	2 500 F (max 2 séances / année civile toutes pratiques confondues)
Soins pédicure/podologue remboursables CAFAT / séance	100%	100% + Complément (Rembt global plafonné à 2 100 F)	100% + Complément (Rembt global plafonné à 2 100 F)
Soins pédicure/podologue non remboursables CAFAT / séance	-	2 100 F	2 100 F
Pharmacie / prestations et produits médicaux			
Produits pharmaceutiques	100%	100%	100%
Dispositifs médicaux prévus sur la LPPR remboursables CAFAT	100%	100%	100%
Dispositifs médicaux prévus sur la LPPR et non remboursables CAFAT	-	60%	60%
Oxygénothérapie	100%	100%	100%
Appareil auditif A partir de 20 ans	100%	100% + Complément (Rembt global plafonné à 176 640 F)	100% + Complément (Rembt global plafonné à 176 640 F)
Autres cas acceptés par la CAFAT	100%	100%	100%
Semelles orthopédiques remboursables CAFAT / semelle	100%	100% + Complément (Rembt global plafonné à 4 000 F)	100% + Complément (Rembt global plafonné à 4 000 F)
Semelles orthopédiques non remboursables CAFAT / semelle	-	4 000 F	4 000 F
Contraceptifs hormonaux, dispositifs intra-utérin	100%	100%	100%
Forfait pilules contraceptives non remboursables CAFAT	-	11 000 F / année civile	11 000 F / année civile
Contraception d'urgence (pilule du lendemain) avec ordonnance	100%	100%	100%
Forfait arrêt tabac pour les délivrances non remboursables CAFAT (Traitement nicotinique de substitution)	-	5 000 F / année civile	5 000 F / année civile
Transports en ambulance/VSL et frais de déplacement			
Transports non urgents en rapport avec une consultation ou un examen radiologique	100%	100%	100%
Transports consécutifs à une hospitalisation ou une intervention chirurgicale	100%	100%	100%
Frais de déplacements depuis les îles pour consultations ou examens spécialisés remboursables CAFAT / trajet (d) / semaine	100%	100%	100%
Continuité santé pays liée aux frais de déplacements depuis les îles pour consultations ou examens spécialisés / trajet (d) / semaine <i>Cumulable le cas échéant avec les frais de déplacement</i>	-	6 900 F	6 900 F
Frais de déplacements non remboursables CAFAT depuis la Grande Terre en dehors du grand Nouméa pour consultations ou examens spécialisés / déplacement (e) / semaine / famille	-	Forfait selon distance	Forfait selon distance
FRAIS DENTAIRES			
Consultations, visites, soins...	100%	100%	100%
Prothèses	100%	180%	180%
Orthodontie remboursable CAFAT (traitement orthodontique)	100%	150%	150%
Orthodontie remboursable CAFAT (en dehors du traitement orthodontique : prise d'empreinte, contention...)	100%	100%	100%
Orthodontie non remboursable CAFAT	-	54 000 F / année civile	54 000 F / année civile
Forfait implants dentaires	-	70 000 F (3/année civile)	70 000 F (3/année civile)

(a) Les taux de prise en charge incluent la part du régime de base. Ils s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Cafat.
 (b) En cas d'absence de remboursement du régime de base : le seul remboursement MDF ne pourra être supérieur à la part MDF d'un bénéficiaire ayant eu une part régime de base.
 (c) Sous réserve des dispositions légales en vigueur relatives au ticket modérateur sur le risque maladie
 (d) Un trajet s'entend par un transport aller ou retour
 (e) Un déplacement s'entend par l'aller et le retour

DÉTAILS DES REMBOURSEMENTS	CONTRATS SOLIDAIRES (= SERVICE PLUS)		
	CONTRAT SANTÉ VOLONTAIRE		
	ESSENTIEL (a) (b) (c)	CONFORT (a) (b) (c)	SERVICE PLUS (a) (b) (c)
CONTRAT SPECIFIQUE ETUDIANT (a) (b) (c)			
FRAIS D'OPTIQUE (à partir du 01/01/2021 : Enfants < 16 ans : 1 paire de lunettes/an ; Adultes et enfants ≥ 16 ans : 1 paire de lunettes/2 ans)			
Montures remboursables CAFAT NC / <i>monture</i>	100%	200%	200%
Verres remboursables CAFAT NC / <i>verre</i>	100%	120%	120%
Montures remboursables CAFAT hors NC / <i>monture</i>	100%	100% + Complément (Rembt global plafonné à 9 300 F)	100% + Complément (Rembt global plafonné à 9 300 F)
Verres remboursables CAFAT hors NC / <i>verre</i>	100%	100% + Complément (Rembt global plafonné à 9 300 F)	100% + Complément (Rembt global plafonné à 9 300 F)
Autres accessoires d'optique remboursables CAFAT	100%	100%	100%
Forfait lentilles correctrices	-	25 000 F/année civile	25 000 F/année civile
Chirurgie réfractive au laser / <i>œil</i>	-	50 000 F	50 000 F
CURES THERMALES			
Frais médicaux de cure	100%	100%	100%
PRESTATIONS À VISÉE FAMILIALE OU SOCIALE			
Mesures en faveur des personnes en situation de handicap (Les montants indiqués n'incluent pas la prise en charge CAFAT lorsqu'elle existe)			
Fauteuils roulants remboursables CAFAT	-	190 000 F / 5 ans	190 000 F / 5 ans
Forfait réparations fauteuils roulants prévus sur la LPPR et remboursables CAFAT	-	7 000 F / Année civile	7 000 F / Année civile
Forfait équipements prévus sur la LPPR et remboursables CAFAT	-	45 000 F / 3 ans (Forfait selon liste)	45 000 F / 3 ans (Forfait selon liste)
Forfait équipements non prévus sur la LPPR et non remboursables CAFAT	-	55 000 F / 3 ans (Forfait selon liste)	55 000 F / 3 ans (Forfait selon liste)
Aménagements automobiles	-	114 104 F / 10 ans	114 104 F / 10 ans
Frais funéraires			
Aide aux frais funéraires	-	100 000 F	100 000 F
Aide au transfert de corps par voie terrestre du lieu de décès vers le lieu d'inhumation ou de crémation	-	Forfait selon distance	Forfait selon distance
Complément à la prise en charge de la commune pour le transfert de corps vers les îles	-	150 000 F	150 000 F
Autres prestations à visée familiale ou sociale			
Allocation layette	-	10 000 F/naissance	10 000 F/naissance
Forfait crèche agréée	-	10 000 F/mois	10 000 F/mois
Couches adultes	-	10 000 F/mois	10 000 F/mois
Hébergement pour raison médicale	-	-	4 200 F/nuit
Accès au Fonds d'Aide Sociale (FAS)	-	Selon avis de la commission	Selon avis de la commission
ACCÈS AUX RÉALISATION SANITAIRES ET SOCIALES			
Pharmacie de la Place	Oui	Oui	Oui
Cabinets dentaires (Nouméa, Dumbéa, Boulari, Bourail, Koné) et cabinets médicaux (Nouméa, Dumbéa, Boulari)	Non	Non	Oui
Enfantasia (Nouméa, Dumbéa)	Non	Non	Oui
Centres d'hébergement (Trianon, Dumbéa, Poé)	Non	Non	Oui
ACCÈS AU RÉSEAU DES PARTENAIRES			
Cabinets dentaires mutualistes (Lifou, Maré/Ouvéa), cabinet médical mutualiste (Pouembout), pharmacies mutualistes (Pont des français, Pouembout), Opticiens mutualistes, Audition mutualiste	Oui	Oui	Oui

Les soins effectués en téléconsultation sont non remboursables.

Prestations spécifiques – Modalités de mise en œuvre

Les précisions ci-dessous s'appliquent, aux contrats ou options éligibles à ces prestations, hors période de carence, et ont pour objet de définir leurs conditions de prises en charge lorsque des particularités existent.

HOSPITALISATION

Forfait journalier d'hébergement :

- Forfait applicable à chaque journée facturée
- La facture de la clinique ou de l'établissement hospitalier doit mentionner la durée du séjour et le nombre de journée facturées

FRAIS MEDICAUX COURANTS

Actes d'imagerie

Forfait ostéodensitométrie non remboursable CAFAT / examen

- 2 remboursements possibles dans la vie

Analyses en laboratoire

Prélèvements non remboursables CAFAT

- Les analyses prescrites donnant lieu au prélèvement doivent être remboursables par la CAFAT

Auxiliaires médicaux (médicament justifié) et autres professions libérales

Kinésithérapie non remboursable CAFAT

- Les soins de kinésithérapie doivent être médicalement justifiés
- 15 séances au maximum par année civile
- Un tarif d'autorité (40% du prix du tarif normal) peut se substituer au tarif normal si le kinésithérapeute n'est pas conventionné à la CAFAT mais néanmoins autorisé à exercer

Forfait Ostéopathie – Chiropraxie / séance :

- 3 séances possibles par année civile quelle que soit la spécialité (Ostéopathie ou Chiropraxie)
- Le professionnel doit être agréé par les autorités compétentes et, quand il exerce sur le territoire, être référencé à la MDF à la date des soins
- Les séances effectuées en Métropole peuvent donner lieu à un remboursement
- Le complément MDF d'une séance déjà remboursée par un premier organisme (MDC, MDN, MPL...) vaut pour une séance complète même si le remboursement n'atteint pas le montant MDF du forfait

Forfait suivi psychologique auprès de professionnels agréés par la MDF / séance :

- 20 séances au maximum par année civile
- Les bilans ne sont pas pris en charge

Forfait suivi nutrition auprès de professionnels conventionnés par la MDF (IMC $\geq$ 26 ou après avis de la MDF) :

- Le diététicien nutritionniste doit être agréé par la DASS
- Sont remboursables des consultations de suivi de 30 minutes minimum chacune et/ou d'un bilan d'une heure minimum, dans la limite de 31 000 F par année civile
- Le remboursement est accordé aux personnes présentant un Indice de Masse Corporelle (IMC) $\geq$ 26 ou aux personnes présentant une pathologie dont la diététique semble être le traitement principal : un avis de la MDF est un préalable dans ce dernier cas (demande faite par le professionnel à la MDF directement)
- Le remboursement a lieu à la fin du suivi nutrition

Forfait « pratiques bien-être » auprès de professionnels conventionnés par la MDF et non remboursés par la CAFAT (naturopathie, kinésiologie, shiatsu, PBA, sophrologie) / séance

- 2 séances possibles par année civile toutes pratiques confondues (Naturopathie, kinésiologie, shiatsu, PBA, sophrologie)
- Une séance dure au minimum une heure pour un adulte

Forfait soins pédicure/podologue non remboursables CAFAT / séance :

- Le bilan podologue n'est pas remboursable
- Seuls les soins sont pris en charge

Pharmacie / Prestations et produits médicaux

Semelles orthopédiques non remboursables CAFAT / semelle :

- 4 semelles au maximum par année civile

Forfait pilules contraceptives non remboursables CAFAT :

- Forfait par année civile, hors tiers payant (faire l'avance des frais et fournir la demande de remboursements)

Forfait arrêt tabac pour les délivrances non remboursables CAFAT (Traitement nicotinique de substitution) :

- Transmettre en priorité toute demande de remboursement à la CAFAT à l'attention du FACSP (Fonds Autonome de Compensation en Santé Publique)
- Transmettre à la MDF les achats suivants
- La MDF n'intervient pas en complément du FACSP

Transports en ambulance/VS Let frais de déplacement

Continuité santé pays liée aux frais de déplacements depuis les îles pour consultations ou examens spécialisés / trajet / semaine

Cumulable le cas échéant avec les frais de déplacement :

- Cette prestation concerne les Iles Loyauté, l'île des Pins et Bélep
- Elle vient se cumuler, lorsqu'ils sont applicables selon les règles CAFAT, avec les frais de déplacement (basés sur le tarif du transport le plus économique) dans la limite du prix du transport utilisé (avion ou bateau)
- Les règles de prises en charge sont les mêmes que celles de la prestation liée « frais de déplacement » à l'exception de l'application du tarif d'autorité si le professionnel consulté n'est pas conventionné CAFAT.

Frais de déplacement depuis les îles pour consultation ou examens spécialisés remboursables CAFAT

- Les conditions de prises en charges sont celles définies par la CAFAT
- La consultation ou l'examen spécialisé doit être remboursable par la CAFAT
- Le remboursement se fait par trajet : Aller ou Retour avec un maximum de 2 trajets (= un Aller/Retour) par semaine, par personne
- Sauf EVASAN, le billet Retour seul, ne peut être pris en charge
- L'ordonnance, obligatoire pour le remboursement, du médecin, du dentiste ou de la sage-femme du lieu de résidence orientant vers un spécialiste sur la Grande Terre doit être antérieure au transport
- Aller et doit préciser le motif du transport (consultation, radiologie...)
- La base de remboursement est celle du transport le plus économique (soit généralement le tarif bateau)
- Un tarif d'autorité (40% du prix du tarif normal) peut se substituer au tarif normal si le spécialiste consulté n'est pas conventionné à la CAFAT mais néanmoins autorisé à exercer
- La personne venant consulter sur la Grande terre doit avoir sa résidence sur les îles

Règles de prise en charge pour les enfants mineurs et leur accompagnateur éventuel :

- La commune de résidence de l'enfant est celle de la personne l'ayant à charge
- L'accompagnateur (parent ou grand-parent) doit cotiser à la MDF pour que son billet soit pris en charge
- Un seul accompagnateur est pris en charge même si plusieurs enfants ont des soins sur la Grande Terre
- Accompagnateur et enfant doivent voyager aux mêmes dates

- Un remboursement est possible pour certaines prestations non prises en charge par la CAFAT :

Spécialités du professionnel consulté pouvant donner lieu à une prise en charge (en dehors de toute prise en charge à 100% par la CAFAT)

Spécialité du professionnel consulté	Remboursement de la prestation « Frais de déplacement depuis les Iles »	Remboursements de la prestation « Continuité santé pays »
Tout médecin spécialiste -Actes remboursables par la CAFAT (consultation, radiologie...) -Actes non remboursables par la CAFAT (Ostéodensitométrie)	OUI NON	OUI OUI
Orthodontiste ou stomatologue -Actes remboursables par la CAFAT -Actes non remboursables par la CAFAT	OUI NON	OUI OUI
Laboratoire d'analyse médicale (Analyses remboursables par la CAFAT)	OUI	OUI
Kinésithérapeute -Actes remboursables par la CAFAT -Actes non remboursables par la CAFAT mais médicalement justifiés	OUI NON	OUI OUI
Orthophoniste	OUI	OUI
Orthoptiste	OUI	OUI
Prestataire d'oxygénothérapie	OUI	OUI
Fournisseur d'appareils auditifs	OUI	OUI
Pédicure/podologue -Actes remboursables par la CAFAT -Actes non remboursables par la CAFAT (hors bilan du podologue)	OUI NON	OUI OUI
Ostéopathe/Chiropraticien	NON	OUI
Psychologue	NON	OUI
Diététicien nutritionniste	NON	OUI

- Sont exclues les autres professions notamment : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et sages-femmes, professionnels du bien-être (sophrologie, shiatsu, PBA, kinésiologie) ...

Frais de déplacement non remboursables CAFAT depuis la Grande Terre en dehors du grand Nouméa pour consultations ou examens spécialisés / déplacement / semaine / famille

- Un déplacement est constitué d'un Aller ET d'un Retour avec un maximum d'un remboursement par semaine et par famille
- Le montant pris en charge dépend de la distance parcourue entre la commune de résidence et celle du lieu des soins
- Cette prise en charge n'étant pas automatique, la demande de remboursement doit être formulée sur la feuille de soins de l'acte du spécialiste, au moment de son dépôt à la MDF. Aucune régularisation ne pourra être effectuée après paiement dudit soin

Montant de la prise en charge :

Commune de résidence	Tarif MDF Aller/Retour sur Nouméa ou Grand Nouméa	Commune de résidence	Tarif MDF Aller/Retour sur Nouméa ou Grand Nouméa
BOULOUPARIS	664	OUÉGOA	3 440
BOURAIL	1 400	POINDIMIÉ	2 528
CANALA	1 336	PONÉRIHOUEN	2 280
FARINO	1 032	POUÉBO	3 600
HIENGHÈNE	3 120	POUEMBOUT	2 176
HOUAÏLOU	1 920	POUM	3 560
KAALA GOMEN	2 880	POYA/NÉPOUI	1 776
KONÉ	2 240	SARRAMÉA	1 080
KOUAQUA	1 464	THIO	1 040
KOUMAC	3 088	TOUHO	2 760
LA FOA	960	VOH	2 512
MOINDOU	1 104	YATÉ	632

Spécialités du professionnel consulté pouvant donner lieu une à prise en charge (en dehors de toute prise en charge à 100% par la CAFAT) :

- Tout médecin spécialiste : actes remboursables par la CAFAT (consultation, radiologie...) ou non remboursables (ostéodensitométrie)
 - Orthodontiste ou stomatologue : actes remboursables ou non par la CAFAT
 - Laboratoire d'analyse médicale : actes remboursables par la CAFAT uniquement
 - Kinésithérapie médicalement justifiée : actes remboursables ou non par la CAFAT
 - Orthophoniste
 - Orthoptiste
 - Prestataire d'oxygénothérapie
 - Fournisseur d'appareils auditifs
 - Pédicure/podologue (hors bilan du podologue)
 - Ostéopathe/Chiropraticien
 - Psychologue
 - Diététicien nutritionniste
- Sont exclues les autres professions notamment : médecins généralistes, chirurgiens- dentistes, infirmiers et sages-femmes, professionnels du bien-être (sophrologie, shiatsu, PBA, kinésiologie) ...

FRAIS DENTAIRES

Orthodontie non remboursable CAFAT :

- Cette prestation concerne :
 - Les traitements orthodontiques non remboursables par la CAFAT
 - Les examens préalables avec prise d'empreinte permettant l'établissement du diagnostic
 - La contention suivant ces traitements
- Sont exclus de la prestation les actes de radiologie pré ou post traitement

Forfait implant dentaire

- 3 remboursements d'implants au maximum par année civile
- Le remboursement est possible dès la pose de l'implant

FRAIS D'OPTIQUE

Forfait lentilles correctrices :

- Les achats sur internet sont possibles sous réserve que les lentilles soient estampillées CE et répondent aux exigences réglementaires européennes
- Le forfait peut se cumuler avec la prestation "Dispositifs médicaux prévus sur la LPPR remboursables CAFAT" (hors prise en charge à 100% par la CAFAT)

Chirurgie réfractive au laser / œil :

- Un seul remboursement/œil possible à vie
- Les soins effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge

PRESTATIONS A VISEE FAMILIALE OU SOCIALE

Mesures en faveur des personnes en situation de handicap

- La carte d'handicapé en cours de validité est obligatoire
- La prescription du médecin doit être jointe au dossier

Fauteuil roulant remboursable CAFAT

- La prestation MDF n'est possible qu'en cas d'accord du régime de base
- La facture du prestataire doit mentionner le refus éventuel ou l'accord du régime de base et son montant de prise en charge
- La prestation « fauteuil roulant » comprend l'achat du fauteuil ainsi que les adjonctions telles que la propulsion par moteur électrique, l'appui-tête, le repose pieds, la garde-robe complète...) référencées à la LPPR

- Le renouvellement de la prestation est possible au bout de 5 ans (si accord du régime de base).

Forfait réparations fauteuils roulants prévus sur la LPPR et remboursables CAFAT

- La prestation MDF n'est possible qu'en cas d'accord du régime de base
- La facture du prestataire doit mentionner le refus éventuel ou l'accord du régime de base et son montant de prise en charge
- Ce forfait réparation comprend toutes les réparations référencées à la LPPR

Forfait équipements prévus sur la LPPR et remboursables CAFAT

- La prestation MDF n'est possible qu'en cas d'accord du régime de base
- La facture du prestataire doit mentionner le refus éventuel ou l'accord du régime de base et son montant de prise en charge
- Les prestations remboursables dans le cadre de ce forfait sont :
 - Chaise percée (Code LPPR 101A02)
 - Béquilles (Code LPPR 101B01.5)
 - Canne tripode ou quadripode (Code LPPR 101B01.3)
 - Canne de marche (Code LPPR 101B01.1)
 - Déambulateur - achat (Code LPPR 101B04.1)
 - Coussin anti-escarres pneumatique (Code LPPR 103C03.21)

Forfait équipements non prévus sur la LPPR et non remboursables CAFAT

- Les prestations remboursables dans le cadre de ce forfait sont :
 - Chaise de douche
 - Tabouret de douche
 - Assise de chaise de douche
 - Assise de fauteuil de douche à grandes roues
 - Barres de maintien
 - Table à manger de lit
 - Planche de transfert
 - Oreiller cervical

Frais funéraires

Aide aux frais funéraires :

- Le tiers payant est possible avec la plupart des organismes de pompes funèbres
- En dehors du tiers payant, si le décès concerne un adulte, le remboursement aura lieu :
 - En cas de succession, sur le compte du notaire ou le compte mentionné dans le palabre de droit coutumier.
 - En l'absence de succession, sur le compte mentionné dans le formulaire MDF « Attestation sur l'honneur confirmant l'absence de succession ».

Aide au transfert de corps par voie terrestre du lieu de décès vers le lieu d'inhumation ou de crémation

- Cette prestation intervient après remboursement de l'Aide aux frais funéraires
- Elle ne concerne que les inhumations ou crémations faites en Nouvelle-Calédonie
- La facture acquittée du frais de transport doit comporter le nom de la personne décédée, le lieu de départ, la destination et le prix payé
- Si le décès concerne un adulte, le remboursement aura lieu :
 - En cas de succession, sur le compte du notaire ou le compte mentionné dans le palabre de droit coutumier.
 - En l'absence de succession, sur le compte mentionné dans le formulaire MDF « Attestation sur l'honneur confirmant l'absence de succession ».

Montant de la prise en charge basé sur un départ de Nouméa ou du Grand Nouméa :

Commune d'inhumation ou de crémation	Tarif MDF	Commune d'inhumation ou de crémation	Tarif MDF
BOULOPARIS	18 800	OUÉGOA	65 400
BOURAIL	32 400	POINDIMIÉ	52 200
CANALA	28 800	PONÉRIHOUE	48 000
FARINO	27 000	POUÉBO	75 000
HIENGHÈNE	64 800	POUEMBOU	46 800
HOUAÏLOU	40 800	POUM	72 600
KAALA GOMEN	62 400	POYA/NÉPOUI	37 200
KONÉ	47 400	SARRAMÉA	28 400
KOUAOUA	30 000	THIO	24 000
KOUMAC	64 800	TOUHO	57 000
LA FOA	25 920	VOH	54 000
MOINDOU	28 200	YATÉ	18 000

Complément à la prise en charge de la commune pour le transfert de corps vers les îles

- Cette prestation concerne les Iles Loyauté, l'Ile des Pins et Belep
- La facture acquittée du frais de transport doit obligatoirement comporter le nom de la personne décédée, le lieu de départ, la destination, le prix payé, ainsi que les informations de prise en charge de la commune ou de la province (refus ou accord mentionnant le montant accepté)
- Si le décès concerne un adulte, le remboursement aura lieu
 - En cas de succession, sur le compte du notaire ou le compte mentionné dans le palabre de droit coutumier.
 - En l'absence de succession, sur le compte mentionné dans le formulaire MDF « Attestation sur l'honneur confirmant l'absence de succession ».

Autres prestations à visée familiale ou sociale

Allocation layette :

- L'enfant doit avoir des droits ouverts à la MDF
- Son affiliation à un contrat solidaire doit être faite dans un délai de 3 mois à compter de sa naissance ou de son adoption, sous réserve que l'enfant adopté ait moins de 3 ans
- Le délai de 3 mois pour l'affiliation de l'enfant est ramené à 1 mois pour les contrats "complémentaire santé volontaire"
- L'allocation est unique
- Cette prestation étant soumise à la CCS (Contribution Calédonienne de Solidarité), son montant est déduit du remboursement et sera reversé par la MDF directement aux services fiscaux

Forfait crèche agréée :

- La crèche doit être agréée par les autorités compétentes
- Le forfait crèche peut être versé jusqu'aux 4 ans de l'enfant (mois d'anniversaire exclu), sous réserve qu'il ne soit pas scolarisé
- Cette prestation étant soumise à la CCS (Contribution Calédonienne de Solidarité), son montant est déduit du remboursement et sera reversé directement par la MDF aux services fiscaux

Hébergement pour raison médicale

- La prestation concerne les nuitées au centre d'hébergement MDF de Dumbéa Mutualité aux conditions d'admission définies à son règlement intérieur
- Le logement doit être inscrit au nom du bénéficiaire de la prise en charge, ou de son accompagnant majeur pour le cas d'un mineur
- Le bénéficiaire doit occuper le logement et ses droits s'étudient par nuitée
- Un seul remboursement par nuitée et par logement est admis.

- Le formulaire MDF de demande de prise en charge dûment complété doit être remis
- Le nombre maximal de nuitées pouvant être pris en charge (sous réserve de l'ouverture des droits du bénéficiaire à chacune des nuitées) est :

Toutes raisons médicales confondues* hors situation de grossesse	30 nuitées / année civile / bénéficiaire
Personne en situation de grossesse	30 nuitées / année civile / bénéficiaire

* Voir ci-dessous cas 1 à 3

1^{er} cas : Rendez-vous médical auprès de spécialistes définis

- Le rendez-vous doit être justifié par le professionnel de santé sur le formulaire MDF de demande de prise en charge
- Les spécialités du professionnel consulté pouvant donner lieu à prise en charge (quel que soit le taux de prise en charge CAFAT), sont :

Spécialité du professionnel consulté	Professionnel de santé conventionnés CAFAT	Professionnels agréés MDF
Tout médecin spécialiste	X	
Orthodontiste ou stomatologue	X	
Laboratoire d'analyse médicale	X	
Kinésithérapeute	X	
Orthophoniste	X	
Orthoptiste	X	
Prestataire d'oxygénothérapie	X	
Fournisseur d'appareils auditifs	X	
Pédicure/podologue	X	
Ostéopathe/Chiropraticien		X
Psychologue		X
Dietéticien nutritionniste		X

- Sont exclues les autres professions notamment : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, sages-femmes, professionnels du bien-être (sophrologie, shiatsu, PBA, kinésiologie)
- La prise en charge des nuitées s'étudie par ½ journée de RDV : une ½ journée de RDV donne droit à la prise en charge de la nuitée du jour du RDV ou de celle de la veille

Exemple :

RDV	Nombre maximal de nuitées remboursables
RDV Matin ou RDV Apm	1
RDV Matin et RDV Apm	2

2^{ème} cas : Personne ne pouvant s'éloigner du lieu des soins ou se rendre à son domicile

- Cette incapacité doit être justifiée par un certificat médical

3^{ème} cas : accompagnant d'une personne hospitalisée

- Le bulletin d'hospitalisation doit être fourni
- La prestation s'applique pour les nuitées allant de la veille de l'hospitalisation jusqu'à la nuitée du jour de sortie
- L'accompagnant doit être sur le même contrat de couverture que la personne hospitalisée ou avoir un lien de parenté en sa qualité de :
 - Conjoint(e) : marié(e) / Pacsé(e)
 - Concubin(e)
 - Descendant : Enfant / Enfant du conjoint
 - Ascendant : Père / Mère / Grands-parents / Beaux-parents
 - Tuteur légal

4^{ème} cas : Personne en situation de grossesse

- L'occupante du logement doit justifier sa situation de grossesse par la présentation d'un certificat de grossesse mentionnant la date prévue d'accouchement (DPA).
- L'extrait d'acte de naissance doit également être fournis
- La prise en charge des nuitées est possible au plus tôt dans les 30 jours précédents la DPA et prend fin au plus tard le jour de l'accouchement (jour inclus)
- Le quota de jours prévu pour les personnes en situation de grossesse peut s'ajouter à celui des autres raisons médicales éligibles au remboursement

En cas d'indisponibilité au centre d'hébergement MDF de Dumbéa Mutualité :

- La prise en charge peut être étendue à un hébergement en hôtel sur présentation de la facture acquittée et pour des nuitées effectivement payées, dans les situations suivantes :
 - Indisponibilité à la date de la demande de réservation (hors urgence)
Conditions de prise en charge : toute demande de réservation non confirmée pour cause d'indisponibilité doit être renouvelée dans les 48 heures (hors week end, ponts et jours fériés) avant la date de début de séjour.
 - Indisponibilité à la date de la demande de prolongation du séjour pour raison médicale
Conditions de prise en charge : la demande de prolongation doit être formulée durant le séjour initial, dès connaissance du besoin
 - Indisponibilité à la date de la demande de réservation ou demande de prolongation de séjour dans le cadre d'un RDV médical urgent ou d'une hospitalisation en urgence
Conditions de prise en charge : la notion d'urgence doit être caractérisée par un certificat médical, un bulletin d'hospitalisation ou la facturation de soins par un service d'urgence.
- Les hébergements hors hôtels sont exclus
- Le bénéficiaire doit tous les jours se rapprocher du centre d'hébergement MDF pour confirmer la non-disponibilité d'un logement

ANNEXE 2 : Cotisations applicables dans le cadre des différents contrats :

I/ CONTRATS COLLECTIFS

2-1 : Taux de cotisations dans le cadre d'un contrat collectif solidaire

	Taux global de cotisations*
Adhérent	1,36
Conjoint/partenaire pacsé ou concubin/enfant majeur	1,36
Enfants mineurs	
1er enfant	1,12
2ème enfant	0,82
3ème enfant	0,82
4ème enfant	0,82
5ème enfant au 8ème enfant	0,58
9ème enfant et au-delà	Exonéré
Ascendant ou autre personne majeure à charge de l'adhérent	1,68

*Taux global de cotisation comprenant la part salariale et la part patronale

Le changement de taux pour l'enfant devenu majeur intervient au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle il a atteint son dix-huitième anniversaire.

II/CONTRATS INDIVIDUELS

Le montant global de la cotisation mensuelle forfaitaire est égal à la somme de chaque cotisation mensuelle due au titre de l'adhérent et des ayants droit inscrits au contrat, telle que fixée ci-après :

2-2 : Cotisations applicables dans le cadre d'un contrat individuel solidaire :

2-2-1 : La cotisation mensuelle au contrat individuel solidaire retraité est fixée comme suit¹ :

La cotisation mensuelle forfaitaire de l'adhérent est égale à 1.1 % du dernier revenu mensuel d'actif calculé en fonction des salaires perçus au cours des six derniers mois d'activité ou, le cas échéant, sur la moyenne de leur équivalent temps plein². La cotisation est arrondie à la centaine de francs supérieure et calculée sous réserve du plancher et du plafond de cotisation applicable.

La cotisation mensuelle forfaitaire du conjoint, du partenaire pacsé, du concubin ou de l'enfant majeur est égale à celle de l'adhérent. La cotisation mensuelle forfaitaire de l'enfant mineur est égale à 80% de la cotisation de l'adhérent. La cotisation mensuelle forfaitaire de l'ascendant ou autre personne majeure à charge de l'adhérent est égale à 120 % de la cotisation de ce dernier. Les cotisations sont arrondies à la centaine de francs supérieure et calculées sous réserve du plancher et du plafond de cotisation applicable. Ce calcul est révisable par décision du Conseil d'Administration. Les montants des forfaits mensuels de cotisations sont révisables annuellement par décision du Conseil d'Administration.

2-2-2 : La cotisation mensuelle au contrat individuel solidaire conjoint survivant est fixée comme suit :

Lorsque l'adhérent est décédé en activité, la cotisation mensuelle du conjoint ou partenaire pacsé survivant est calculée comme l'aurait été celle de l'adhérent au contrat individuel solidaire retraité.

Lorsque l'adhérent décédé est bénéficiaire d'un contrat individuel solidaire retraité, le conjoint ou partenaire pacsé survivant bénéficie de la cotisation mensuelle forfaitaire applicable lors du décès du membre participant. La cotisation mensuelle applicable à l'enfant majeur est égale à celle du souscripteur du contrat, celle de l'enfant mineur est égale à 80% de la cotisation de l'adhérent. La cotisation mensuelle forfaitaire de l'ascendant ou autre personne majeure à charge de l'adhérent est égale à 120 % de la cotisation de l'adhérent. Les cotisations sont arrondies à la centaine de francs supérieure et calculées sous réserve du plancher et du plafond de cotisation applicable.

Ce calcul est révisable par décision du Conseil d'Administration. Les montants des forfaits mensuels de cotisations sont révisables annuellement par décision du Conseil d'Administration.

2-2-3 : Cotisations des personnes mineures à charge de l'adhérent autres que les enfants mineurs :

Dans le cadre des contrats solidaires, le taux ou règle de calcul de cotisation applicable au premier enfant mineur est également applicable aux autres personnes mineures (petits enfants, frères ou sœurs mineurs, autres personnes mineures) à charge de l'adhérent.

L'application de cette règle dans le cadre des contrats solidaires collectifs n'a aucun impact sur la part patronale. Les cotisations des personnes mineures à charge de l'adhérent, à l'exception de ses enfants et de ceux de son conjoint, sont intégralement dues par le personnel.

2-3 : Cotisation applicable dans le cadre d'un contrat complémentaire santé volontaire

La cotisation forfaitaire mensuelle par personne protégée est définie comme suit, en fonction de l'âge, et des options choisies :

¹ L'adhérent peut demander à bénéficier du contrat individuel solidaire retraité soit lors de son admission à la retraite, soit à la fin de son activité s'il a au moins 57 ans.

² Dans le cas où l'un des derniers mois d'activité est nettement supérieur aux autres en raison du versement d'une prime de départ à la retraite, il peut être remplacé sur demande par le septième mois précédant la fin d'activité dans le calcul de la moyenne.

Tarif mensuel en F / Tranche d'âge	Option ESSENTIEL	Option CONFORT	Option SERVICE PLUS
Moins de 20 ans	2 400	3 400	3 500
20 à 24 ans	2 400	3 700	3 800
25 à 29 ans	2 700	4 100	4 200
30 à 34 ans	3 000	4 500	4 600
35 à 39 ans	3 300	4 800	4 900
40 à 44 ans	3 600	5 200	5 300
45 à 49 ans	4 300	6 000	6 100
50 à 54 ans	5 100	6 900	7 000
55 à 59 ans	5 300	7 400	7 500
60 à 64 ans	5 900	8 100	8 200
65 à 69 ans	6 500	8 300	8 400
70 à 74 ans	7 200	8 900	9 000
75 à 79 ans	8 700	9 700	9 800
80 à 84 ans	9 400	10 200	10 300
85 à 89 ans	9 900	10 800	10 900
90 ans et plus	10 000	10 900	11 000

Le forfait correspondant à une tranche d'âge est appliqué jusqu'à l'échéance annuelle suivant le changement d'âge de l'adhérent ou de l'ayant droit. Pour les contrats collectifs complémentaire santé volontaire, le montant de la cotisation par personne protégée peut être un forfait moyen calculé à partir des options choisies par l'employeur et du montant total résultant de l'âge de la population à couvrir, divisé par le nombre de personnes à couvrir à la souscription puis un mois avant l'échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Les montants des forfaits mensuels de cotisation sont révisables annuellement par décision du Conseil d'Administration

ANNEXE 3 : Planchers et plafonds de cotisations applicables aux contrats solidaires

3-1 : Plancher et plafond de cotisations applicables au contrat collectif solidaire

Le montant des salaires mensuels à prendre pour base de calcul ne peut en aucun cas être inférieur au salaire mensuel minimum garanti. Le montant des salaires mensuels à prendre pour base de calcul ne peut en aucun cas être supérieur au plafond applicable aux cotisations du régime unifié d'assurance maladie maternité (RUAMM) géré par la CAFAT fixé par l'article 38 de la délibération n°280 du 19 décembre 2001. Les montants du plancher et plafond de cotisations sont révisables annuellement par décision du Conseil d'Administration.

3-2 : Plafonds et planchers de cotisations applicables aux contrats individuels solidaires

La cotisation forfaitaire mensuelle ne peut être inférieure à 3300 F. CFP par mois par personne protégée pour un adhérent ou son conjoint, à 2700 F.CFP pour un enfant mineur et 4000 F.CFP pour un ascendant ou autre personne à charge. La cotisation forfaitaire mensuelle ne peut être supérieure à 8200 F.CFP par mois par personne protégée pour un adhérent ou son conjoint, à 6600 F.CFP pour un enfant mineur et à 9 900 F.CFP pour un ascendant ou autre personne à charge.

Ces cotisations plancher et plafonds forfaitaires sont révisables annuellement par décision du Conseil d'Administration.

ANNEXE 4 : Cotisation applicable aux contrats spécifiques

La cotisation annuelle forfaitaire est fixée chaque année par le Conseil d'Administration pour une période d'un an précisée au contrat. La cotisation mensuelle applicable au contrat spécifique étudiant est comme suit :

- Moins de 20 ans : 1 680F/mois
- De 20 à 24 ans : 1 680F /mois
- De 25 à 28 ans : 1 890F /mois

ANNEXE 5 : Modalités de demande de radiation par un ayant droit majeur

Lorsque dans les conditions prévues au règlement mutualiste, la radiation d'un ayant droit majeur est possible et que l'adhérent refuse d'accomplir les formalités correspondantes, l'ayant droit majeur peut faire une demande de radiation auprès de la mutuelle en justifiant qu'il n'est plus rattaché ou à la charge de l'adhérent. A ce titre, il doit fournir à la mutuelle toutes pièces justifiant sa situation (attestation de domicile propre, un relevé d'identité bancaire personnel, une copie de son avis d'imposition, une copie du jugement de divorce ou une attestation de rupture de pacs, etc.). La radiation est, le cas échéant, prononcée d'office par la mutuelle et notifiée à l'adhérent ou à l'employeur.

ANNEXE 6 : Pluralité de caisses

A défaut de convention avec les autres mutuelles en matière d'ordre d'intervention des caisses en cas de pluralité d'affiliation, les règles ci-dessous s'appliquent :

1. Cas d'un individu bénéficiant de deux couvertures mutualistes, l'une en qualité d'adhérent, l'une en qualité d'ayant droit : la qualité d'adhérent prime.
2. Cas d'un individu bénéficiant de deux couvertures mutualistes, toutes deux en qualité d'ayant droit : la première mutuelle est celle de l'adhérent mentionné sur la feuille de soins.
3. Cas d'un individu bénéficiant de deux couvertures mutualistes, toutes deux en qualité d'adhérent : la première mutuelle est celle mentionnée par l'adhérent sur la feuille de soins.



La MDF est régie par les dispositions de la loi du pays°2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie.

Couverture maladie

Tél. 28 00 20

Contactez-nous via le formulaire disponible sur :
<https://www.mdf.nc/ContactForm>

Suivez le détail de vos remboursements depuis
votre compte en ligne sur www.mdf.nc

Consultation de vos décomptes, mise à jour de vos données
personnelles, demande de rendez-vous dentaires et médicaux,
réservation pour le centre de Poé...



Retrouvez tous les services en ligne de la Mutuelle
sur votre espace adhérent > www.mdf.nc

Conditions applicables à compter du 1er janvier 2024.