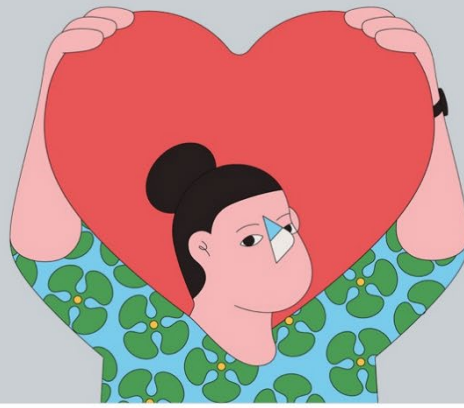




MGEN. Première mutuelle des agents du service public



Règlement de fonctionnement du fonds d'accompagnement social

Régime collectif complémentaire

Frais de santé

Préambule

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire (PSC) a instauré un nouveau dispositif de PSC pour les agents de la fonction publique, incluant une participation obligatoire de l'employeur.

L'accord interministériel du 26 janvier 2022 relatif à la PSC en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État a précisé les principes applicables.

Le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 modifié fixe, conformément à cet accord, le régime obligatoire de PSC en santé dans la fonction publique de l'État.

L'accord ministériel du 8 avril 2024 concernant la protection sociale complémentaire pour les personnels des ministères de l'Éducation nationale (MEN), de l'Enseignement supérieur, de la Recherche (MESR), de la Jeunesse et des Sports (MSJOP) a mis en place un régime de prise en charge des garanties complémentaires frais de santé au bénéfice des personnels des trois périmètres ministériels et des établissements publics placés sous leur tutelle. Dans ce cadre, les ministères de l'Éducation nationale (MEN), de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Espace (MESRE) des Sports, de la Jeunesse et de la Vie associative (MSJVA) ont mis en place un régime de prise en charge des frais de santé pour leurs agents.

Les ministères susvisés, ainsi que les entités publiques placées sous leur tutelle, ont souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN). Il est institué, à ce titre, un fonds d'accompagnement social destiné aux agents et à leurs ayants droit bénéficiaires du régime.

La commission paritaire de pilotage et de suivi (CPPS), mise en place au sein du ministère, participe à la définition et au pilotage des prestations. Il est rendu compte à la CPPS de la mise en œuvre de ces prestations.

Ce règlement fixe le fonctionnement du fonds d'accompagnement social.

Règlement de fonctionnement du Fonds d'accompagnement social des agents actifs, retraités et de leurs ayants droit du MEN, du MESRE et du MSJVA ainsi que les entités publiques sous la tutelle desdits ministères.

Entre,

MGEN

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité SIREN n° 775 685 399

Ayant son siège situé au 3 square Max Hymans - 75748 PARIS Cedex 15

Représentée par le Directeur Général, Christian Cochenne

Ci-après dénommée « la Mutuelle »,

D'une part,

Et,

LE MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

SIREN n° 110 043 015

Ayant son siège situé à l'Hôtel de Rochechouart - 110 rue de Grenelle – 75007 PARIS

Ci-après dénommée « le Souscripteur » ou « l'Employeur », selon le contexte,

LE MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'ESPACE

SIREN n° 110 044 013

Ayant son siège situé à l'Hôtel de Boncourt - 21 rue Descartes – 75005 PARIS

Ci-après dénommée « le Souscripteur » ou « l'Employeur », selon le contexte,

LE MINISTERE DES SPORTS, DE LA JEUNESSE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

SIREN n° 130 016 587

Ayant son siège situé au 95 avenue de France – 75013 PARIS

Ci-après dénommée « le Souscripteur » ou « l'Employeur », selon le contexte,

Représentés par le Directeur Général des ressources humaines, Christophe GEHIN

Ci-après dénommés ensemble « les Parties »,

Il a été convenu ce qui suit,

Les parties prenantes s'accordent pour mettre en œuvre des prestations d'accompagnement social à destination des bénéficiaires du contrat collectif complémentaire de frais de santé, attribuées en fonction de l'état de santé et des ressources des bénéficiaires.

La gestion administrative et financière du présent fonds est assurée par MGEN conformément à l'accord-cadre du marché, ci-après dénommée la Mutuelle.

Article 1 - Objet du Fonds d'accompagnement social

Le fonds d'accompagnement social a pour vocation d'attribuer des aides financières ponctuelles aux agents confrontés à des difficultés sociales ou à des situations de vie particulièrement éprouvantes, notamment en raison de leur état de santé ou de la précarité de leurs ressources.

Ce fonds est exclusivement destiné aux agents, relevant des structures des ministères du MEN, du MESRE et du MSJVA ainsi que des entités publiques sous la tutelle desdits ministères, et à leurs ayants droit.

Le présent règlement a pour objet de définir :

- Les types d'aides individuelles pouvant être financées par le fonds ;
- Les conditions d'éligibilité et de fonctionnement du dispositif ;
- Les modalités d'instruction et d'attribution des aides.

Article 2 - Bénéficiaires du Fonds d'accompagnement social

Le fonds d'accompagnement social est destiné aux adhérents au contrat collectif santé souscrit par les ministères du MEN, du MESRE et du MSJVA ainsi que les entités publiques sous la tutelle desdits ministères, sous réserve du respect des conditions définies aux articles suivants.

Peuvent bénéficier des prestations de ce fonds :

- Les agents actifs ou retraités relevant des structures des ministères du MEN, du MESRE et du MSJVA ainsi que des entités publiques sous la tutelle desdits ministères, affiliés au contrat collectif santé ;
- Leurs ayants droit affiliés, tels que définis par le contrat collectif santé ;
- Les enfants des agents affiliés pourront bénéficier de l'aide aux centres de vacances et de l'aide handicap, qu'ils soient adhérents ou non au régime.

En revanche, les agents dispensés ne pourront pas bénéficier des prestations de ce fonds.

Article 3 - Financement du Fonds d'accompagnement social

Le fonds d'accompagnement social est alimenté par la collecte d'une cotisation additionnelle fixée à 2% des cotisations hors taxes acquittées par l'ensemble des bénéficiaires du contrat collectif santé au titre des garanties du socle interministériel, actifs, retraités, et tous les ayants droit, conformément aux dispositions de l'accord ministériel du 8 avril 2024.

Sur la base de l'audit et de l'évaluation de la mise en œuvre des dispositifs de solidarité, ce taux est susceptible d'être modifié et ce dans la limite d'un plafond fixé par arrêté interministériel.

Le versement des aides, sous réserve du respect des critères d'éligibilité définis au présent règlement, est assuré par la Mutuelle dès la prise d'effet du contrat collectif santé.

Ce versement s'appuie sur le budget prévisionnel établi pour la première année d'existence du fonds sur la base des données d'affiliation constatées au 1^{er} mai 2026, dans le respect des sous-enveloppes définies pour chaque type d'aide.

De la même façon, un budget annuel est alloué au fonds d'accompagnement social. Les ministères reçoivent chaque année une information sur ce budget et son utilisation pour présentation à la CPPS.

Afin de garantir la continuité du dispositif dès son lancement, une avance de fonds est mise en œuvre par la Mutuelle.

Article 4 – Fonctionnement du Fonds d'accompagnement social

Article 4-1 Gestion du fonds d'accompagnement social

Le pilotage du fonds s'effectue au niveau national.

La gestion du fonds d'accompagnement social, ainsi que l'instruction des demandes et le versement des aides individuelles sont confiés à la Mutuelle.

L'instruction des demandes et le versement des aides sont réalisés par les pôles régionaux d'action sociale.

La Mutuelle s'engage à apporter une réponse dans un délai indicatif de 30 jours ouvrés à compter de la réception du dossier complet.

Une fois l'aide attribuée, les pôles régionaux d'action sociale procèdent au règlement directement au bénéficiaire, par virement sur son compte bancaire sous un délai de cinq jours ouvrés (délai bancaire inclus).

Les aides individuelles sont imputées sur le fonds d'accompagnement social et sont accordées dans la limite des crédits disponibles affectés à ce fonds.

Article 4-2 Suivi technique et bilan

○ Article 4-2-1 : pilotage et suivi technique

La Mutuelle établit et transmet aux ministères, pour présentation à la CPPS, un suivi trimestriel détaillé portant sur l'utilisation du fonds :

- Le nombre et les montants des aides individuelles accordées **par régions**, au titre du fonds d'accompagnement social avec précision des tranches de quotients familiaux ;
- Le nombre de demandes refusées et leurs motifs ;

Les reporting trimestriels pourront être enrichis de données statistiques, au cours de la 1^{ère} année de prise d'effet du fonds d'accompagnement social, afin de permettre une information plus détaillée de la consommation du fonds et du profil de ses bénéficiaires (données par genre, âge, corps, titulaires ou contractuels).

Afin de garantir la pérennité du dispositif et d'anticiper tout risque de déséquilibre budgétaire, un pilotage de l'alimentation du fonds est mis en œuvre par la Mutuelle au niveau national. Ce pilotage vise à éviter la survenue d'un solde négatif à la clôture d'un exercice ou à l'échéance du contrat collectif mais également d'en assurer la bonne utilisation.

À ce titre, la Mutuelle s'engage à informer les ministères sans délai lorsque le solde du fonds atteint des seuils d'alerte prédéfinis, à savoir :

- Un seuil intermédiaire de vigilance fixé à 50 % du **budget prévisionnel**;
- Un seuil critique fixé à 20 % du solde.

En cas d'atteinte du seuil d'alerte, et dans l'hypothèse d'un risque d'insuffisance des ressources disponibles, les demandes d'aide seront traitées dans l'ordre chronologique de leur réception, à condition que le dossier soit complet et recevable.

○ **Article 4-2-2 : bilan annuel**

La Mutuelle établit et transmet aux ministères un bilan annuel détaillé portant sur l'utilisation du fonds qui sera ensuite présenté à la CPPS :

- Le nombre et les montants des aides individuelles accordées **par régions**, au titre du fonds d'accompagnement social avec précision des tranches de quotients familiaux ;
- Le nombre de demandes refusées et leurs motifs ;
- Le nombre de réclamations, médiations et contentieux réalisés dans ce cadre ;
- L'état du solde financier du fonds à la clôture de l'exercice.

Ce bilan est remis aux ministères, puis présenté à la CPPS, au plus tard le 31 mars de l'année suivant l'exercice concerné (N+1). Pour la première année, un bilan provisoire au 31 octobre 2026 avec projection au 31 décembre 2026 sera présenté à la CPPS au titre de l'année 2026.

Le solde du fonds d'accompagnement social constaté à la clôture d'un exercice est intégralement repris à l'ouverture de l'exercice suivant (1er janvier N+1), sauf disposition contraire prévue en cas de résiliation du contrat collectif santé ou de non-renouvellement du marché.

Article 5 - Les aides individuelles

Les bénéficiaires du contrat collectif santé, tel que définis à l'article 2, peuvent se voir attribuer, sous conditions, des aides financières non remboursables afin de les accompagner en cas de difficultés sociales, médicales ou de situations de vie difficiles pouvant entraîner des répercussions sur le budget du foyer.

L'intervention du fonds d'accompagnement social doit faire l'objet d'une demande par l'agent.

L'intervention du fonds peut être sollicitée plusieurs fois dans l'année en cours pour des types d'aides différents.

L'octroi d'une aide est conditionné par l'évaluation de la situation individuelle du demandeur et s'appuie sur des critères objectifs, tels que l'état de santé et les ressources du foyer.

Le demandeur se doit de fournir l'ensemble des éléments et pièces justificatives nécessaires à l'instruction de sa demande, afin de permettre une appréciation complète et équitable de sa situation.

Article 5-1 Définition des aides individuelles

Les aides individuelles pouvant être accordées au titre du fonds d'accompagnement social sont destinées à répondre à des situations de vulnérabilité sociale et/ou médicale. Elles sont attribuées sous réserve de l'éligibilité du demandeur et de l'évaluation de sa situation conformément aux critères définis conjointement avec la CPPS.

La MGEN tient compte de l'évolution de la situation personnelle et financière des agents en cours d'année (baisse du revenu, décès, nouvel enfant ...). Les aides seront versées sans proratisation.

Les aides susceptibles d'être octroyées sont les suivantes :

- Aide au financement de la cotisation santé de l'enfant pour les foyers modestes, au profit des agents ayant un ou deux enfants ou plus affiliés au contrat collectif santé ;
- Aide au financement de la cotisation santé au profit des agents en cessation temporaire d'activité sans rémunération, conservant la qualité de bénéficiaire actif, et placés dans l'une des situations suivantes :
 - Disponibilité et congé sans rémunération pour raisons de santé (à l'exclusion du congé parental)
 - Congé de proche aidant
 - Congé pour donner des soins à un enfant
 - Congé de présence parentale
 - Congé pour cessation anticipée d'activité du fait d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante
 - Congé de solidarité familiale.
- Aide forfaitaire pour les agents, leurs ayants droit affiliés ou leurs enfants même non affiliés, en situation de handicap avec un taux d'incapacité au moins égal à 50% ;
- Aide au financement de l'intervention d'une tierce personne au profit des agents ou de leur ayants droit affiliés en situation de handicap (taux au moins égal à 80%) ou de dépendance lourde (GIR 1 ou 2) ;
- Participation financière relative aux séjours en centres de vacances adaptés (CVA)

Les Centres de vacances adaptés proposent des séjours qui répondent aux besoins des agents affiliés au contrat collectif ainsi qu'à ceux des membres de leur famille en situation de handicap, de perte d'autonomie ou atteints de maladies évolutives ou invalidantes.

Grace à un catalogue numérique, une offre variée de séjours est proposée permettant des vacances adaptées et du répit aux proches aidants, quelle que soit la formule choisie :

- Des séjours en pension complète pour le vacancier seul
- Des séjours en famille, avec des animations en journée pour les vacanciers en situation de handicap.

Article 5-2 Les critères d'octroi des aides individuelles

○ Article 5-2-1 : critères d'octroi liés à l'état de santé du demandeur

L'éligibilité aux aides individuelles du fonds d'accompagnement social est appréciée en fonction de l'état de santé du demandeur à l'exception :

- De l'aide au financement de la cotisation enfant pour les foyers modestes ;
- De l'aide aux agents en cessation temporaire d'activité pour raison de santé.

Pour être éligible, la situation du demandeur ou du bénéficiaire de l'aide doit correspondre à l'une des situations suivantes :

- Situation de handicap reconnue par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), avec un taux d'incapacité d'au moins 50 % (pour l'aide forfaitaire en cas de handicap) ou avec un taux d'incapacité d'au moins 80% (pour l'aide au financement de l'intervention d'une tierce personne)
- Situation de dépendance lourde, reconnue par un classement en GIR 1 ou 2, dans le cadre d'une demande d'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

○ Article 5-2-2 : critères d'octroi liés aux ressources du demandeur

L'éligibilité aux aides individuelles du fonds d'accompagnement social est appréciée en fonction du quotient familial du demandeur à l'exception :

- De l'aide au financement de l'intervention d'une tierce personne au profit des agents ou de leur ayants droit en situation de handicap ou de dépendance ;
- De l'aide aux agents en cessation temporaire d'activité.

Le quotient familial est calculé à partir des ressources et de la composition du foyer.

Définition du quotient familial

Le quotient familial est déterminé selon la formule suivante :

$QF = \text{Revenu fiscal de référence} / \text{Nombre de parts}$

- Le revenu fiscal de référence est apprécié sur la base du dernier avis d'imposition ou de non-imposition de chaque membre du foyer.
- Sont prises en compte les ressources de l'ensemble du foyer : conjoint, partenaire de PACS, concubin, enfants à charge.

Justificatifs requis

Le demandeur doit fournir l'ensemble des pièces nécessaires à l'évaluation de sa situation, notamment :

- Le dernier ou les deux derniers avis d'imposition ou de non-imposition du foyer ;
- Une déclaration sur l'honneur de non-concubinage.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce complémentaire nécessaire au traitement de la demande.

Barème des parts

Le barème retenu est celui appliqué par la Mutuelle. Le nombre de parts est déterminé en fonction de la situation familiale de l'agent (marié, pacsé, divorcé ou séparé, célibataire...) et du nombre d'enfants à charge.

Quotient familial éligible

- Aide financière allouée aux agents, à leurs conjoints et à leurs enfants en situation de handicap
Toute demande dont le quotient familial **excède 14 000 €** est considérée comme **non recevable**.

- Aide au paiement de la cotisation enfant en faveur des foyers modestes
Toute demande dont le quotient familial **excède 14 000 €** est considérée comme **non recevable**.

Article 5-3 Le montant de l'aide individuelle

Les aides seront allouées, au fil de l'eau, par la MGEN aux bénéficiaires qui respectent les critères d'éligibilité. Toutes les aides sont annuelles et feront l'objet d'un unique versement aux agents. Compte tenu de l'entrée en vigueur du régime de PSC au 1er mai 2026, les montants des aides figurant dans ce support sont, pour les 8 mois de l'exercice 2026, proratisés aux 2/3 et arrondis à la dizaine supérieure (cf. tableau récapitulatif en annexe).

- **Aide au financement de l'intervention d'une tierce personne au profit des agents ou de leur ayants droit en situation de handicap ou de dépendance ;**
 - Montant forfaitaire : **300 euros**.
- **Aide financière allouée aux agents, à leurs conjoints et à leurs enfants en situation de handicap**

L'aide forfaitaire est d'un montant de :

- **500 €** pour les agents dont le quotient familial est inférieur ou égal à 12 000 €
- **300 €** pour les agents dont le quotient familial est compris entre 12 001 € et 14 000 €

- **Aide au paiement de la cotisation enfant en faveur des familles les plus modestes**

L'aide forfaitaire est modulée en fonction du nombre d'enfants et du quotient familial :

Quotient familial	Inférieur ou égal à 10 000 €	Entre 10 001 € et 12 000 €	Entre 12 001 € et 14 000 €
Montant annuel de l'aide pour 1 enfant	400 €	350 €	300 €
Montant annuel de l'aide pour 2 enfants et plus	750 €	600 €	500 €

- **Aide pour les agents en cessation temporaire d'activité pour raison de santé**
 - Montant forfaitaire de 300 €
- **Participation aux séjours en centres de vacances adaptés : complément MGEN (même si les montants des participations ne seront pas mentionnés dans ce document)**

Une participation financière à ces séjours sera accordée à l'ensemble des demandeurs. Dans un souci d'équité, son montant sera modulé en fonction des ressources du foyer.

Les critères et les montants des aides sont susceptibles d'être révisés chaque année, conformément aux dispositions de l'article 5.5.

Article 5-4 Les modalités de demande et pièces justificatives requises

Un formulaire dédié est mis à disposition pour formaliser la demande d'aide, il est accessible :

- Directement dans l'espace personnel de chaque adhérent,
- Ou sur simple demande auprès de la Mutuelle.

Les dossiers de demande pourront être remis par trois circuits :

- Transmission par mail via la messagerie de l'espace personnel,
- Transmission par courrier postal ;
- Remise en agence locale MGEN ;

L'adhérent pourra effectuer sa demande en ligne, en transmettant le formulaire complété ainsi que les pièces justificatives requises par mail via la messagerie sécurisée de son espace personnel.

Le demandeur doit fournir les pièces justificatives suivantes à l'appui de sa demande :

- Le(s) dernier(s) avis d'imposition ou de non-imposition du foyer ;
- Une attestation sur l'honneur de non-concubinage ;
- Si le demandeur est en situation de handicap : une notification d'attribution de prestations délivrées par la MDPH précisant le taux d'incapacité attribué :
 - Allocation Adulte Handicapé (AAH)
 Ou
 - Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH)
 Ou
 - Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
 Ou
 - Copie de la carte mobilité inclusion ;
- Si le demandeur est en situation de dépendance : une notification d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) délivrée par le Conseil départemental et précisant le niveau de GIR attribué ;
- Si le demandeur est placé en cessation temporaire d'activité : l'arrêté administratif de placement en cessation temporaire d'activité ;

Seuls les dossiers complets pourront être instruits par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement de la demande.

Article 5-5 – Information relative au budget annuel et aux conditions d’octroi des aides individuelles

Un bilan de la consommation du fonds d’accompagnement social sera communiqué aux ministères conformément à l’article 4.2.2 du présent document pour présentation à la CPPS.

En fonction des éléments transmis, une révision du budget, des conditions d’octroi des aides, des typologies d’aides versées ou un ajustement des barèmes, peut intervenir :

- À l’issue de la présentation des comptes annuels du fonds par la Mutuelle ;
- Sur la base d’une analyse consolidée des données sociales, démographiques et budgétaires ;
- En tenant compte de l’évolution du cadre réglementaire applicable à la protection sociale complémentaire.

Toute révision fait l’objet :

- D’un avis de la CPPS ;
- Le cas échéant, d’un avenant au présent règlement signé par les Parties.

Article 6 - Confidentialité – protection des données

L’examen et la gestion des demandes d’aide s’exerce en garantissant au demandeur confidentialité et ce dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du règlement général sur la protection des données RGPD n°2016/679 du 27 avril 2016.

Les Parties s’engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à la protection des données personnelles recueillies dans le cadre des demandes d’aides du fonds d’accompagnement social, ce qui porte notamment sur la protection des données relatives à la situation financière et patrimoniale du demandeur.

La mutuelle qui instruit la demande informe le demandeur de ses droits et plus particulièrement de la finalité du traitement des données recueillies, du caractère obligatoire ou facultatif des réponses aux questions qui lui sont posées et des conséquences d’un défaut de réponse, des destinataires des données ainsi que de leur durée de conservation.

Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier, sauf obligation légale ou réglementaire imposant une durée supérieure, notamment en matière comptable ou fiscale. À l’issue de cette période, les données sont supprimées, sauf en cas de contentieux ou de contrôle en cours.

Le demandeur doit également être informé de son droit d’accès, de rectification, de portabilité, de suppression de ses données personnelles, et pour des motifs légitimes, de son droit d’opposition et de limitation du traitement ainsi que des modalités pour exercer ses droits.

Article 7 - Lutte contre la fraude

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée en vue de bénéficier de l'aide financière proposée dans le présent règlement, la Mutuelle peut suspendre l'instruction du dossier et/ou demander des pièces complémentaires. En cas de fraude avérée, la CPPS est informée et peut seule proposer des mesures correctives adéquates.

Article 8 - Intégrité et prévention des conflits d'intérêts

Dans le cadre de la gestion du fonds d'accompagnement social, les Parties s'engagent à prévenir toute forme de corruption, de favoritisme ou de conflit d'intérêts. Aucun avantage, cadeau ou contrepartie ne peut être sollicité, offert ou accepté en échange d'une aide ou d'un traitement préférentiel. Tout agent ou représentant impliqué dans une situation de conflit d'intérêts doit se déporter immédiatement de l'instruction du dossier concerné. Chaque Partie reconnaît être déjà soumise, dans le cadre de ses activités professionnelles respectives, aux règles déontologiques et réglementaires encadrant la prévention de la corruption, du favoritisme et des conflits d'intérêts. Les présentes dispositions viennent en complément de ces obligations existantes, afin de renforcer les garanties d'intégrité et de transparence dans la gestion du fonds. En cas de manquement avéré, le règlement pourra être résilié pour faute grave, aux torts exclusifs de la Partie fautive, après mise en demeure adressée par courrier recommandé avec accusé de réception

Article 9 - Effet, révision et résiliation

Effet

Le présent règlement prend effet au 1er mai 2026. Il est conclu pour une durée initiale correspondant à l'année civile en cours. Il est reconduit tacitement au 1er janvier de chaque année.

La durée du règlement ne peut excéder celle du contrat collectif santé auquel il est rattaché, soit six années au maximum.

Révision

Le règlement peut être révisé après avis de la CPPS, sur la base d'éléments comme l'évolution des comptes et l'utilisation des montants du fonds, les données sociales, le cadre réglementaire. Toute révision fait l'objet d'un avenant signé par les parties, annexé au présent règlement.

Résiliation

En cas de résiliation du contrat collectif santé ou de non-renouvellement du marché, le présent règlement est résilié de plein droit à la date d'effet de l'événement concerné.

Les demandes d'aides individuelles en cours de traitement à cette date sont instruites et honorées dans la limite des fonds disponibles, conformément aux dispositions du présent règlement.

Le solde du fonds d'accompagnement social, constaté à la date d'effet de la résiliation ou du non-renouvellement, est transféré, sans pénalité et sans frais, à l'organisme assureur éventuellement désigné en remplacement, dans un délai maximum de neuf (9) mois, afin d'assurer la continuité des engagements sociaux.

Article 10 - Réclamations

Tout bénéficiaire du fonds d'accompagnement social peut adresser une réclamation relative à l'instruction de sa demande ou à une décision d'attribution. La réclamation doit être formulée par écrit et transmise à la Mutuelle, soit via l'espace personnel de l'adhérent, soit par courrier. La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de cinq (5) jours ouvrés et à y répondre dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de sa réception. En cas d'insatisfaction, le bénéficiaire peut saisir le médiateur compétent selon les modalités définies à l'article suivant.

Article 11 - Médiation

En cas de litige non résolu par la procédure de réclamation, le bénéficiaire peut saisir le Médiateur.

La saisine peut être effectuée par voie postale ou en ligne

- Via le site CNPM : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>
- Par courrier : CNPM Médiation Consommation
27, avenue de la libération
42 400 SAINT-CHAMOND

La procédure de médiation est confidentielle, gratuite et indépendante. Elle ne prive pas le bénéficiaire de son droit d'agir en justice.

Article 12 - Loi applicable - Contentieux

Tout litige relatif à l'application, à l'interprétation ou à l'exécution du présent règlement relève de la compétence exclusive des juridictions françaises. En cas de différend et à défaut de règlement amiable, il sera porté devant la juridiction compétente.

Fait à Paris, en 2 exemplaires, le XX XXXXXXXX 20XX

Pour la Mutuelle

Représentée par Christian COCHENNEC

Directeur Général

Pour le Souscripteur

Représenté par Christophe GEHIN

Directeur Général des ressources humaines

ANNEXE : barèmes

01/05/2026			
Aide aux familles ayant affilié un enfant ou plus			
Quotient familial	≤10 000€	>10 000€ ≤12 000 €	>12 000 € ≤14 000 €
Aide pour 1 enfant	270 €	240 €	200 €
Aide pour 2 enfants ou plus	500 €	400 €	340 €
Aide aux personnes en situation de handicap			
Quotient familial	≤12 000€	>12 000 € ≤14 000 €	
	340 €	200 €	
Aide aux agents en congé pour raisons de santé	200 €		
Aide pour le recours d'une tierce personne à domicile	200 €		
01/01/2027			
Aide aux familles ayant affilié un enfant ou plus			
Quotient familial	≤10 000€	>10 000€ ≤12 000 €	>12 000 € ≤14 000 €
Aide pour 1 enfant	400 €	350 €	300 €
Aide pour 2 enfants ou plus	750 €	600 €	500 €
Aide aux personnes en situation de handicap			
Quotient familial	≤ 12 000 €	>12 000 € ≤ 14 000 €	
	500 €	300 €	
Aide aux agents en congé pour raisons de santé	300 €		
Aide pour le recours d'une tierce personne à domicile	300 €		