

ANNEXE N° 1
TABLEAUX DES MONTANTS OU TAUX DES COTISATIONS ET PRESTATIONS
CHAPITRE PREMIER
COTISATIONS

I. MEMBRES PARTICIPANTS

CATÉGORIES		ASSIETTE DE LA COTISATION DE BASE			TAUX		
FRANCE et MONACO	Actif	Montant brut du traitement afférent à un indice hiérarchique ①		<	474 (I.B.)	2,93%	
				>		3,27 %	
	Adhèrent percevant des indemnités pendant la suspension du traitement	Moitié de l'ensemble des allocations, indemnités et rémunérations perçues et même taux que si l'adhérent était en activité selon l'indice hiérarchique détenu ①		<	474 (I.B.)	2,93%	
				>		3,27 %	
	Adhèrent en disponibilité ou admis à faire valoir ses droits à la retraite avec jouissance différée ou en congé sans rémunération	Continuant à percevoir des prestations	Montant brut du dernier traitement perçu selon l'indice hiérarchique détenu ①		<	474 (I.B.)	2,93%
		Ne percevant pas de prestations	Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique		>		3,27 %
	Retraité	Imposé sur le revenu	Montant brut des pensions civiles et militaires de retraite, des retraites de la Sécurité Sociale et des régimes complémentaires de l'État, des pensions et rentes perçues ①				2,85 %
		Non imposable sur le revenu	Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique				4,16 %
	Adhèrent admissible à la CMU complémentaire			Dispense de Cotisation			
	Adhèrent ne disposant pas de revenus salariaux et n'étant pas imposable sur le revenu			Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique			4,02 %
Assistance médicale « Mutuelle Assistance France » (cotisation mensuelle)						1,67 €	
Prestation de soutien à domicile (PSAD) cotisation mensuelle						2,27 €	
ÉTRANGER	Actif	Assuré social		Montant brut de l'ensemble des émoluments avec un minimum de cotisation de 120€ par mois et un maximum de 480 € par mois		2,34 %	
		Non assuré social*		Montant brut de l'ensemble des émoluments avec un minimum de cotisation correspondant à 35% de la valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique		11 %	
	Adhèrent en disponibilité ou admis à faire valoir ses droits à la retraite avec jouissance différée ou en congé sans rémunération (inscrit avant le 17 juin 2011)	Continuant à percevoir des prestations		Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique		51,75 %	
		Ne percevant pas de prestations				1,00 %	
	Adhèrent en disponibilité et bénéficiant d'une couverture de Sécurité Sociale locale dans les pays de l'Union Européenne et l'Espace Économique Européen	Continuant à percevoir des prestations		2,34% de l'ensemble des derniers émoluments perçu dans le mois complet précédant la mise en disponibilité avec un plafond de 51,75 % de l'indice 100 de la Fonction Publique et une cotisation minimale égale à 120€ par mois		2,34 %	
	Retraité	Assuré social	Imposé sur le revenu	Montant brut des pensions civiles et militaires de retraite, des retraites de la Sécurité Sociale et des régimes complémentaires de l'État, des pensions et rentes : résidant dans un pays membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Économique Européen ou dans un pays du MAGHREB et affilié à un Régime français de Sécurité Sociale ou à un organisme équivalent à la Sécurité Sociale française en Union Européenne ou à la Caisse des Français de l'Étranger, résidant dans un pays hors de l'Union Européenne ou de l'Espace Économique Européen ou du MAGHREB et affilié à la CFE,		4,00 % Cotisation minimale 120 €	
			Non imposable sur le revenu			120 €	
		Non assuré social*	Imposé sur le revenu	Montant brut des pensions civiles et militaires de retraite, des retraites de la Sécurité Sociale et des régimes complémentaires de l'État, des pensions et rentes avec un minimum de cotisation correspondant à 30 % de la valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique		11 %	
	Adhèrent ne disposant pas de revenus salariaux et n'étant pas imposable sur le revenu			Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique		28,98 %	
	Assistance médicale « Mutuelle Assistance International » (cotisation mensuelle)					25 €	
Enfant de plus de 16 ans et de moins de 20 ans demandant à être membre participant sans intervention de son représentant légal					0,00 %		

N.B. : Le montant du traitement mensuel afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique s'élève à 463,03 € depuis le 1^{er} juillet 2010.
 Non assuré social ayant la nationalité française ou ressortissant de l'Espace économique européen ou, s'il a adhéré avant le 1^{er} janvier 1995, non assuré social n'ayant pas la nationalité française ou non ressortissant de l'Espace économique européen.

① plafonné à l'indice brut 1052

② Avec un minimum de 120 € par mois à l'étranger

* catégorie fermée depuis le 13 juin 2008

I – MEMBRES ASSOCIÉS

Supplément de cotisation (1) calculé par rapport à la valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique excepté pour les conjoints pour lesquels l'assiette de la cotisation est celle du membre participant lui-même.

CATÉGORIES		ASSIETTE DE LA COTISATION DE BASE	TAUX
Conjoint ou assimilé résidant dans le même pays que le membre participant	Avec revenu, sans couverture sociale *	Cotisation du membre participant (3)	100,00 %
	En France, avec revenu et avec couverture sociale		75,00 %
	A l'étranger, avec revenus, avec couverture sociale et avec le membre participant à la retraite		75,00 %
	A l'étranger, avec revenus, avec couverture sociale et avec le membre participant en activité		50,00 %
	Sans revenu (2)		50,00 %
	Admissible à la CMU complémentaire		néant
Enfant	De moins de 20 ans		néant
	Handicapé de plus de 20 ans	Résidant en France	0,83 %
		Autre cas	1,41 %
	De plus de 20 ans jusqu'à l'âge limite de 28 ans	Inscrit à Pôle emploi, bénéficiant à ce titre de la Sécurité Sociale, rattaché au domicile fiscal du membre participant et vivant au domicile familial	4,61 %
		Titulaire d'une carte d'étudiant ou enfant présentant un certificat de scolarité délivré par un établissement d'enseignement du second degré public ou privé sous contrat d'association et bénéficiant de l'assurance personnelle ou ayant souscrit un contrat d'apprentissage ou en formation en alternance, en France	4,61 %
		Etudiant à l'étranger	9,21 %
		Non assuré social et vivant, à l'étranger, au domicile familial	10,64 %
	Descendant de plus de 28 ans ayant un statut d'ayant droit reconnu par la Sécurité Sociale du membre participant, du conjoint ou du concubin.	En France	4,61 %
		A l'étranger	9,21 %
	Admissible à la CMU complémentaire	En France	néant
	Orphelin de père et de mère, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 21 ^{ème} anniversaire		Néant
	Pupille de la Nation sans activité professionnelle jusqu'à l'âge limite de 28 ans		Néant
	Enfant assimilé au pupille de la Nation sans activité professionnelle jusqu'à l'âge limite de 28 ans		Néant
Ascendant non imposé sur le revenu	Assuré social	En France	6,57 %
		Admissible à la CMU complémentaire	néant
	Non assuré social, avant le 18 juin 2010	A l'étranger	9,21 %
		A l'étranger	22,82 %

Valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique

- (1) Aucun supplément de cotisation n'est dû pour la garantie assistance médicale, la cotisation forfaitaire du membre participant couvrant tous les membres associés sous réserve de situation géographique particulière.
Il est précisé que pour chaque ayant droit résidant dans un autre pays, en dehors de la France, que le membre participant, il est appliqué obligatoirement la cotisation Mutuelle assistance médicale « Mutuelle Assistance International ».
- (2) Le conjoint dont le douzième annuel des revenus propres n'excède pas la valeur mensuelle du traitement afférent à l'indice 100 de la Fonction Publique au 1^{er} janvier de l'année, est assimilé au conjoint sans revenu.
- (3) A l'étranger, le montant de la cotisation maladie est plafonné à 480 € par mois
- * Catégorie fermée

CHAPITRE II PRESTATIONS

I. PRESTATIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE SANTÉ EXPOSÉES EN FRANCE

Les prestations de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes sont versées en complément des prestations assurées par la Sécurité Sociale.

Le remboursement des dépenses de maladie ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Les taux de prise en charge incluent la participation de sécurité sociale pour les assurés sociaux.

ORIGINE DE LA DÉPENSE	BASE DE CALCUL DE LA PRESTATION MUTUALISTE	REMBOURSEMENT		
		Assurés sociaux	Non assurés sociaux	
Actes professionnels des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens, dentistes, conventionnés avec la Sécurité Sociale	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale Française	100 %	90 %	
Actes professionnels des médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens, dentistes, non conventionnés avec la Sécurité Sociale	Tarif d'autorité de la Sécurité Sociale Française	100 %	90 %	
Consultations dans le parcours de soins coordonnés dispensées par un médecin spécialiste adhérent au contrat d'accès aux soins	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale Française	140 %	90 %	
Consultations dans le parcours de soins coordonnés dispensées par un médecin spécialiste non adhérent au contrat d'accès aux soins	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale Française	100 %	90 %	
Actes dispensés par les auxiliaires médicaux conventionnés avec la Sécurité Sociale	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale Française	100 %	90 %	
Actes dispensés par les auxiliaires médicaux non conventionnés avec la Sécurité Sociale	Tarif d'autorité de la Sécurité Sociale française	100 %	90 %	
Séances dispensées par un ostéopathe diplômé		22,50 € dans la limite de deux séances par année civile.		
Prestation vaccination antigrippale		12 €		
Cures thermales	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale Française	80 %	90 %	
Médicaments et produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et figurant sur la liste de la Sécurité Sociale française	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Remboursé par le régime obligatoire à 65 %	100 %	90 %
		Remboursé par le régime obligatoire à 30 %	95 %	90 %
		Remboursé par le régime obligatoire à 15 %	Pas de remboursement	90 %
Analyses et examens de laboratoire	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	100 %	90 % (1)	
Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • en cas de participation de la Sécurité Sociale Française : <ul style="list-style-type: none"> ➤ couronnes céramo-métalliques, couronnes métalliques, prothèses dentaires amovibles, intermédiaires de bridge et couronnes définitives sur implants ; ➤ inlays core et inlays core à clavette ; • en cas de non participation de la Sécurité Sociale 	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	320%	225 %	
		140 %		
		225 %		
Implants dentaires	Forfait global de 700€ pour les actes chirurgicaux implantaires par période de deux années civiles			

Prothèses dentaires posées par un chirurgien dentiste signataire du protocole CNSD MFP, y compris la part éventuellement remboursée par la Sécurité Sociale		<ul style="list-style-type: none"> • couronne métallique avec ou sans couronne provisoire : 473.20 € • couronne céramo-métallique avec ou sans couronne provisoire : 473.20 € • couronne céramo céramique avec ou sans couronne provisoire : 473.20 € 		
Orthopédie dento-faciale par un orthodontiste libéral : <ul style="list-style-type: none"> • en cas de participation de la Sécurité Sociale française • en cas de non participation de la Sécurité Sociale Orthopédie dento-faciale par un praticien signataire du protocole CNSD MFP, y compris la participation de la Sécurité Sociale (par semestre de traitement actif)		Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	255 %	225 %
Optique	• verres	<u>Verres unifocaux</u> : - faible et moyenne correction : 125€/verre - forte correction : 300€/verre <u>Verres progressifs</u> - faible et moyenne correction : 280€/verre - forte correction : 367,50€/verre <i>le niveau de correction sera apprécié à partir des codifications et tarifs utilisés par la sécurité sociale française, sur la base des pratiques tarifaires pour les verres blancs</i>	490.10 €	
	• monture	Prestation forfaitaire	115 €	115 €
Lentilles et prothèses oculaires	• acceptées par la Sécurité Sociale française	Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	80 %	85 %
	• refusées par la Sécurité Sociale française	Dépassement du tarif de responsabilité la Sécurité Sociale française	50 %	50%
		Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	85 %	85 %
		Dépassement du tarif de responsabilité la Sécurité Sociale française	50 %	50 %

(1) Pour les non assurés sociaux à l'étranger, la base de calcul est la dépense réelle pour les actes inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale.

ORIGINE DE LA DÉPENSE		BASE DE CALCUL DE LA PRESTATION MUTUALISTE	REMBOURSEMENT		
			Assurés sociaux	Non assurés sociaux	
Prothèses auditives		Forfait par appareil auditif	1 200 €	1 200 €	
Appareils, accessoires de prothèse et d'orthopédie, grand appareillage		Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	80 %	85 %	
		Dépassement du tarif de responsabilité la Sécurité Sociale française	50 %	50 %	
Densitométrie osseuse des femmes		39,96 € tous les deux ans dans la limite de la dépense justifiée pour les membres participants ou associés, à partir de 50 ans			
HOSPITALISATION	Réseau d'établissements conventionnés avec la M.F.P. y compris les établissements psychiatriques	Établissement conventionné	Application du Règlement Fédéral Hospitalier pour les établissements conventionnés		
		Établissement non conventionné	Application du Règlement Fédéral Hospitalier pour les établissements non conventionnés		
	Traitements impliquant une hospitalisation dans un établissement non visé par le RFH		Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	30 %	100 %
	Chambre particulière Hôpital, clinique, maison de repos		68 € par jour, dans la limite de 30 jours		
	Unité de long séjour		Tarif de la Sécurité Sociale	30 %	-
	Forfait journalier hospitalier		Montant du forfait fixé par Arrêté	100 %	100 %
	Ticket modérateur forfaitaire		Montant du forfait fixé par Arrêté	100 %	100 %
Taxi et ambulance		Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	100 %	90 %	

II- PRESTATIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE SANTÉ EXPOSÉES A L'ÉTRANGER

Les prestations de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes sont versées en complément de la Sécurité Sociale ou d'un organisme de protection sociale étranger équivalent à la Sécurité Sociale française.

Le remboursement des dépenses de maladie ne peut être supérieur aux dépenses réellement exposées, la prestation de l'organisme de protection sociale étranger équivalent à la Sécurité Sociale française venant, le cas échéant, en déduction de ce remboursement.

ORIGINE DE LA DÉPENSE	BASE DE CALCUL DE LA PRESTATION MUTUALISTE	REMBOURSEMENT		
		Assurés sociaux	Non assurés sociaux	
Actes professionnels des médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux pris en charge par la Sécurité Sociale française	Dépense réelle	90 % (*)	90 %	
Médicaments prescrits par ordonnance (2)	Dépense réelle	90 % (*)	90 %	
Analyses et examens de laboratoire				
Cures thermales	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	90 %	90 %	
Affection de longue durée pour laquelle la prise en charge de la Sécurité Sociale française est de 100 %	Dépense réelle	100 % (*)	100 %	
Prothèses dentaires : <ul style="list-style-type: none"> • en cas de participation de la Sécurité Sociale française <ul style="list-style-type: none"> ➤ couronnes métalliques, prothèses dentaires amovibles, intermédiaires de bridge et couronnes définitives sur implants ; ➤ couronnes céramo-métalliques. • en cas de non participation de la Sécurité Sociale 	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	255 % 397,95 € 225 %	225 %	
Implants dentaires	Forfait global de 700€ pour les actes chirurgicaux implantaires par période de deux années civiles			
Orthopédie dento-faciale : <ul style="list-style-type: none"> • en cas de participation de la Sécurité Sociale française • en cas de non participation de la Sécurité Sociale 	Tarif conventionnel de la Sécurité Sociale française	255 % 225 %	225 %	
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • verres 	Verres unifocaux : - faible et moyenne correction : 125 €/verre - forte correction : 300 €/verre Verres progressifs - faible et moyenne correction : 280 €/verre - forte correction : 367,50 €/verre <i>le niveau de correction sera apprécié à partir des codifications et tarifs utilisés par la sécurité sociale française sur la base des pratiques tarifaires pour les verres blancs</i>	125 €/verre 300 €/verre 280 €/verre 367,50€/verre	
		<ul style="list-style-type: none"> • monture 	Prestation forfaitaire	115 €
Lentilles et prothèses oculaires	<ul style="list-style-type: none"> • acceptées par la Sécurité Sociale française 	Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	80 %	85 %
		Dépassement du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	50 %	50 %
	<ul style="list-style-type: none"> • refusées par la Sécurité Sociale française après avis du contrôle médical 	Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	85 %	85 %
		Dépassement du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	50 %	50 %

(*) Déduction faite de la prise en charge de la Sécurité Sociale française ou d'un organisme de protection sociale à l'étranger équivalent à la Sécurité Sociale française avec un minimum égal au montant du ticket modérateur déterminé par la Sécurité Sociale française pour l'acte considéré.

(2) Médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables par la Sécurité Sociale française

ORIGINE DE LA DÉPENSE	BASE DE CALCUL DE LA PRESTATION MUTUALISTE	REMBOURSEMENT	
		Assurés sociaux	Non assurés sociaux
Prothèses auditives	Forfait par appareil auditif	1 200 €	1 200 €
Appareils, accessoires de prothèse et d'orthopédie, grand appareillage	Tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale française	80 %	85 %
	Dépassement du tarif de responsabilité la Sécurité Sociale française	50 %	50 %
Densitométrie osseuse des femmes	39,96 € tous les deux ans dans la limite de la dépense justifiée pour les membres participants ou associés à partir de 50 ans, sur prescription médicale		
Taxi et ambulance	Dépense réelle	90 % Dédution faite de la prise en charge de la Sécurité Sociale française	90 %
Chambre particulière (hôpital, clinique, maison de repos) dans la limite de 30 jours	68 € par jour		
Transport aérien pour l'adhérent en poste à l'étranger, si la personne ne peut se faire soigner sur place ou la personne qui l'accompagne, si le malade ne peut se déplacer seul	Tarif classe économique	40 %	40 %
Tout moyen de transport, hormis le transport pour un adhérent en poste dans un pays proche de la France métropolitaine devant poursuivre un traitement commencé en France (Etats membres de l'Union européenne limitrophes de la France, Andorre, Monaco et la Suisse).	Tarif kilométrique de la S.N.C.F. en seconde classe	100 %	100 %

ANNEXE N° 2

REGLEMENT FEDERAL POUR LA COUVERTURE DU RISQUE HOSPITALISATION

TITRE I - PRINCIPES GENERAUX

ARTICLE 1-1 - CATEGORIES COUVERTES

Sont admis à bénéficier des dispositions du présent règlement fédéral pour la couverture du risque hospitalisation dans les établissements autres que ceux visés à l'article 2-2, certifiés ou en attente de certification par l'HAS et nécessairement conventionnés avec les organismes de Sécurité Sociale, les adhérents des Mutuelles fédérées ainsi que leurs ayants-droit qu'ils soient gérés ou non pour la part du régime obligatoire en section locale ministérielle ou en section locale interministérielle.

ARTICLE 1-2 - RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES AVEC LA MFP

Un réseau d'établissements conventionnés avec la Mutualité Fonction Publique (MFP) est institué par voie d'accords conventionnels conclus entre les Unions Régionales de la Mutualité et/ou la MFP avec :

- des établissements de santé qui outre les conditions indiquées à l'article 1-1 répondent à un certain nombre de critères prédictifs de la qualité globale au regard du service au patient ainsi qu'à des conditions tarifaires,
- les praticiens qui y exercent.

Les établissements mutualistes ont vocation à participer au réseau conventionné, sous réserve de s'inscrire dans les objectifs de qualité du service et de maîtrise des coûts de la MFP.

Les personnes couvertes, telles que définies à l'article 1-1, admises dans un établissement du réseau bénéficient de la dispense d'avance des frais tels que définis à l'article 3.1 et sur les bases prévues à l'article 3-2 du présent règlement.

ARTICLE 1-3 - MODE DE VALIDATION DU RESEAU DEPARTEMENTAL

Abrogé (*Décision du CA du 28 mai 2001*).

ARTICLE 1-4 - LIBRE CHOIX

Les Mutuelles adhérentes à la MFP qui appliquent le règlement fédéral pour la couverture du risque hospitalisation garantissent le libre choix :

- des praticiens parmi ceux qui sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ;
- de l'établissement de santé à condition toutefois qu'il soit conventionné avec les organismes de Sécurité Sociale.

Dans les établissements du réseau, le libre choix s'exerce parmi les praticiens qui ont conclu une convention avec la MFP. Des dispositions spécifiques à l'hospitalisation en urgence sont précisées à l'article 4.8 ci-dessous.

ARTICLE 1-5 - INFORMATION DES ADHERENTS SUR LES ETABLISSEMENTS DU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

Afin de pouvoir exercer un libre choix, les adhérents mutualistes ou leurs ayants droits justiciables d'une hospitalisation ont accès à une information régulièrement mise à jour sur l'état du réseau d'établissements conventionnés.

TITRE II - CHAMP D'APPLICATION

ARTICLE 2-1 - ETABLISSEMENTS DE SANTE ET SEJOURS VISES

Le présent règlement vise les établissements de santé suivants dispensant des soins de courte durée et/ou des soins de suite et de réadaptation :

- Etablissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH) dont l'appellation est supprimée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui crée une catégorie spécifique, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)
- Etablissements privés relevant de l'article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999.
- Etablissements sanitaires autres que ceux visés à l'article 24 de l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 (hôpitaux militaires...). article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999.

A - HOSPITALISATION DE COURTE DUREE AVEC ET SANS HEBERGEMENT

Sont visés par le règlement les séjours hospitaliers s'effectuant dans les établissements de santé publics et privés dispensant des soins de courte durée concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, y compris la psychiatrie ainsi que les services de soins palliatifs (Code de la Santé Publique, article L 711-2 1°/a).

B - HOSPITALISATION POUR SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Sont également visés par le champ d'application du règlement, les séjours hospitaliers s'effectuant dans les établissements de santé publics et privés dispensant des soins de suite et de réadaptation (Code de la Santé publique, article L 711-2 1°/b).

Entrent dans ce cadre les établissements suivants :

- Centres de convalescence,
- Centres de réadaptation,
- Centres de convalescence, cure et réadaptation,
- Maisons de repos,
- Maisons de convalescence,
- Maisons de repos et de convalescence,
- Maisons de régime,
- Maisons de repos pour mères et leurs enfants de moins de 18 mois,
- Maisons de réadaptation fonctionnelle, à l'exclusion de la thalassothérapie,
- Centres de post cure pour malades mentaux,
- Centres de moyen séjour de cure médicale,
- Etablissements de lutte contre la tuberculose,
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire temporaire,
- Pouponnières à caractère sanitaire,
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire permanent,
- Centre de post-cure pour alcoolique,
- Centres « conventionnés » de soins spécialisés pour toxicomanes.

C - HOSPITALISATION A DOMICILE

Sont également visés par le champ d'application du règlement, les structures dites d'hospitalisation à domicile permettant d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés (Code de la Santé Publique, article R 712-2-1).

ARTICLE 2-2 - ETABLISSEMENTS DE SANTE ET SEJOURS NON VISES

Sont exclus du présent règlement, tous les séjours de longue durée, notamment les séjours dans les établissements ou services ci-après :

- Centres de rééducation professionnelle,
- Etablissements ou sections de long séjour des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), dont l'appellation est supprimée par la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, qui crée une catégorie spécifique, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou des établissements relevant de l'article 24 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, article 24 modifié par la Loi 99-1140 du 30 décembre 1999,
- Sections de long séjour et de cure médicale pour personnes âgées,
- Hôpitaux thermaux ou sections thermales des établissements de santé publics,
- IMP, IMPro, C.A.T, centres médico-pédagogiques.

TITRE III - FRAIS COUVERTS

ARTICLE 3-1 - FRAIS COUVERTS PAR LE REGLEMENT

Sont couverts par le présent règlement la part restant à la charge de l'assuré après intervention du régime obligatoire, à savoir : ticket modérateur (*hors majorations*), forfait journalier hospitalier, honoraires au niveau négocié *avec les médecins*, supplément pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée au niveau négocié avec les établissements dans la limite d'une participation forfaitaire, frais d'accompagnant et SMUR.

ARTICLE 3-2 FRAIS COUVERTS DANS LES ETABLISSEMENTS APPARTENANT AU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

Etablissements visés à l'article 2-1
<p>Ticket modérateur restant à la charge de l'assuré (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale). (Frais de structures et de soins, SMUR).</p>
<p>Frais d'honoraires médicaux des médecins exerçant en cliniques privées :</p> <p>pour les médecins du secteur I et les médecins du secteur II conventionnés avec la MFP, le ticket modérateur est pris en charge intégralement (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) ainsi que les dépassements d'honoraires au niveau négocié (à l'exception des dépassements facturés hors parcours de soins coordonnés).</p>
<p>Frais de séjour hospitalier :</p> <p>dans un établissement du réseau, la prestation de la mutuelle garantit à l'adhérent la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">• du forfait journalier hospitalier à sa tarification réglementaire,• du supplément pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée ; dans la limite du montant de la prestation définie par la mutuelle, quelque soit la discipline.• du supplément pour chambre particulière en cas d'hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire (CPA) sans nuitée dans la limite du montant de la prestation définie par la mutuelle.
<p>Frais d'accompagnant</p> <p>les frais d'accompagnant en hospitalisation, facturés par l'établissement, d'un enfant de moins de 10 ans ou d'un enfant handicapé de moins de 20 ans sont pris en charge intégralement à hauteur du tarif négocié.</p>

ARTICLE 3-3 - FRAIS COUVERTS DANS LES ETABLISSEMENTS HORS RESEAU CONVENTIONNE

Etablissements de santé visés à l'article 2-1
<p>Ticket modérateur restant à la charge de l'assuré (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale).</p> <p>(Frais de structures et de soins et SMUR).</p>
<p>Frais d'honoraires médicaux des médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées :</p> <p>le ticket modérateur est pris en charge intégralement (à l'exception de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) ainsi que les dépassements d'honoraires dans la limite de 130 % du tarif conventionnel sécurité sociale (à l'exception des dépassements facturés hors parcours de soins coordonnés). La limite est portée à 150 % en cas de contraintes publiques imposées. (<i>Décision du CA du 14 décembre 2009</i>).</p>
<p>Forfait journalier hospitalier :</p> <p>dans les conditions statutaires de chaque mutuelle.</p>
<p>Frais de suppléments pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée :</p> <p>dans la limite d'un forfait départemental</p>
<p>Frais d'accompagnant :</p> <p>dans la limite d'un forfait national.</p>

ARTICLE 3-4 - FRAIS EXCLUS DU RFH

Les honoraires dus à l'activité libérale des praticiens hospitaliers exerçant au sein des hôpitaux publics ne rentrent pas dans le champ d'application du RFH.

<p style="text-align: center;">TITRE IV - REGLEMENT ET PRISE EN CHARGE MUTUALISTE DES FRAIS ENGAGES</p>
--

I - REGLEMENT DES FRAIS ENGAGES

ARTICLE 4-1 - PROCEDURE DE DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Lorsque l'adhérent mutualiste fréquente un établissement de santé du réseau, il bénéficie de la dispense d'avance des frais, sur les prestations sécurité sociale et mutuelle. L'établissement et les praticiens conventionnés sont réglés directement par la mutuelle.

ARTICLE 4-2 - PROCEDURE DE REGLEMENT DIRECT PAR LE MUTUALISTE

Lorsque l'adhérent mutualiste fréquente un établissement hors réseau, il règle directement à l'établissement les frais non couverts par le régime obligatoire, à savoir :

- Ticket modérateur des frais de structure et de soins, et des honoraires,
- Suppléments pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée,
- Suppléments pour chambre particulière en ambulatoire sans nuitée,
- Frais d'accompagnant éventuels,
- Forfait journalier hospitalier,
- Suppléments d'honoraires,
- Frais personnels.

ARTICLE 4-3 - DUREE DE SEJOUR

La prise en charge mutualiste est limitée à la durée de séjour admise par le régime obligatoire.

II - PRISE EN CHARGE MUTUALISTE

ARTICLE 4-4 - ETABLISSEMENTS APPARTENANT AU RESEAU D'ETABLISSEMENTS CONVENTIONNES

Dans les établissements du réseau, ce sont, en ce qui concerne les honoraires médicaux, les tarifs négociés qui constituent le plafond de remboursement et, en ce qui concerne les frais d'hébergement, le tarif négocié ou le niveau de participation forfaitaire dans les conditions fixées à l'article 3-2.

ARTICLE 4-5 - ETABLISSEMENTS HORS RESEAU CONVENTIONNE

Dans les établissements hors réseau, l'adhérent qui devra avoir réglé préalablement l'établissement pour tous les frais non couverts par le régime obligatoire, sera remboursé conformément aux conditions fixées à l'article 3-3.

III - DISPOSITIONS PARTICULIERES DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS ENGAGES

ARTICLE 4-6 - FREQUENTATION D'UN ETABLISSEMENT AUTRE QUE LE PLUS PROCHE

Abrogé (Décision du CA du 19/12/2005)

ARTICLE 4-7 - SEJOURS CONSECUTIFS A UN ACCIDENT

Les hospitalisations consécutives à un accident de droit commun, sportif ou scolaire, seront prises en charge, sans préjudice de la récupération des sommes auprès des tiers responsables.

Lorsque l'hospitalisation est consécutive à un accident de service, ou un accident du travail, ou à une maladie professionnelle, reconnue par l'Administration ou par la Caisse Primaire, le présent règlement ne s'applique qu'aux frais non remboursables par la Sécurité Sociale, sans préjudice de la récupération des sommes engagées par la mutuelle, auprès des tiers responsables.

ARTICLE 4-8 - HOSPITALISATION EN URGENCE

L'adhérent hospitalisé en urgence sans pouvoir choisir l'établissement d'accueil sera garanti d'un remboursement du supplément pour chambre particulière avec hébergement comportant au moins une nuitée, à hauteur des frais qu'il aura engagés et dans la limite du niveau de participation forfaitaire du lieu d'accueil prévu pour les établissements conventionnés avec la MFP, que l'établissement soit ou non conventionné avec la MFP, sans pour autant appliquer la délégation de paiement.

TITRE V - MESURES D'APPLICATION

ARTICLE 5-1 - DATE D'ENTREE EN VIGUEUR DU REGLEMENT

Le présent règlement est applicable au 1er janvier 2013. Il se substitue à celui adopté par le Conseil d'Administration du 14 décembre 2012.

ARTICLE 5-2 - INTERPRETATION DU REGLEMENT FEDERAL HOSPITALISATION

Toutes difficultés d'interprétation ou de mise en œuvre du présent règlement sont soumises au Bureau Fédéral de la MFP.

ARTICLE 5-3 – CONDITION D'APPLICATION DU REGLEMENT FEDERAL HOSPITALISATION

L'application du présent règlement peut être éventuellement suspendue par décision du Conseil d'administration, en cas de modifications substantielles des modalités de prise en charge de l'assurance maladie liées notamment à la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé et de la classification commune des actes médicaux et plus généralement de toutes modifications législatives et réglementaires issues de la loi du 13 août 2004 et de la convention médicale du 12 janvier 2005.

L'application du présent règlement comprend l'intégration des éléments du conventionnement hospitalier mutualiste FNMF au fur et à mesure des résultats des négociations par ses Unions Régionales portant sur les tarifs de chambre particulière dans les limites des plafonds définis par le conventionnement hospitalier mutualiste porté par la FNMF. Ces plafonds se substituent aux plafonds du RFH pour ce qui concerne le périmètre commun d'intervention à savoir les disciplines Médecine Chirurgie Obstétrique et Maternité.

Les modifications induites ci-dessus liées aux tarifs plafonds s'entendent tant à la hausse qu'à la baisse.

ANNEXE N° 3

ASSISTANCE MÉDICALE

(Mutuelle Assistance International, Mutuelle Assistance France)

I. CONDITIONS GÉNÉRALES

En cas de besoin, chaque bénéficiaire peut, 24 heures sur 24 sur appel téléphonique, joindre Inter Mutuelles Assistance dont un médecin déterminera la nature de l'intervention nécessaire, après un examen effectué selon les critères classiques de l'assistance.

I. NUMÉROS D'APPEL

Les numéros d'appel sont différents selon que le bénéficiaire est en France ou à l'étranger. Attention, ce n'est pas le lieu de l'affectation ou le type de garantie qui détermine le numéro d'appel, mais le lieu géographique où le bénéficiaire se trouve lorsqu'il sollicite une assistance :

Numéro d'appel depuis la France	Téléphone : 05 49 34 80 05	Télécopie : 05 49 34 71 05
Numéro d'appel depuis l'étranger	Téléphone : 33 5 49 34 80 49	Télex : 793 047F

N.B. : Les bénéficiaires en poste dans certains pays disposent d'un numéro d'appel particulier qui leur est communiqué.

2. EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Inter Mutuelles Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais engagés à ce titre.

Inter Mutuelles Assistance ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités localement investies du pouvoir de décision.

Inter Mutuelles Assistance ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de la force majeure.

Inter Mutuelles Assistance n'est pas tenue d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis, de façon volontaire, des infractions à la législation en vigueur, ainsi que pour tout sinistre provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire.

En outre, dans le cadre des garanties **Mutuelle Assistance International** et **Mutuelle Assistance France**, ne sont pas pris en charge ou ne donnent pas lieu à intervention :

- **les actes non inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux ainsi qu'à la Nomenclature Générale des Actes Professionnelles de la Sécurité Sociale française ;**
- les affections ou lésions bénignes pouvant être traitées sur place et n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre ses activités ou son voyage ;
- **les transports sanitaires pour état de grossesse, à moins de complications majeures ou imprévisibles ;**
- **les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire à des paris, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi qu'à la pratique d'un sport de compétition ;**
- **l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche engagés à la suite de pratiques sportives (notamment le ski, la spéléologie, l'alpinisme, les sports nautiques ou aquatiques en rivière ou en mer, les randonnées...) ou touristiques lorsque, dans ce cas, les dangers encourus ne pouvaient pas être ignorés du bénéficiaire.**

II. PRESTATIONS

A. MUTUELLE ASSISTANCE INTERNATIONAL

Mutuelle Assistance International s'applique aux membres de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (membres participants ou ayants droit), en poste à l'étranger ou résidant à l'étranger ou dans un territoire d'Outre-mer (à l'exception de la Polynésie française) ou en mission pour une durée supérieure à 60 jours pendant leur séjour dans le pays de résidence et lors de tout déplacement dans le reste du monde (à l'exception de la France, des départements d'Outre-mer et de la Polynésie française).

En tant que prestataire de service de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes, Inter Mutuelles Assistance assure une écoute permanente des bénéficiaires pour les renseigner, les conseiller, les rassurer, les orienter et mettre en œuvre les prestations adaptées à leur situation notamment, si besoin est, prendre toute disposition pour une évacuation ou un rapatriement sanitaire. Dans tous les cas, à l'exception des cas d'urgence dont l'appréciation relève du plateau d'Inter Mutuelles Assistance, l'appel préalable à Inter Mutuelles Assistance est obligatoire pour la mise en œuvre de toute garantie.

1. AVANCE DES FRAIS HOSPITALIERS A L'ETRANGER

Lorsqu'un bénéficiaire est victime d'un accident ou d'une maladie, Inter Mutuelles Assistance effectue l'avance des frais médicaux et/ou chirurgicaux en cas d'hospitalisation, de soins ambulatoires ou d'acte médical isolé dispensé en externe pour lequel la dépense unitaire – ce qui exclut le cumul d'actes – est supérieure à 763 euros dans un établissement hospitalier du pays, préalablement agréé et sélectionné par Inter Mutuelle Assistance.

Dans ce cas, la prise en charge est accordée en totalité. Cette prise en charge ne peut excéder un délai de trois mois à compter du fait générateur, à l'exception de la maternité et un plafond annuel fixé à 200 000 € pour les frais d'hospitalisation.

Sont pris en charge :

- le suivi obstétrical pré ou postnatal s'il y a forfait accouchement ;
- la chambre particulière de catégorie standard dès lors qu'elle n'entraîne aucun surcoût des prestations médicales et/ou hospitalières, dans la limite d'un mois.

Ne sont pas pris en charge (se reporter également aux exclusions générales) :

- les frais de confort personnel (radio, téléviseur, coiffeur...) ;
- les achats ou locations d'appareils de climatisation, à aérosols ou pour les exercices physiques... ;
- les dépenses liées au changement de sexe et à la stérilisation. Les traitements pour des transformations, dysfonctionnement ou insuffisances sexuelles ;
- les soins de chirurgie plastique pour des raisons exclusivement esthétiques ;
- la circoncision sauf impératif médical ;
- les dépenses occasionnées par les proches pendant l'hospitalisation du bénéficiaire.

2. Assistance

SITUATION		PRESTATIONS
En cas de blessure ou de maladie	Transport sanitaire	<p>Le transport sanitaire du blessé ou du malade peut être organisé dans des conditions et avec les moyens adaptés et pris en charge sur décisions d'Inter Mutuelles Assistance en liaison avec les médecins locaux.</p> <p>Ce transport est effectué par avion de ligne régulière avec s'il y a lieu agencement particulier ou avion sanitaire spécial ou tout autre moyen mieux adapté vers la structure médicale la plus proche, en France ou à l'étranger, susceptible de dispenser les soins appropriés.</p> <p>Dans le même temps le voyage d'un membre de la famille lui-même bénéficiaire, est organisé par le moyen le plus approprié et pris en charge. Les bénéficiaires dont la résidence principale avant expatriation est située hors de France métropolitaine d'un département d'Outre-mer ou de Polynésie française, peuvent après accord, être transportés dans leur pays d'origine.</p>
	Hospitalisation de + de 10 jours	Un billet aller/retour (train 1 ^{re} classe ou avion classe économique) est mis à la disposition d'un membre de la famille ou d'une personne choisie par le bénéficiaire pour se rendre à son chevet.
	Transport de la famille accompagnante	Le transport des membres de la famille eux-mêmes bénéficiaires peut être organisé et pris en charge, si le bénéficiaire est transporté vers la France métropolitaine, un département d'Outre-mer, la Polynésie française ou un pays de domicile, d'une part, et dans le cas d'une <i>incapacité temporaire de travail</i> du bénéficiaire d'au moins 30 jours, d'autre part.
	Retour dans le pays d'expatriation	Le voyage de retour du bénéficiaire vers son pays d'expatriation est organisé et pris en charge dès que son état médical le permet. Ce transport donne lieu à l'organisation et à la prise en charge du retour des membres de la famille bénéficiaire, s'ils ont été transportés à l'aller, dans la mesure où l'incapacité temporaire de travail a duré au moins 30 jours.
En cas de décès :	<p>Sont organisés et pris en charge, ou effectués :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le transport du corps dans un cercueil conforme à la législation et de qualité courante ; - Les démarches funéraires nécessaires au rapatriement du corps, du lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou dans un département d'Outre-mer ; - Le retour des bénéficiaires ayant accompagné le corps du défunt. <p>Si les autorités locales ordonnent une inhumation provisoire ou définitive, le transport aller/retour d'un membre de la famille pour se rendre aux obsèques, si l'un d'eux ne se trouve pas déjà sur le lieu des obsèques, est organisé et pris en charge. Dans ce cas, le montant des frais de séjour de la personne transportée est pris en charge dans la limite de 458 €.</p> <p>Le transport du corps est organisé et pris en charge si, après une inhumation provisoire, une exhumation a lieu en vue de son acheminement vers le lieu d'inhumation définitif.</p>	
Autres garanties sur appel préalable et étude de la demande, les prestations suivantes :	<p>Recherche, sur place ou en France, et expédition des médicaments indispensables au traitement après avis du médecin traitant.</p> <p>Avance maximale de 7 623 € pour tout événement lié à une cause médicale, consentie au bénéficiaire contre une reconnaissance de dette ou un chèque de garantie, pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave ou imprévue.</p> <p>Assistance juridique (avance de la caution pénale, dans la limite de 7 623 € en l'absence de toute faute ou délit intentionnel du bénéficiaire.</p> <p>Remboursement ou prise en charge des honoraires d'avocat ou d'un représentant juridique dans la limite de 1 525 €.</p>	

3. OBLIGATIONS ET REponsABILITE DE L'ÉTAT EMPLOYEUR

Lorsqu'en application des lois et Règlements en vigueur, l'administration considère que le retour du bénéficiaire en France a le caractère d'un rapatriement sanitaire, le remboursement des dépenses correspondantes effectuées par Inter Mutuelles Assistance, en tant que prestataire de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes, est réclamé à l'Etat.

B. MUTUELLE ASSISTANCE FRANCE

Mutuelle Assistance France s'applique aux membres de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (membres participants et ayants droit) ou résidant en France, dans un département d'Outre-mer ou en Polynésie française, notamment lors de leur déplacement à l'étranger pour convenance personnelle.

1. ASSISTANCE DEPLACEMENT

SITUATION	BÉNÉFICIAIRE DE LA PRESTATION	PRESTATIONS
Hospitalisation	d'un bénéficiaire	Organisation et prise en charge du transport sanitaire par tout moyen approprié. Assistance médicale et matérielle, conseils et, en cas d'accident ou de maladie, avance des frais hospitaliers dans la limite de 76 225 €.
	pour un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire, en cas d'hospitalisation du bénéficiaire de plus de 10 jours	Mise en place d'un billet aller/retour (de train 1 ^{re} classe ou d'avion classe économique).
Décès	d'un bénéficiaire	Transport du corps dans un cercueil conforme à la législation et de qualité courante. Accomplissement des démarches funéraires nécessaires au rapatriement du corps, du lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine, dans un département d'Outre-mer ou en Polynésie française. En cas d'inhumation provisoire, transport du corps, si une exhumation a lieu en vue de son acheminement vers le lieu d'inhumation définitif.
	pour les membres de la famille bénéficiaire	Si les autorités locales ordonnent une inhumation provisoire ou définitive, le transport aller/retour d'un membre de la famille pour se rendre aux obsèques, si l'un d'eux ne se trouve pas déjà sur le lieu des obsèques, est organisé et pris en charge. Dans ce cas, le montant des frais de séjour de la personne transportée est pris en charge dans la limite de 457 €. Organisation et prise en charge du retour des membres de la famille bénéficiaire.
	d'un parent proche (conjoint, ascendant ou descendant au 1^{er} degré, frère ou sœur) sur le territoire de la France métropolitaine	Mise à la disposition du bénéficiaire en déplacement d'un billet aller/retour (train 1 ^{re} classe ou avion classe économique) pour se rendre aux obsèques.
Autres garanties		Recherche sur place ou en France et expédition des médicaments indispensables au traitement après avis du médecin traitant. Avance maximale de 7 623 € pour tout événement lié à une cause médicale, consentie au bénéficiaire contre une reconnaissance de dette ou un chèque de garantie, pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave ou imprévue. Assistance juridique (avance de la caution pénale, dans la limite de 7 623 € en l'absence de toute faute ou délit intentionnel du bénéficiaire). Remboursement ou prise en charge des honoraires d'avocat ou d'un représentant juridique dans la limite de 1 525 €.

2. ASSISTANCE A DOMICILE

L'assistance à domicile s'applique à tous les bénéficiaires de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes en cas de retour sur le territoire métropolitain. Elle ne se substitue pas à la solidarité naturelle de la structure familiale ou du voisinage. L'application de ces prestations est appréciée par Inter Mutuelles Assistance, en tant que prestataire de service de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes, aussi bien pour leur durée que pour leur montant, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés au bénéficiaire et à son entourage.

Elle ne se substitue pas aux interventions des services publics et aux prestations dues par les organismes sociaux et l'employeur. En cas d'urgence, le premier réflexe est l'appel aux services de secours publics : Centre 15, SAMU, les pompiers ou le médecin traitant.

PRESTATIONS	SITUATION
Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire	En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours ou d'immobilisation de plus de 5 jours du bénéficiaire, le déplacement en France métropolitaine aller/retour, d'un proche qu'il désigne et son hébergement, le cas échéant, à l'hôtel pour 2 nuits (dans la limite de 92 € petit-déjeuner inclus) sont organisés et pris en charge. En cas d'hospitalisation, les frais de location d'un téléviseur sont pris en charge.
Aide ménagère	En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours du bénéficiaire, une aide ménagère peut être mise à la disposition de la famille, soit dès le 1 ^{er} jour de l'hospitalisation, soit au retour au domicile. En cas d'immobilisation de plus de 5 jours du bénéficiaire, une aide ménagère peut être mise à la disposition de la famille dès le 1 ^{er} jour avec un minimum de 2 heures par jour d'immobilisation (jusqu'à concurrence de 30 heures) dans la limite d'un mois. En cas de décès du bénéficiaire cette garantie s'applique immédiatement.
Séjour prolongé en maternité	En cas d'un séjour de plus de 8 jours en maternité de la bénéficiaire, une aide ménagère et la prise en charge des enfants peuvent être organisées.
Prise en charge des ascendants	En cas d'hospitalisation immédiate ou d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours du bénéficiaire dont les ascendants vivant au domicile ne peuvent se prendre en charge, le déplacement en France métropolitaine, aller et retour d'un proche, désigné par le bénéficiaire peut être organisé et pris en charge. Si cette solution n'est pas envisageable, le déplacement en France métropolitaine, aller et retour, des ascendants vers un proche désigné par le bénéficiaire peut être organisé et pris en charge. Une garde à domicile peut également être prise en charge, dans la limite de 30 heures, réparties sur 1 mois. En cas de décès du bénéficiaire, cette garantie s'applique immédiatement.
Prise en charge des enfants de moins de 16 ans	En cas d'hospitalisation immédiate et imprévue du bénéficiaire ou de son immobilisation au domicile de plus de 5 jours, les prestations suivantes peuvent être prises en charge : - voyage aller/retour en France métropolitaine des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant ; - accompagnement aller/retour à l'école, deux fois par jour dans la limite de 5 journées réparties sur un mois ; - transfert et garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur un mois ; - garde des enfants au domicile par un intervenant extérieur dans la limite de 30 heures réparties sur un mois. Les gardes d'enfants peuvent être jumelées avec l'accompagnement aller/retour à l'école. En cas de décès du bénéficiaire, cette garantie s'applique immédiatement.
Garde d'enfants malades	En cas d'immobilisation de plus de 2 jours d'enfant(s) malade(s) au domicile et si les parents travaillent tous les deux, le déplacement en France métropolitaine, aller et retour d'un proche, désigné par le bénéficiaire est organisé et pris en charge. A défaut, une garde d'enfant malade peut être prise en charge, dans la limite de 30 heures, répartie sur un mois à compter du début de la maladie.
Ecole à domicile	Si à la suite d'un accident ou pour une maladie imprévue, un enfant suivant des études primaires ou secondaires est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 2 semaines, un soutien pédagogique est organisé et pris en charge jusqu'à la reprise des cours. Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire, hors vacances scolaires, sous forme de cours particuliers au domicile de l'enfant, dans la limite de 3 heures par jour ouvrable.
Transfert et gardes d'animaux domestiques familiers en cas d'hospitalisation du bénéficiaire	Organisation et prise en charge du transport et/ou de l'hébergement des animaux vivants au domicile du bénéficiaire dans la limite d'un mois à compter du 1 ^{er} jour de l'événement si le bénéficiaire est hospitalisé plus de 2 jours ou immobilisé à son domicile plus de 5 jours. En cas de décès du bénéficiaire, cette garantie s'applique immédiatement.

Transmission de messages urgents	En cas de nécessité, transmission des messages urgents à la famille du bénéficiaire.	
Prestations médicales	Conseils médicaux	Hors urgence médicale et en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant habituel, pour un accident corporel ou une maladie à domicile.
	Recherche d'un médecin ou d'une infirmière	Hors urgence médicale et en cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant habituel, aide à la recherche d'un médecin et, sur prescription médicale, aide à la recherche d'une infirmière.
	Recherche d'intervenants paramédicaux	En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, assistance pour la recherche d'intervenants paramédicaux.
	Transport en ambulance	Hors urgence médicale et sur prescription médicale, organisation du transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger de son domicile jusqu'à l'établissement de soins. Si son état de santé l'impose, organisation du retour à son domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport sont à la charge du bénéficiaire.
	Livraison de médicaments	Lorsque le bénéficiaire ou l'un de ses proches n'est pas en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant habituel, recherche de la pharmacie la plus proche du domicile du patient et livraison. Le coût des médicaments est à la charge du bénéficiaire.
Démarches administratives et sociales	Suite à une maladie ou à un accident corporel survenu au bénéficiaire et sur simple appel téléphonique, orientation vers les services appropriés, recherche et communication d'informations du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures, hors jours fériés.	
Obsèques	En cas de décès du bénéficiaire, une assistance est apportée à la famille pour l'organisation des obsèques, information des proches vivant au domicile du bénéficiaire sur toute disposition à prendre (démarche pour les dons d'organes, informations sur la crémation...) avec avance des frais correspondants. Cette avance doit être remboursée dans les 30 jours.	
<p>Attention : Inter Mutuelles Assistance peut demander au bénéficiaire la justification médicale de l'événement entraînant la mise en œuvre des garanties ou à son employeur une attestation mentionnant que l'adhérent a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.</p> <p>Lorsqu'elle estime que le comportement d'un bénéficiaire est abusif, la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes, peut, le cas échéant, réclamer au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais considérés comme la conséquence directe d'un tel comportement.</p>		