

Assurance

PERTE DE REMUNERATION COMPLEMENTAIRE

Document d'information sur la garantie perte de rémunération « complémentaire ».

MCF : Mutuelle enregistrée en France et régie par le Code des Assurances : n°302 976 568

Offre : Perte de rémunération — volet INCAPACITE complémentaire au 1^{er} janvier 2026



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle transmise (prestations détaillées dans le tableau des garanties figurant des statuts).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance « perte de rémunération », volet INCAPACITE COMPLEMENTAIRE, permet de compléter votre salaire lorsque celui-ci est réduit à la suite à un arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident. Cette garantie est destinée à compléter la couverture minimale (dite « socle ») prévue par l'accord interministériel du 20 octobre 2023 relatif à l'amélioration des garanties en prévoyance (incapacité de travail, invalidité, décès) dans la fonction publique de l'État. Elle ne peut donc être souscrite que par des agents bénéficiant de cette couverture minimale, de façon obligatoire ou facultative.



Qu'est ce qui est assuré ?

Le complément de salaire, primes comprises, en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident.

Pour les fonctionnaires titulaires :

Après 90 jours d'arrêt de travail, la rémunération est réduite de moitié et certaines primes ne sont plus versées.

Pour les fonctionnaires contractuels ou vacataires :

En fonction de l'ancienneté de l'embauche, la rémunération à demi-traitement et la perte de prime peut intervenir dès le début de l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident ou après 90 jours.

Lors de la première année d'arrêt maladie, appelée communément CMO (Congé de Maladie Ordinaire) :

Salaire maintenu et/ou indemnités journalières

+ indemnités mutuelle

= 100% de la base de garantie déclarée chaque année à la mutuelle par les adhérents, après prise en compte du salaire versé par l'employeur et des indemnités versées par l'assureur du « socle ».

En cas de congé de longue maladie (CLM) ou de grave maladie (CGM), les 2^e et 3^e années d'arrêt maladie :

Salaire maintenu et/ou indemnités journalières

+ indemnités mutuelle

= 365/405 de la base de garantie déclarée chaque année à la mutuelle par les adhérents, après prise en compte du salaire versé par l'employeur et des indemnités versées par l'assureur du « socle ».

En cas de congé de longue durée (CLM) ou pour les salariés du privé, les 4^e et 5^e années d'arrêt maladie :

Salaire maintenu et/ou indemnités journalières

+ indemnités mutuelle

= 365/450 de la base de garantie déclarée chaque année à la mutuelle par les adhérents, après prise en compte du salaire versé par l'employeur et des indemnités versées par l'assureur du « socle ».

La base de garantie servant au calcul des indemnités mutuelle est égale au revenu net imposable, primes comprises, de l'année N-2, déclaré à la mutuelle par les

adhérents. Chaque adhérent à la possibilité d'actualiser cette base garantie si un événement a modifié ses revenus au cours de l'année N-1.

En cas d'absence d'information, une indemnité minimum d'un millième de la base de garantie est calculée et versée. Une régularisation intervient dès que les éléments nécessaires au calcul de l'intégralité de la prestation sont disponibles.

Retrouvez l'exhaustivité du règlement incapacité dans les statuts.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- Les arrêts de travail dont la date de début est antérieure à la date d'adhésion au contrat, même si la réduction de salaire par l'employeur intervient pendant la période de couverture.
- La perte de revenu subie pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion à la garantie.
- Les arrêts de travail non justifiés par la sécurité sociale ou le service médical de l'employeur
- Les arrêts de travail pour lesquels l'adhérent ne supporte aucune perte de revenus par rapport à la base garantie.
- La perte de rémunération – volet invalidité (la rente invalidité prévue au contrat est assurée par CNP Assurances, voir la fiche descriptive éditée par l'assureur)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- Les revenus autres que les revenus salariés
- Les arrêts de travail pour cause de maternité
- les congés parentaux
- Les arrêts de travail non justifiés médicalement.
- Les jours de carence.

Restrictions statutaires

La garantie ne peut pas être mise en jeu :

- si l'adhérent n'est pas à jour de ses cotisations.
- si l'adhérent ne fournit pas les documents nécessaires à l'instruction du dossier de sinistre (décisions du comité médical, décomptes des indemnités journalières de la

sécurité sociale, attestations de perte de revenu, bulletins de salaire).

- si l'adhérent a contracté une dette auprès de la mutuelle, à quelque titre que ce soit.

Dans tous les cas, les indemnités de mutuelle ne peuvent pas être supérieures à la perte de revenu réellement subie par l'adhérent



Où suis-je couvert ?

- quel que soit le lieu de résidence
- pendant un séjour à l'hôpital ou dans une structure médicalisée.



Quelles sont mes obligations ?

Règles générales à l'adhésion

- Remplir précisément le bulletin d'adhésion que nous vous fournissons
- Attester que, compte tenu de vos besoins, la mutuelle vous a conseillé sur le choix de vos garanties et que vous adhérez en toute connaissance de cause.
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation indiquée au contrat

Règles générales en cours de contrat

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Adresser les factures et décomptes sécurité sociale dans un délai de deux ans suivant l'acquiescement ou la date de remboursement par le Régime Obligatoire
- Informer la mutuelle de tout changement de situation dans les 15 jours (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale –naissance, mariage, décès- changement de centre de gestion du Régime Obligatoire, changement de profession, passage à la retraite) et fournir les justificatifs

Obligations statutaires

Pour les agents des trois fonctions publiques, titulaires ou contractuels : être couvert soit par un contrat de santé collectif obligatoire, soit souscrire de façon individuelle à une garantie « frais de maladie » de la MCF est obligatoire. La garantie PR complémentaire ne peut être souscrite qu'en complément d'un contrat prévoyance collectif obligatoire ou facultatif.



Quand et comment effectuer les paiements de mes cotisations ?

Les cotisations sont fixées par année civile. Elles sont payables mensuellement, par avance, chaque début de mois, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert en France.

Le paiement par chèque ou virement est autorisé pour les adhérents et dans les cas particuliers, après accord du correspondant TRACFIN. Dans ce cas, l'échéancier est trimestriel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. La date d'adhésion figure sur les documents transmis à sa conclusion (lettre d'appel de cotisation et certificat de garanties)

Chaque adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. Elle est ensuite tacitement reconduite chaque année civile, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

La garantie peut être mise en jeu après une carence de 6 mois suivant la date d'adhésion **et sous réserve que la date de début du premier arrêt maladie ne soit pas antérieure à cette date d'adhésion.** Elle cesse dès la reprise d'activité.

La garantie prend fin en cas de cessation d'activité ou de mise à la retraite ou de résiliation volontaire de la garantie.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation se demande par écrit, par courrier postal ou par mail.

La résiliation de cette garantie est possible si vous n'êtes pas ou plus fonctionnaire ou assimilé ou si vous venez à être couvert par un contrat collectif obligatoire. Dans les autres cas, il faut résilier également la garantie santé.

Les cas de résiliation :

- A date échéance du contrat (31 décembre), en adressant la demande de résiliation au moins deux mois avant (soit au plus tard le 31 octobre de la même année).
- Dans les 30 jours suivant la réception de votre appel de cotisations annuel (loi Chatel).
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle dès lors que ce changement modifie la nature du risque.



INFORMATIONS

L'exhaustivité du règlement perte de rémunération figure dans les statuts de la mutuelle et les notices d'information. Vous pouvez en obtenir une version papier sur simple demande ou les consulter en ligne sur le site www.mutuellemcf.fr.

Téléphone : 01 41 74 31 00 du lundi au vendredi entre 9 et 16 heures

Messagerie : mcf@mutuellemcf.fr

Adresse :

MCF - 110 rue de Picpus - CS 80504 - 75131 PARIS Cedex 12