

Statuts & règlements mutualistes

MGEN Santé Prévoyance

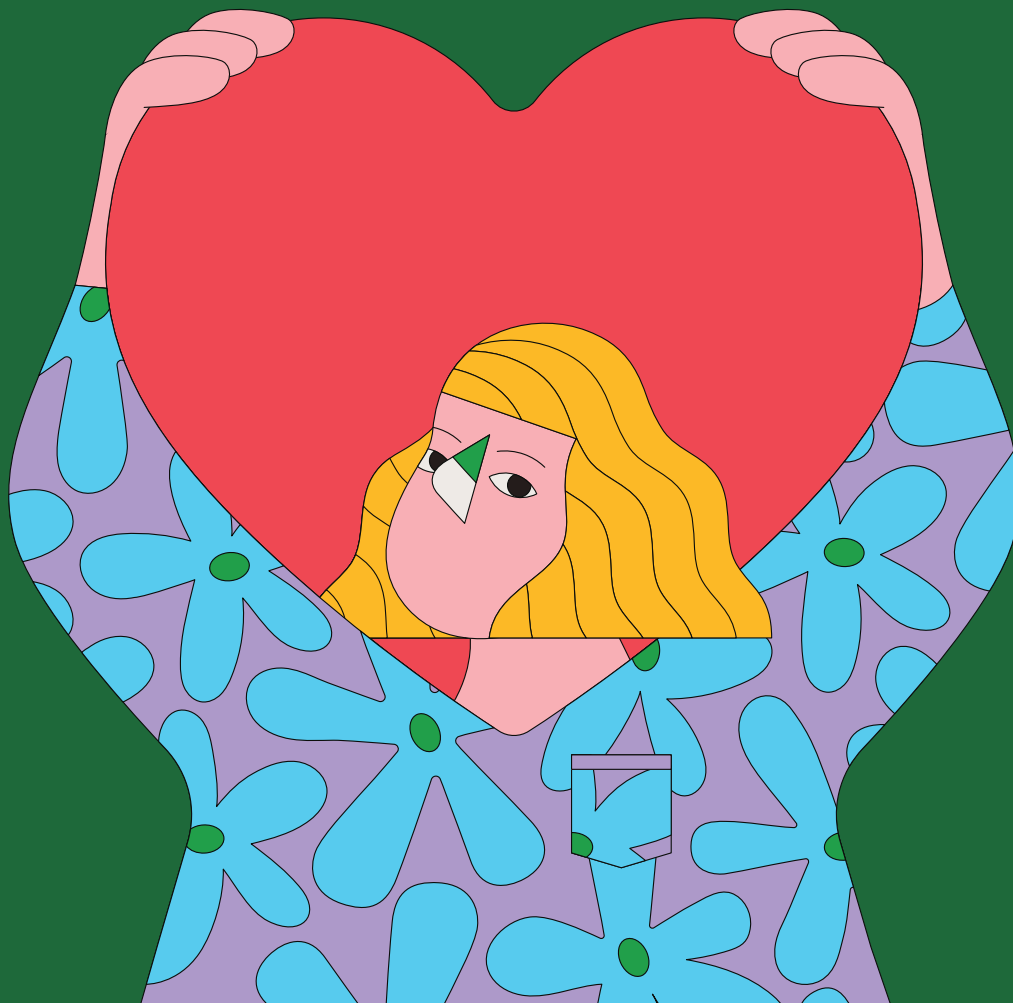
Ministères sociaux

Offre référencée par les Ministères de la Santé et de la Prévention,
des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées,
du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion,
et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

Applicables au 1^{er} janvier 2024

MGEN. Première mutuelle des agents du service public
On s'engage mutuellement

mgen[★]
GROUPE vyv



MGEN Santé Prévoyance

Ministères sociaux

Statuts MGEN

3

RAISON D'ÊTRE MGEN

Engagés pour le progrès social et la santé de tous, Nous, collectif mutualiste au service de l'intérêt général, prenons soin les uns des autres tout au long de la vie.

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée MGEN, groupement de personnes de droit privé à but non lucratif.

MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

La mutuelle a été créée le 8 décembre 1946 sous l'égide de mutuelles existant antérieurement et d'organismes syndicaux ressortissant aux personnels de l'Éducation nationale.

MGEN est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002 et par décision de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution n°2023-C-39 du 8 novembre 2023, publiée au JO n°277 du 30 novembre 2023.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Article 3 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet, directement ou indirectement, dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Égalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité :

- 1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;
- 2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;
- 3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- 4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- 5 - de couvrir le risque décès et proposer pour cela le versement de prestations en cas de décès (branche 20) ;
- 6 - de couvrir le risque natalité et de proposer pour cela le versement d'une prestation spécifique en cas de naissance d'enfant(s) (branche 21) ;
- 7 - de mettre en œuvre une action sociale ;

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

9 - d'assurer le service des prestations de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de ses sections départementales constituant des sections locales des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ;

10 - de participer à la gestion des actions sociales du ministère de l'Éducation nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

11 - de participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 portant création de la Complémentaire santé solidaire dans les conditions prévues par ce texte ainsi que ses dispositions d'application.

MGEN peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires et sociales.

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés à l'article L. 111-1 - I - 1 a) à 1 e) du Code de la mutualité.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

La mutuelle peut se réassurer auprès d'entreprises non régies par le Code de la mutualité.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 27 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Délégation de gestion

MGEN peut, en application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la mutualité, déléguer tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

➤ Chapitre 2 Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

Section I - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

I - Champ de recrutement individuel

MGEN est la mutuelle des personnels des fonctions publiques, des établissements publics et organismes privés sans but lucratif, à caractère laïque et non confessionnel œuvrant dans les secteurs d'activités suivants :

- éducation,
- enseignement scolaire et universitaire,
- santé scolaire,
- sanitaire, social et médico-social,
- information et orientation scolaire,
- formation et insertion professionnelle,
- apprentissage,
- culture,
- communication,
- patrimoine,
- recherche,
- écologie et développement durable,
- jeunesse et sports,
- aménagement du territoire,
- énergie.

Et plus généralement de toute personne bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale ou organisme primaire d'assurance maladie.

2 - Champ de recrutement collectif

Les personnes définies à l'article 7-I des statuts peuvent adhérer à MGEN dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif facultatif ou obligatoire.

Article 8 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

I - Adhésion individuelle

Adhèrent à la mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes :

- visées à l'article 7-I des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

Est considérée comme activité principale l'activité unique de l'adhérent ou, dans le cadre de l'exercice de plusieurs activités, celle qui représente au minimum 50 % de l'horaire normal de la catégorie à laquelle est rattaché l'adhérent.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent, à leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

Adhèrent à la mutuelle, dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif, en qualité de membres participants, les personnes visées à l'article 7-2 des présents statuts qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

Article 9 - Membres participants

Les membres participants sont ceux qui, par le paiement régulier de leur cotisation, acquièrent ou font acquérir à leurs bénéficiaires les avantages assurés par la mutuelle.

Les membres participants de MGEN, adhérents de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, sont membres participants de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN

Action sanitaire et sociale, et MGEN Centres de santé. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories telles que définies aux règlements mutualistes.

Article 10 - Ayants droit

Ont la qualité d'ayants droit des membres participants, susceptibles de bénéficier des prestations de la mutuelle, les personnes suivantes :

- le conjoint, le concubin du membre participant ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS) suivant les modalités définies aux règlements mutualistes ;
- les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS, suivant les modalités définies aux règlements mutualistes.

Les ayants droit sont regroupés en différentes catégories de membres bénéficiaires telles que définies aux règlements mutualistes.

➤ Chapitre 3 Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la fonction publique d'État

Le décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007 organisent le dispositif de référencement des organismes d'assurance auprès des employeurs publics pour la protection sociale de leurs agents, et prévoient des règles spécifiques d'admission et de résiliation.

Dans le cadre de ce dispositif, MGEN a obtenu le référencement :

- des ministères de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la Culture, et des établissements publics qui leur sont rattachés ;
- des ministères de la Santé et de la Prévention, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, et des établissements publics qui leurs sont rattachés ;
- des ministères de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, de la Transition énergétique, du Secrétariat d'État chargé de la Mer, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

Chacun de ces référencements fait l'objet d'un règlement mutualiste collectif dédié. Les adhérents à ces règlements mutualistes collectifs sont, du fait de leur adhésion, soumis aux dispositions des présents statuts.

Les dispositions du règlement mutualiste collectif mis en place dans le cadre du référencement prévu par le décret précité de 2007 prévalent sur celles des présents statuts.

➤ Chapitre 4 Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de labellisation auprès des employeurs publics de la fonction publique territoriale

Le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Dans le cadre de ce dispositif, MGEN a obtenu la labellisation :

- du règlement mutualiste MGEN DUO ;
- du règlement mutualiste Complément Santé ;
- du règlement mutualiste Complément Prévoyance ;
- du règlement mutualiste MGEN Territoires et Éducation.

Chacune de ces offres labellisées fait l'objet d'un règlement mutualiste dédié. Les adhérents à ces règlements mutualistes sont, du fait de leur adhésion, soumis aux dispositions des présents statuts.

Les dispositions du règlement mutualiste mis en place dans le cadre de la labellisation prévue par le décret précité de 2011 prévalent sur celles des présents statuts.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote. Les adhérents de MGEN Action sanitaire et sociale et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN, il est procédé à l'élection commune aux trois mutuelles d'une délégation unique.

Article 12 - Définitions des sections de vote

Les membres participants de la mutuelle sont regroupés en 104 sections de vote.

1 - Cent-une sections « A » regroupant respectivement dans chaque département, les adhérents aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN Alternative Santé Prévoyance, MGEN Ministères Sociaux, MGEN Ecologie et Territoires, MAEE ;

2 - Une section « B » regroupant les adhérents des offres ComplémentTer Santé, ComplémentTer Prévoyance, MGEN DUO, MGEN Territoires et Éducation, Conventions de participation, MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers ;

3 - Une section « C » regroupant les adhérents des offres Complémentaire Santé Solidaire, Efficience Santé, Efficience Santé BRED, Espace Bienvenue, ÔJI, Contrats collectif ;

4 - Une section « D » regroupant les adhérents de la section Extra métropolitaine et les adhérents à l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

Article 13 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants à l'assemblée générale pour trois ans. Le nombre de délégués titulaires de chaque section sera déterminé en fonction de ses effectifs par une répartition proportionnelle au plus fort reste.

Le nombre de sièges à pourvoir servant de base au calcul de la répartition proportionnelle au plus fort reste est fixé à 500.

Chacune des 104 sections est représentée à l'assemblée générale par a minima 3 délégués et maximum 14.

Les effectifs pris en compte sont ceux recensés au 31 décembre de l'année précédant l'élection.

Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Le nombre de délégués suppléants est inférieur ou égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues lors du scrutin.

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

Les membres du comité départemental ou de gestion de la SEM ainsi que les adhérents candidats à cette élection peuvent présenter leur candidature pour être élu délégué à l'assemblée générale.

Les candidatures sont recueillies selon les modalités précisées par le protocole électoral.

Peuvent être élus les seuls adhérents membres ou nouvellement élus des comités départementaux ou du comité extra-métropolitain de la SEM.

Lorsqu'un membre participant présente simultanément sa candidature au poste de délégué à l'assemblée générale et à celui de membre du comité départemental ou de gestion de la SEM, le candidat ne peut être élu en qualité de délégué s'il n'a pas été élu au comité départemental ou de gestion de la SEM.

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

Les délégués à l'assemblée générale sont élus par correspondance.

Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués sont précisées par le protocole électoral et les instructions du conseil d'administration.

Article 14 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué venant à l'ordre de suppléance défini par le protocole électoral.

En l'absence de délégué suppléant, le poste reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 15 - Convocation et ordre du jour

1 - L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

2 - Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités départementaux, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité départemental est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 16 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les règles générales applicables aux montants ou taux de cotisation et de prestation, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2 - Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1 du présent article, l'assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3 - Les décisions visées au 1 du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 17 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 16-1 et 16-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 18 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les prestations offertes,
- d) les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- h) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- i) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- j) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- k) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

- m) la nomination des commissaires aux comptes,
- n) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- o) la conclusion d'une convention de substitution,
- p) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,
- q) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 19 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

➤ Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 20 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 27 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour). Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 20 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 21 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

Les administrateurs de MGEN et/ou des mutuelles et union créées par elle, auxquels des attributions permanentes ont été confiées, sont placés en position de mise à disposition par leur administration d'origine.

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche ainsi mis à disposition est fixé à 55.

2 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65^e anniversaire.

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

4 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

5 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Article 22 - Représentation des salariés

En vertu de l'article L. 114-16-2 du code de la mutualité, le conseil d'administration comprend deux représentants élus par les salariés de la mutuelle, qui assistent avec voix délibérative aux séances du conseil d'administration.

Le mandat des représentants des salariés est d'une durée de quatre ans.

Leurs fonctions prennent fin par le décès, la démission, la révocation, la rupture du contrat de travail.

Les conditions et les modalités d'élection des représentants des salariés sont fixées par les dispositions de l'article L. 114-16-2 du code de la mutualité, les présents statuts et le règlement intérieur du conseil d'administration.

L'élection a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle au plus fort reste et sans panachage dans des conditions garantissant le secret du vote.

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L.114.16-2 du code de la mutualité. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

En cas de vacance pour quelque cause que ce soit d'un poste de représentants des salariés, le siège vacant, est pourvu par le candidat figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat élu. Le mandat du représentant ainsi désigné prend fin à l'arrivée du terme normal du mandat des représentants des salariés.

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 24 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Sont réputés présents, pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du conseil d'administration qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication, dans les conditions définies au règlement intérieur.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 26 - Démission d'office

Les cas de démission d'office sont prévus au règlement intérieur du conseil d'administration.

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application,
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles,
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité,
- approuve annuellement le rapport sur la solvabilité et la situation financière publié annuellement et le rapport sur l'évaluation propre des risques et de la solvabilité lesquels sont transmis à l'ACPR,
- fixe les montants ou les taux de cotisations et de prestations dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Le conseil d'administration rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière,
- adopte les politiques écrites,
- désigne les responsables des fonctions clés, gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne et actuariat,
- statue, à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance,
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle,

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- au dirigeant opérationnel,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités départementaux et extra métropolitain.

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est élu pour une durée de deux ans au cours de la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

En cas de vacance définitive du président pour cause de décès, de démission ou pour toute autre cause, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par un vice-président.

Article 31 - Missions du président

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage ou ordonnance les dépenses.

Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

Les membres du bureau sont élus pour deux ans par le conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

- un président,
- un ou plusieurs vice-présidents et/ou vice-présidents délégués.

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN est assurée par au moins deux personnes dont le président élu par le conseil d'administration et le dirigeant opérationnel désigné par le conseil d'administration sur proposition du président.

Article 35 - Dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration nomme le dirigeant opérationnel sur proposition du président du conseil d'administration et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de MGEN.

Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de MGEN, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'assemblée générale, au conseil d'administration et au président.

Les modalités de rémunération du dirigeant opérationnel sont définies par son contrat de travail et approuvées par le conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel pour cause de décès, démission ou pour toute autre cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

Par délégation de pouvoirs du conseil d'administration, chaque dirigeant effectif dispose de tous pouvoirs visant à assurer la direction effective de la mutuelle.

Chaque dirigeant effectif détient le pouvoir de représenter la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il détient également le pouvoir d'engager ou ordonner les dépenses.

➤ Chapitre 5 Organisation des sections départementales et de la section extra métropolitaine

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections créées par décision du conseil d'administration.

1 - Une section pour chaque département. Les membres participants, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, sont rattachés à la section du département dont ils relèvent au titre de leur affiliation à la Sécurité sociale.

2 - La section extra métropolitaine (SEM) regroupe les membres participants non rattachés à une section départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs, ou le lieu de résidence pour les retraités, maintenus, orphelins et associés est situé à l'étranger ou dans les collectivités d'outre-mer.

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration, chaque section départementale est administrée par un comité départemental composé de 12 à 30 membres.

A - Membres élus

Les membres du comité départemental sont élus pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section. Le renouvellement du comité départemental a lieu par moitié tous les 3 ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

Le vote par correspondance est la règle pour les élections du comité départemental.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les membres du comité départemental élus sont affectés au renouvellement de la moitié sortante, puis au remplacement des postes devenus vacants. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune candidat.

Au cours de la première réunion qui suit l'élection de ses membres, le comité départemental procède en son sein à l'élection de son (ou sa) président(e).

En cas de vacance de poste, et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Tout membre du comité départemental s'engage dans l'exercice de ses fonctions mutualistes à :

- préserver l'indépendance de la mutuelle,
- respecter les dispositions statutaires,
- respecter les instructions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut démettre de ses fonctions tout membre d'un comité départemental ne respectant pas ces dispositions.

AI - Conditions d'éligibilité

Pour être candidat à l'élection du comité de sa section départementale d'affectation, il faut :

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus l'année précédant l'élection,
- être âgé de moins de 70 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

A2 - Limite d'âge

Lorsqu'un membre du comité départemental atteint 70 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du comité suivant son 70^e anniversaire.

A3 - Contestations

Les élections aux comités départementaux sont soumises à la validation du conseil d'administration.

Les modalités pratiques d'organisation des élections sont définies dans le règlement intérieur des sections adopté par le conseil d'administration et dans les instructions de ce dernier.

Toute contestation relative aux élections est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à un comité constitué à cet effet.

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de MGEN, dans les 8 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (le cachet de la poste faisant foi).

B - Membres de droit

Les membres des conseils d'administration des mutuelles du groupe MGEN sont membres de droit de leur comité départemental de rattachement.

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration, la SEM définie à l'article 37, est administrée par un comité extra-métropolitain composé :

- des détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- des adhérents élus relevant de la SEM dont le nombre est compris entre 6 et 20.

A - Membres élus

Les membres élus du comité extra-métropolitain le sont pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou collectivités d'outre-mer distincts. Le renouvellement du comité extra métropolitain a lieu par tiers les années paires.

Les membres sortants sont rééligibles.

Est considéré comme démissionnaire du comité extra-métropolitain, tout membre participant n'étant plus rattaché à la section.

Le vote par correspondance est la règle pour les élections au comité extra-métropolitain.

Tout membre du comité extra-métropolitain s'engage dans l'exercice de ses fonctions mutualistes à :

- préserver l'indépendance de la mutuelle,
- respecter les dispositions statutaires,
- respecter les instructions du conseil d'administration.

Le conseil d'administration peut démettre de ses fonctions tout membre du comité extra-métropolitain ne respectant pas ces dispositions.

AI - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge sont identiques à celles figurant à l'article 38 AI des statuts pour les membres des comités départementaux.

A2 - Vacance

En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

A3 - Contestations

Les élections au comité extra métropolitain sont soumises à la validation du conseil d'administration.

Les modalités pratiques d'organisation des élections sont définies dans le règlement intérieur de la section adopté par le conseil d'administration et dans les instructions de ce dernier.

Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à une commission constituée à cet effet. Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la mutuelle, dans les 8 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (la date de première présentation du recours faisant foi).

B - Membres de droit

Les membres du bureau national de MGEN Union sont membres de droit du comité extra-métropolitain.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 40 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

Le fonctionnement, l'organisation et l'activité des sections sont définis notamment par :

- le règlement intérieur des sections, adopté par le conseil d'administration,
- le guide territorial,

Le conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, aux comités départementaux et au comité extra métropolitain sous la responsabilité du président de section, l'organisation politique, administrative et gestionnaire.

Les comités départementaux et le comité extra métropolitain ont pour rôle de :

- participer au débat mutualiste et contribuer à l'expression locale des adhérents,
- veiller à l'application des décisions politiques prises par les instances nationales,
- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives,

et pour les seuls comités départementaux, d'organiser les temps démocratiques départementaux.

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 41 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les cotisations globales des membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultants de l'activité de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Dès lors qu'une ou plusieurs des mutuelles créées par MGEN en application de l'article L.111-3 du code de la mutualité – à savoir MGEN Action sanitaire et sociale, et MGEN Centres de santé –, interviennent dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de chacune des mutuelles ainsi créées est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

La répartition des cotisations pour l'ensemble des offres portées par les mutuelles du Groupe MGEN est annexée aux présents statuts

Pour la bonne information de l'adhérent, la part de cotisation affectée à chaque mutuelle est spécifiée au bas du tableau de cotisations figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

Article 42 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,
- les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
- et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 43 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 44 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 16-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 45 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Article 46 - Système de garantie

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce.

Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

Il est mis en place, sous la responsabilité exclusive et collective du conseil d'administration, un comité d'audit chargé de la supervision des processus d'élaboration et de contrôle des informations comptables et financières, et du suivi des dispositifs de maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Le comité d'audit a notamment pour missions d'assurer le suivi :

- de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne et de gestion des risques,
- du contrôle légal des comptes annuels et des comptes combinés par les commissaires aux comptes,
- de l'indépendance des commissaires aux comptes.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

Le comité d'audit est composé d'au moins quatre administrateurs dont les 2/3 n'exercent pas directement de responsabilités opérationnelles au sein du groupe MGEN. Il est présidé par un administrateur désigné par le conseil d'administration.

Les modalités de fonctionnement du comité d'audit sont régies par une charte adoptée par le conseil d'administration.

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 des présents statuts, le groupe MGEN fait appel à des fonctionnaires en position de détachement pour exercer à temps plein les fonctions :

- de directeur ou directeur adjoint d'établissements,
- de président ou directeur de section départementale,
- de délégué au niveau départemental, régional ou national.

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires placés en position de détachement par le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche est fixé à 320.

➤ Chapitre 8 Mandataires mutualistes

Article 50

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1 du code de la mutualité, est une personne physique, distincte de l'administrateur mentionné à l'article 20 des statuts MGEN, qui apporte à MGEN, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du ou des mandats pour lesquels il a été statutairement désigné ou élu.

Peuvent notamment bénéficier du statut de mandataire mutualiste, sous réserve d'une décision du conseil d'administration en ce sens, les personnes physiques relevant des catégories suivantes :

- 1 - adhérents correspondants tels que définis dans le Guide territorial ;
- 2 - adhérents membres d'une commission d'un comité départemental.

La mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

Cependant, leur frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent leur être remboursés dans les mêmes conditions définies et dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) « GROUPE VYV »

Article 51 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.III-4-2 du Code de la mutualité.

À ce titre, la mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisées dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui souhaite être membre, à titre individuel, de MGEN fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) de la mutuelle.

Toute personne qui souhaite être membre de MGEN, au titre d'un dispositif conventionnel collectif, fait acte d'adhésion au contrat collectif et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements et de la notice d'information du contrat souscrit entre la personne morale et MGEN.

Les droits et obligations des membres participants sont :

- pour les adhérents à titre individuel, ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) dont ils relèvent ;
- pour les adhérents à titre collectif, ceux prévus aux statuts et au contrat collectif dont ils relèvent.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires, toute modification des statuts et des règlements décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 53 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation et des compléments de cotisations appliqués à ses bénéficiaires.

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF			
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 30 ans	98,81%	0,80%	0,39%
De 30 à 34 ans	98,53%	0,82%	0,65%
De 35 à 39 ans	98,67%	0,74%	0,59%
De 40 à 44 ans	98,88%	0,64%	0,48%
De 45 à 49 ans	98,92%	0,62%	0,46%
De 50 à 54 ans	98,96%	0,60%	0,44%
De 55 à 59 ans	98,99%	0,59%	0,42%
À partir de 60 ans	99,07%	0,53%	0,40%
MGEN Équilibre Actif			
Moins de 30 ans	98,79%	0,91%	0,30%
De 30 à 34 ans	98,76%	0,78%	0,46%
De 35 à 39 ans	98,77%	0,78%	0,45%
De 40 à 44 ans	98,85%	0,74%	0,41%
De 45 à 49 ans	98,85%	0,74%	0,41%
De 50 à 54 ans	98,89%	0,73%	0,38%
De 55 à 59 ans	98,90%	0,73%	0,37%
À partir de 60 ans	99,25%	0,41%	0,34%
MGEN Équilibre Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	98,96%	0,78%	0,26%
De 30 à 34 ans	98,90%	0,69%	0,41%
De 35 à 39 ans	98,91%	0,69%	0,40%
De 40 à 44 ans	99,01%	0,65%	0,34%
De 45 à 49 ans	99,01%	0,65%	0,34%
De 50 à 54 ans	99,06%	0,61%	0,33%
De 55 à 59 ans	99,05%	0,62%	0,33%
À partir de 60 ans	99,36%	0,35%	0,29%
MGEN Référence Actif			
Moins de 30 ans	98,79%	0,92%	0,29%
De 30 à 34 ans	98,78%	0,77%	0,45%
De 35 à 39 ans	98,75%	0,79%	0,46%
De 40 à 44 ans	98,79%	0,78%	0,43%
De 45 à 49 ans	98,79%	0,78%	0,43%
De 50 à 54 ans	98,82%	0,77%	0,41%
De 55 à 59 ans	98,84%	0,77%	0,39%
À partir de 60 ans	99,19%	0,44%	0,37%
MGEN Référence Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	98,95%	0,80%	0,25%
De 30 à 34 ans	98,90%	0,69%	0,41%
De 35 à 39 ans	98,89%	0,70%	0,41%
De 40 à 44 ans	98,97%	0,67%	0,36%
De 45 à 49 ans	98,96%	0,68%	0,36%
De 50 à 54 ans	98,99%	0,67%	0,34%
De 55 à 59 ans	98,99%	0,67%	0,34%
À partir de 60 ans	99,31%	0,38%	0,31%

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Intégrale Actif			
Moins de 30 ans	99,00%	0,75%	0,25%
De 30 à 34 ans	98,96%	0,65%	0,39%
De 35 à 39 ans	98,94%	0,67%	0,39%
De 40 à 44 ans	98,98%	0,66%	0,36%
De 45 à 49 ans	98,98%	0,66%	0,36%
De 50 à 54 ans	99,01%	0,64%	0,35%
De 55 à 59 ans	99,01%	0,65%	0,34%
À partir de 60 ans	99,32%	0,37%	0,31%
MGEN Intégrale Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	99,11%	0,66%	0,23%
De 30 à 34 ans	99,05%	0,59%	0,36%
De 35 à 39 ans	99,05%	0,60%	0,35%
De 40 à 44 ans	99,12%	0,57%	0,31%
De 45 à 49 ans	99,10%	0,59%	0,31%
De 50 à 54 ans	99,13%	0,57%	0,30%
De 55 à 59 ans	99,13%	0,58%	0,29%
À partir de 60 ans	99,41%	0,32%	0,27%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 65 ans	98,87%	0,82%	0,31%
De 65 à 69 ans	98,87%	0,82%	0,31%
De 70 à 74 ans	98,93%	0,76%	0,31%
À partir de 75 ans	98,93%	0,76%	0,31%
MGEN Équilibre retraité			
Moins de 65 ans	99,04%	0,68%	0,28%
De 65 à 69 ans	99,04%	0,68%	0,28%
De 70 à 74 ans	99,06%	0,66%	0,28%
À partir de 75 ans	99,06%	0,66%	0,28%
MGEN Référence retraité			
Moins de 65 ans	98,95%	0,74%	0,31%
De 65 à 69 ans	98,95%	0,74%	0,31%
De 70 à 74 ans	98,98%	0,72%	0,30%
À partir de 75 ans	98,98%	0,72%	0,30%
MGEN Intégrale retraité			
Moins de 65 ans	99,15%	0,60%	0,25%
De 65 à 69 ans	99,15%	0,60%	0,25%
De 70 à 74 ans	99,18%	0,59%	0,23%
À partir de 75 ans	99,18%	0,59%	0,23%

En cas de modification de cette répartition, la nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

(2) Le montant des cotisations est arrondi au centime d'euro le plus proche.

Les taux ou montants de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé, mentionné aux articles L 863-I et suivants du Code de la Sécurité sociale.

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre les différentes mutuelles auxquelles la mutuelle adhère de la manière suivante :

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF			
	MGEN ⁽¹⁾	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 30 ans	98,90%	0,60%	0,50%
De 30 à 49 ans	98,90%	0,60%	0,50%
De 50 à 64 ans	98,90%	0,60%	0,50%
Plus de 65 ans	98,90%	0,60%	0,50%

PARTICIPANTS RETRAITÉS			
	MGEN ⁽¹⁾	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 65 ans	98,90%	0,60%	0,50%
Plus de 65 ans	98,90%	0,60%	0,50%

(1) Garanties santé et prévoyance

En cas de modification de cette répartition, la nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

(2) Le montant des cotisations est arrondi au centime d'euro le plus proche.

Les taux ou montants de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé, mentionné aux articles L 863-I et suivants du Code de la Sécurité sociale.

MGEN Santé Prévoyance

Ministères sociaux

Conditions générales	16
Conditions particulières	24
Annexe 1	33
Annexe 2	42
Annexe 3	50
Annexe 4	56

Conditions générales

Article 1 - Objet	18
TITRE 1 : ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION.....	18
Article 2 - Champ de recrutement	18
Article 3 - Catégories de membres	19
Article 4 - Adhésion - Prise d'effet et durée.....	19
Article 5 - Modification de situation.....	19
Article 6 - Démission et résiliation	19
Article 7 - Conséquences de la démission et de la résiliation	20
Article 8 - Maintien des garanties	20
TITRE 2: PRESTATIONS	20
Article 9 - Définition des prestations.....	20
Article 10 - Délais d'attente	20
Article 11 - Forclusion	20
Article 12 - Fait générateur	20
Article 13 - Exclusions	20
Article 14 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale.....	20
Article 15 - Maxima des remboursements au titre des garanties santé	20
Article 16 - Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance.....	21
Article 17 - Contrôle médical.....	21
Article 18 - Justificatifs à fournir	21
TITRE 3 : COTISATIONS.....	21
Article 19 - Définition des cotisations.....	21
Article 20 - Paiement des cotisations	21
Article 21 - Évolution des cotisations	21
Article 22 - Majoration des cotisations.....	21
TITRE 4 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	22
Article 23 - Subrogation.....	22
Article 24 - Prescription.....	22
Article 25 - Réclamations - Médiation.....	22
Article 26 - Territorialité	22
Article 27 - Protection des données à caractère personnel	22
Article 28 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles	23
Article 29 - Respect du cahier des charges	23

En application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007 organisant le dispositif de référencement des organismes d'assurance auprès des employeurs publics pour la protection sociale de leurs agents,

MGEN, (SIREN n°775 685 399), et **Harmonie Mutuelle** (SIREN : 538 518 473), dont le siège social est sis 143, rue Blomet - CS 81021 - 75015 Paris, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ci-après désignées ensemble ou séparément «la Mutuelle», ont obtenu le référencement de la présente Offre, en vue de la protection sociale complémentaire des agents des ministères sociaux, à savoir le Ministère de la Santé et de la Prévention, le Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, le Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, et des établissements publics qui leurs sont rattachés (hors établissements publics industriels et commerciaux).

Et ont conclu à ce titre une convention de référencement, à effet du 1^{er} juillet 2018 et pour une durée de 7 ans, avec les ministères précités.

L'Offre est organisée par :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières et leurs annexes,

Lesquelles constituent le Règlement mutualiste collectif de l'Offre.

Le présent Règlement est régi par les dispositions du Code de la mutualité.

Les Adhérents au présent Règlement tels que définis ci-après sont, du fait de leur adhésion, soumis aux dispositions des Statuts de la Mutuelle. En cas de contradiction entre le présent Règlement et les Statuts, les dispositions du premier prévalent.

Article 1 - Objet

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles l'Offre référencée est proposée par la Mutuelle au profit des Membres Participants et de leurs Bénéficiaires, tels que définis à l'article 2 ci-après.

Cette Offre, déclinée en formules décrites aux Conditions Particulières, se compose de :

- garanties frais de santé,
- garanties prévoyance : incapacité temporaire de travail/invalidité/invalidité permanente et absolue/décès.

Les garanties frais de santé sont coassurées par MGEN et Harmonie Mutuelle et les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité, invalidité permanente et absolue et décès sont assurées par MGEN.

Ces garanties sont définies aux Conditions Particulières, lesquelles présentent également les prestations et services annexes auxquels les Membres Participants et Bénéficiaires peuvent prétendre à titre optionnel.

TITRE I

ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION

Article 2 - Champ de recrutement

La présente Offre référencée est ouverte :

- aux agents relevant des ministères de la Santé et de la Prévention, des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion, et des établissements publics qui leurs sont rattachés (hors établissements publics industriels et commerciaux),
- à leurs ayants droit et ayants cause,

Tels que définis ci-après.

2-1. Peuvent adhérer à l'Offre et acquérir ainsi la qualité de Membres Participants :

2-1-1. Pour les garanties frais de santé :

- les agents titulaires (fonctionnaires),
- les agents non titulaires de droit public (contractuels),
- les stagiaires (pré-titularisation),
- les retraités (actuels et futurs),
- les ayants cause (à savoir les veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels et retraités décédés),

2-1-2. Pour les garanties prévoyance, seuls les agents ci-après bénéficient d'un couplage intégral obligatoire des garanties frais de santé et prévoyance :

- les agents titulaires (fonctionnaires) actifs,
- les agents non titulaires de droit public (contractuels) actifs,
- les stagiaires (pré-titularisation).

Sont exclus du dispositif, les personnels de droit privé et les vacataires.

2-2. Le Membre Participant peut étendre la couverture des seules garanties frais de santé à ses ayants droit, définis ci-après :

- son conjoint, tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son concubin (au sens de l'article 515-8 du Code civil) exerçant ou non une activité professionnelle.

Lesquels acquièrent alors la qualité de **Membres Bénéficiaires Conjoints**,

- ses enfants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin :
- âgés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base du Membre Participant, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
- âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au Régime obligatoire d'assurance maladie des étudiants ou au régime général au titre de la Protection Universelle Maladie (Puma),
- âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'alternance aux conditions prévues par le Code du travail.
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Lesquels acquièrent alors la qualité de **Membres Bénéficiaires Enfants**.

Le terme « Adhérent » utilisé au sein des présentes Conditions Générales et des Conditions Particulières désigne aussi bien le Membre Participant que le Membre Bénéficiaire tels que définis ci-dessus.

Article 3 - Catégories de membres

Les Membres Participants, tels que prévus à l'article 2-1 des présentes, sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient et font, le cas échéant, bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les Membres Bénéficiaires, tels que prévus à l'article 2-2 des présentes, sont les personnes physiques ayants droit d'un Membre Participant.

Nul ne peut être admis en tant que Membre Bénéficiaire s'il peut être admis à la Mutuelle en tant que Membre Participant en application de l'article 2-1 précité.

Article 4 - Adhésion - Prise d'effet et durée

4-1. Conditions et modalités

L'adhésion au présent Règlement est individuelle et facultative. Elle est matérialisée par la signature, par le Membre Participant, du bulletin d'adhésion.

Pour les garanties frais de santé, le Membre Participant a le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Base / Santé 1/ Santé 2/ Santé 3).

Le Membre Participant ayant opté pour la formule Santé 1, Santé 2 ou Santé 3 a la possibilité de compléter ses garanties santé en adhérant à la surcomplémentaire.

Les Membres Bénéficiaires disposent obligatoirement de la même formule en santé que celle choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Pour les garanties prévoyance, dans le cadre du couplage des garanties santé et prévoyance obligatoire pour le Membre Participant actif, celui-ci a également le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Prévoyance Base/ Prévoyance 1/ Prévoyance 2/ Prévoyance 3).

L'adhésion d'un agent relevant de l'article 2-1-2 ci-dessus aux garanties frais de santé entraîne obligatoirement son adhésion conjointe et indissociable aux garanties prévoyance.

Pour tout Membre Participant, l'adhésion à l'Offre s'effectue :

- sans limite d'âge,
- sans droit d'entrée,
- sans justificatif médical.

4-2. Prise d'effet et durée

A compter de la date de réception par MGEN soit du dossier complet et signé par le candidat, soit de la demande d'adhésion dématérialisée complète et signée électroniquement, l'adhésion et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet selon la volonté exprimée par le membre participant :

- au lendemain de la demande,
- à la date librement indiquée par le membre participant dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

L'adhésion à la surcomplémentaire prend effet au 1er jour du mois suivant la demande.

La durée de l'adhésion est annuelle et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 5 - Modification de situation

Le Membre Participant s'engage à informer, dans un délai de 30 jours suivant l'évènement, la Mutuelle de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance/adoption, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès,
- les ressources de son foyer : modification des ressources du groupe familial dès lors que celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations,
- sa situation administrative et professionnelle : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, changement d'employeur, congés de toute nature...

Article 6 - Démission et résiliation

6-1. Démission à l'initiative du Membre Participant

Le Membre Participant a la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1er janvier de l'année qui suit celle en cours à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre, soit au plus tard le 31 octobre date de réception par la Mutuelle. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1er janvier.

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent Règlement mutualiste collectif sans frais ni pénalités. La démission prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou le nouvel organisme assureur en application de la procédure prévue par l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1er jour du mois suivant la réception de la demande de démission.

La demande de démission doit être adressée à la mutuelle selon l'une des modalités suivantes, au choix de l'adhérent :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social au sein d'une section départementale ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication

6-2. Décès du Membre Participant

L'adhésion du Membre Participant prend fin à son décès.

Le Bénéficiaire du Membre Participant décédé peut, en tant qu'ayant cause tel que défini à l'article 2-1 des présentes, adhérer en qualité de Membre Participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du Membre participant auquel il était rattaché. Durant ce délai, le Membre Bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures. A défaut d'adhésion, la couverture du Membre Bénéficiaire prend fin dans le délai de trois mois suivant le décès du Membre Participant.

6-3. Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture d'un ou des Membres Bénéficiaires ne peut être demandée que par le Membre Participant selon les modalités définies au point I dernier alinéa du présent article.

La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

6-4. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle pour non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du Membre Participant.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent, la Mutuelle a la faculté de résilier sa garantie.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au paragraphe précédent.

Aucune demande de réintégration à la Mutuelle après résiliation pour non-paiement de cotisation n'est recevable.

Article 7 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La Mutuelle rembourse au Membre Participant la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la démission ou de la résiliation.

La démission et la résiliation entraîne la perte de la qualité de Membre Participant ainsi que la fin de l'extension de la couverture familiale.

En cas de résiliation à l'initiative du Membre Participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les allocations journalières et les allocations d'invalidité. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions de droits étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux Conditions Particulières.

Article 8 - Maintien des garanties

8-1. En cas de résiliation ou non-renouvellement de la convention

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de la convention de référencement conclue avec les ministères précités, et par voie de conséquence du présent Règlement, le versement des prestations en prévoyance est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation sous réserve que le fait générateur soit antérieur à la résiliation.

La résiliation ou le non-renouvellement de la convention de référencement, et par voie de conséquence du présent Règlement est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité. Ainsi, les garanties décès sont maintenues pour les Membres Participants en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

8-2. En cas d'incapacité ou d'invalidité

La Mutuelle maintient les garanties frais de santé dans les conditions antérieures pour les Membres Participants en situation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou de mise à la retraite par anticipation pour invalidité.

8-3. En cas de radiation des effectifs

En cas de radiation des Membres Participants des effectifs des Ministères ou des établissements publics qui leur sont rattachés, pour mise à la retraite par anticipation pour invalidité, la Mutuelle maintient les garanties de ces Membres Participants à titre individuel.

8-4. En cas de congé

En cas de congé pour raison de santé prévu par le statut de la fonction publique (congé de maladie ordinaire - CMO, congé de longue maladie - CLM, congé de longue durée - CLD, congé de grave maladie - CGM), ou par le Code du travail le cas échéant, les garanties frais de santé et prévoyance sont maintenues dans les conditions antérieures, si le Membre Participant n'en manifeste pas la volonté contraire avant le début effectif de son congé.

TITRE 2

PRESTATIONS

Article 9 - Définition des prestations

Le détail des prestations offertes aux Membres Participants et à leurs Bénéficiaires figure, pour chacune des quatre formules Santé (Base / Santé 1 / Santé 2 / Santé 3), la formule surcomplémentaire et des quatre formules Prévoyance (Prévoyance Base / Prévoyance 1 / Prévoyance 2 / Prévoyance 3), aux Conditions Particulières.

Article 10 - Délais d'attente

Le délai d'attente se définit comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, bien que le Membre Participant cotise. Il débute à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Tout fait générateur qui se réalise pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le délai d'attente.

Les Membres Participants et Bénéficiaires définis à l'article 2 des présentes ne se voient appliquer aucun délai d'attente aux garanties constitutives de l'Offre référencée.

Seules des prestations annexes proposées hors référencement aux Membres Participants et Bénéficiaires à titre optionnel, telles que précisées au titre 4 des Conditions Particulières, peuvent donner lieu à l'application d'un délai d'attente. Dans ce cas, celui-ci est indiqué au sein de la documentation contractuelle remise à l'adhérent au moment de la souscription de ladite prestation.

Article 11 - Forclusion

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de la réalisation du fait générateur n'est plus recevable.

Article 12 - Fait générateur

Le fait générateur se définit comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini au sein de l'article relatif à chaque prestation concernée dans les Conditions Particulières.

Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet de l'adhésion n'ouvre pas droit aux prestations.

Aux conséquences du fait générateur sont appliquées l'ensemble des dispositions de l'Offre en vigueur à la date du fait générateur.

Article 13 - Exclusions

Le détail des exclusions est défini aux Conditions Particulières.

Article 14 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de la Mutuelle définie aux Conditions Particulières.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément de la Mutuelle, défini aux Conditions Particulières, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Seule une décision prise par les instances de la Mutuelle, en accord avec les ministères, peut entraîner la modification de son niveau d'intervention.

Article 15 - Maxima des remboursements au titre des garanties santé

Pour toute prestation, le remboursement par la Mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective du Membre Participant et des Bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Membre Participant et ses Bénéficiaires peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

Article 16 - Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance

Les prestations versées à hauteur du niveau de garantie en application des Conditions Particulières, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance ou de retraite, ou par l'administration ou à toute autre rémunération résultant d'une activité salariée ou prestation de l'assurance chômage, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

Article 17 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, la Mutuelle peut procéder à un contrôle médical.

La Mutuelle n'est pas tenue par l'avis de la Sécurité sociale et si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conduit à un arrêt injustifié, elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

Le Membre Participant qui conteste une décision de la Mutuelle relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de la Mutuelle.

En cas de désaccord entre le Membre Participant et son médecin traitant d'une part, et le médecin conseil d'autre part, les parties font appel à un troisième médecin pour les départager. Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin sera désigné par un Tribunal de Grande Instance du ressort de la Mutuelle sur requête de la partie la plus diligente.

L'avis de ce troisième médecin est accepté par les deux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Article 18 - Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires.

À défaut, les prestations ne sont pas versées.

Ces justificatifs sont définis, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste qui les concernent. En complément de ceux-ci, la mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 19 - Définition des cotisations

La cotisation est la contrepartie des garanties accordées par la Mutuelle.

Les cotisations des Membres Participants et des Membres Bénéficiaires couvrent une année civile.

Les définitions et modalités de calcul des cotisations, dénommées ensemble ou séparément « la cotisation », sont définies pour chacune des quatre formules Santé (Base / Santé 1 / Santé 2 / Santé 3), la surcomplémentaire et chacune des quatre formules Prévoyance (Prévoyance Base / Prévoyance 1 / Prévoyance 2 / Prévoyance 3) et pour chacune des catégories de membres, aux Conditions Particulières.

Article 20 - Paiement des cotisations

Le Membre Participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle, pour lui-même et le cas échéant ses Membres Bénéficiaires, qui est affectée à la couverture des prestations, allocations et services définis aux Conditions Générales et Particulières.

Article 21 - Évolution des cotisations

21-1. Évolution annuelle des cotisations

À compter du 1^{er} juillet 2018 et jusqu'au 31 décembre 2020, les cotisations des garanties frais de santé et des garanties prévoyance telles que prévues aux Conditions Particulières ne feront l'objet d'aucune revalorisation ou actualisation.

Ce maintien en l'état des cotisations s'entend à législation et réglementation constantes.

Au-delà de ce délai, les cotisations des garanties frais de santé d'une part et celles des garanties prévoyance d'autre part feront l'objet d'une revalorisation ne pouvant excéder 2,5% par an.

22-2. Évolution exceptionnelle des cotisations

En application des dispositions de l'article 19 du décret de 2007 précité, et dans les conditions exceptionnelles que celles-ci prévoient, une évolution des cotisations allant au-delà du taux de revalorisation prévu à l'article 20-1 ci-dessus pourra être appliquée.

Toute évolution des cotisations sera portée à la connaissance du Membre Participant.

Article 22 - Majoration des cotisations

En application du décret de 2007 et de ses arrêtés d'application précités :

- lorsque le Membre Participant de plus de 30 ans adhère plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation est majorée de 2% par année non cotisée après 30 ans dans un dispositif référencé,
- lorsque le Membre Participant adhère plus de 5 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation peut être établie sur la base d'un questionnaire médical pour les garanties incapacité, invalidité et décès.

TITRE 4

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 23 - Subrogation

L'Adhérent victime d'un accident doit le déclarer à la Mutuelle.

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

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

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

Si l'Adhérent a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par la Mutuelle est exigé.

L'Adhérent qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 24 - Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans. Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les cas prévus par l'article L.221-11 du Code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le Membre Participant et lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit du Membre Participant décédé.

Pour les opérations sur la vie, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du Membre Participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 25 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'Adhérent peut s'adresser à la Mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 09 72 72 23 24 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse :

**MGEN - Gestion des Réclamations -
Offre Ministère Sociaux - 35035 Rennes CEDEX 9**

- en points d'accueil.

En cas de désaccord avec la réponse apportée par la mutuelle et dans tous les cas en l'absence de réponse de cette dernière dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation, l'adhérent peut saisir le Médiateur.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

**CNPM - MÉDIATION - CONSOMMATION
27, avenue de la Libération
42400 SAINT-CHAMOND**

- via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Article 26 - Territorialité

Les garanties de la présente Offre s'appliquent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer et à l'étranger.

Dans le cas où elles s'appliquent à l'étranger, la Mutuelle intervient en complément de la couverture du Régime obligatoire d'assurance maladie français ou équivalent.

Article 27 - Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de ses activités, MGEN réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants-droits éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de réaliser les opérations suivantes :

- certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat du membre participant ;
- certaines basées sur l'intérêt légitime de MGEN ou de l'Union Mutualiste de Groupe « Groupe VYV » : pour informer le membre participant, pour lui proposer des prestations et services analogues à ceux déjà fournis au membre participant ou compris dans son offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis au membre participant (en enrichissant ses données avec celles de partenaires et en évaluant sa situation), pour piloter leurs activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques ;
- certaines basées sur le consentement du membre participant ou de ses ayants-droits : pour proposer des prestations et services, non analogues à ceux déjà fournis, enrichissant le parcours du membre participant (notamment en partageant s'il le souhaite, ses données aux partenaires de MGEN, et en évaluant sa situation) ;
- certaines basées sur le respect des obligations légales, réglementaires et administratives de MGEN : notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ; la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et organismes publics ; les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées ; la consultation du RNIPP ; la gestion des contrats en déshérence.

Conformément au principe de minimisation, les données à caractère personnel collectées et traitées par MGEN se limitent à celles strictement nécessaires à la réalisation des opérations citées. À ce titre le traitement des données relatives à la santé par MGEN est réalisé conformément à l'article 9,2°b) du Règlement Général sur la Protection des Données (nécessaire aux fins d'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à MGEN ou aux membres participants ou ses ayants-droits, en matière de droit à la protection sociale).

Les données sont conservées le temps nécessaire à la réalisation des opérations citées plus avant, conformément au référentiel des durées de conservation mis en œuvre au sein de la MGEN, aux préconisations de la CNIL (référentiel pour le secteur de l'assurance) et aux prescriptions légales.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la MGEN dans le cadre de leurs missions en lien avec les finalités précitées. Elles peuvent également être transmises à des personnes extérieurement habilitées par la MGEN dans la limite des finalités précitées.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 (RGPD), et de la Loi dite «Informatique et Libertés» modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données (pour les traitements basés sur le consentement ou l'exécution du règlement mutualiste ou de mesures précontractuelles), d'un droit de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Le membre participant dispose également d'un droit d'opposition, à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, sauf pour les traitements de données basés sur l'exécution du règlement mutualiste et ses statuts [ou du contrat] ou les mesures précontractuelles, ou ceux basés sur le respect d'une obligation légale. Le membre participant peut exercer ce droit sans conditions, pour les traitements de données réalisés dans le cadre d'actions commerciales basés sur l'intérêt légitime de MGEN.

Le membre participant est libre de retirer son consentement à tout moment pour les opérations et finalités pour lesquelles il avait souhaité le donner.

Les ayants-droits éventuels du membre participant disposent des mêmes droits que le membre participant pour les traitements qui les concernent. A cet effet, le membre participant s'engage à en informer ses éventuels ayants-droits.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée, par courrier postal à l'adresse :

**MGEN - Centre de services de la Verrière
Protection des données - CS 10601 La Verrière
6 bis avenue Joseph Rollo
78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex**

Le Data Protection Officer (DPO) peut être contacté à l'adresse suivante :

**MGEN - Data Protection Officer -
3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15**

Les demandes peuvent également être faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>.

Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'il estime, après avoir contacté MGEN, que ses droits ne sont pas respectés.

Le membre participant peut, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Le membre participant peut consulter le site <https://www.mgen.fr> pour plus de détail sur les traitements de données réalisés.

Article 28 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 75436 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN et Harmonie Mutuelle.

Article 29 - Respect du cahier des charges

La présente Offre respecte les dispositions du cahier des charges au titre duquel la convention de référencement a été conclue.

Toutefois, en cas de contradictions, dans un sens défavorable pour les Ministères sociaux et ses bénéficiaires entre les dispositions contractuelles de la convention de référencement d'une part, et du présent Règlement d'autre part, seules les premières s'appliqueront.

Conditions particulières

TITRE 1 : LES FORMULES	25
Article 1 - Les formules de garanties	25
Article 2 - Les changements de formules	25
TITRE 2 : LES PRESTATIONS	25
Chapitre 1 - Garanties frais de santé	25
Article 3 - Objet de la garantie	25
Article 4 - Maladie	25
Article 5 - Forfait prévention et médecines douces	26
Article 6 - Hospitalisation	26
Article 7 - Dispense d'avance de frais	27
Article 8 - Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir	27
Article 9 - Délais de versement des prestations frais de santé	27
Article 10 - Exclusions	27
Chapitre 2 - Garanties prévoyance	27
Article 11 - Incapacité temporaire de travail	27
Article 12 - Invalidité	28
Article 13 - Invalidité Permanente et Absolue/Décès	29
Chapitre 3 - Action sociale	30
Article 14 - Aides et accompagnements solidaires	31
Article 15 - Handicap	31
Article 16 - Orphelinat	31
Article 17 - Aide au mutualiste aidant	31
Chapitre 4 - Assistance	31
Article 18 - Prestations d'assistance	31
TITRE 3 : LES COTISATIONS	31
Article 19 - Cotisations des Membres Participants	31
Article 20 - Cotisations des Membres Bénéficiaires	32
TITRE 4 : LES GARANTIES OPTIONNELLES	32
Article 21	32
Article 22 - Prêt installation	32
ANNEXE 1 : TABLEAUX DE PRESTATIONS	33
ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION	42
ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION PROTECTION JURIDIQUE	50
ANNEXE 4 : TABLEAUX DE COTISATIONS	56

TITRE I

LES FORMULES

Article 1 - Les formules de garanties

Pour les garanties Frais de santé, le Membre Participant a le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules suivantes :

Garanties Frais de santé	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3
-----------------------------	------	---------	---------	---------

Le Membre Participant ayant opté pour la formule Santé 1, Santé 2 ou Santé 3 a la possibilité de compléter ses garanties santé en adhérant à la surcomplémentaire.

L'adhésion à cette offre donne lieu au versement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

Les Bénéficiaires disposent obligatoirement de la même formule santé, que celle choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés, et le cas échéant de la formule surcomplémentaire.

Pour les garanties prévoyance, dans le cadre du couplage des garanties santé et prévoyance obligatoire pour le seul Membre Participant actif, celui-ci a le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules suivantes :

Garanties Prévoyance	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
-------------------------	--------------------	-----------------	-----------------	-----------------

Article 2 - Les changements de formules

En cours d'adhésion, le Membre Participant peut solliciter un changement de formule santé ou, pour le seul Membre Participant actif, de formule prévoyance, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit.

Le changement de formule santé s'applique également aux Membres Bénéficiaires rattachés au Membre Participant.

La nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Aucune demande de changement de formule Prévoyance n'est possible dès lors que l'adhérent est en arrêt de travail à la date de la demande.

En cas de changements de formules non concomitants en santé et en prévoyance, le délai de 12 mois commence à courir à compter du dernier changement de formule effectué.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le Membre Participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement. Dans ce cas, la nouvelle formule prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit sa demande.

Le changement de formule santé est sans effet sur les limites de prestations en cours s'agissant des équipements d'optique ainsi que, en cas de changement en cours d'année civile, sur les forfaits annuels.

TITRE 2

LES PRESTATIONS

Chapitre I Garanties frais de santé

Article 3 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité dans les conditions et limites prévues par les présentes Conditions Particulières.

L'étendue et le montant des garanties (Voir Annexe I – Tableaux des prestations) peuvent prévoir la prise en charge des frais qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie.

Article 4 - Maladie

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et de ses articles d'application R.871-1 et R.871-2.

Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L.160-13 du code précité.

Le droit à prestation est apprécié à la date des soins (date d'exécution de l'acte, date de délivrance des produits et prestations). Pour l'orthodontie, le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque fraction de traitement.

La majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins prévu par l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas prise en charge au titre du présent règlement.

Seuls donnent lieu à remboursement les soins qui se situent pendant la période d'ouverture des droits.

Les prestations suivantes sont servies en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie, dans les conditions et modalités prévues aux présentes et selon les montants indiqués aux Tableaux des prestations (Annexe I) :

- Soins courants : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments (dont sevrage tabagique), cures thermales, transports, matériel médical,
- Hospitalisation,
- Dentaire,
- Optique,
- Aides auditives..

La prise en charge par la mutuelle des médicaments, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), du matériel médical (appareillages et dispositifs médicaux dont orthopédie, prothèses oculaires, prothèses capillaires, prothèses mammaires), et des aides auditives est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

D'autres prestations sont servies en cas d'absence de prise en charge par la Sécurité sociale :

- **Chirurgie réfractive de l'œil** : La prestation est versée pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste.
- **Médicaments et contraceptifs** : La prestation est versée pour les médicaments et les contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestations est apprécié à la date d'achat.
- **Ostéodensitométrie** : La prestation est versée pour le remboursement des actes d'ostéodensitométrie non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

- **Vaccins** : La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte dans un centre agréé de vaccination.

Article 5 - Forfait prévention et médecines douces

La Mutuelle verse à chaque Membre Participant ou Bénéficiaire un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

5-1. Ostéopathie

La prestation est versée pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-2. Psychothérapie

La prestation est versée pour les séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale, effectuées par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute, autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Les séances de psychothérapie répondant aux conditions du décret n° 2022-195 du 17 février 2022 donnent lieu à une intervention de MGEN en complément de la Sécurité sociale.

5-3. Acupuncture

La prestation est versée pour les séances d'acupuncture effectuées, par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une capacité en acupuncture ou par une sage-femme titulaire d'un diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale reconnus par l'État.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens - OPTAM-CO), alors la prestation peut être versée sur la part des honoraires du médecin au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et après intervention de la Mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

5-4. Diététicien

La prestation est versée pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un diététicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-5. Nutritionniste

La prestation est versée pour les consultations de nutrition, effectuées par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par l'État lui permettant l'exercice particulier de nutritionniste.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens - OPTAM CO), alors la prestation peut être versée sur la part des honoraires du médecin au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et après intervention de la Mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

5-6. Chiropracteur

La prestation est versée pour les séances effectuées par un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-7. Psychomotricien

La prestation est versée pour le remboursement des séances et des bilans de psychomotricité non remboursés par la Sécurité sociale, réalisés par un psychomotricien, autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-8. Podologue – Pédicure

La prestation est versée pour le remboursement des soins non remboursés par la Sécurité sociale, effectués par un podologue ou un pédicure, autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-9. Autres prestations

La prestation est versée pour le remboursement des séances de shiatsu, réflexologie, étio-pathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et micro kinésithérapie non remboursées par la Sécurité sociale, réalisées par un praticien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

La Mutuelle verse également à chaque Membre Participant ou Bénéficiaire un forfait individuel, par année civile en euros pour chacun des actes suivants réalisés par un professionnel de santé autorisé :

- amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ;
- caryotypes fœtaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Article 6 - Hospitalisation

Les prestations hospitalisation sont servies dans le respect des dispositions de l'article L.871-I du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

6-1. Champ d'intervention

La prestation est versée pour les séjours hospitaliers en établissements de santé public ou privé conventionnés avec la Sécurité sociale, relevant du Code de la Santé publique.

Elle intervient pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique, maternité, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation et pour les hospitalisations de jour, ambulatoires ou à domicile.

6-2. Conditions de remboursement

Le remboursement est subordonné à celui de la Sécurité sociale pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie) sans préjudice des obligations du contrat responsable.

6-3. Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

- les frais de séjours comprenant les frais d'hébergement, les soins, les produits pharmaceutiques, les frais de salle d'opération, les frais d'anesthésie,
- les actes et traitements effectués au cours de l'hospitalisation,
- les frais de laboratoire,
- les appareillages, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques non inclus dans les frais de séjour.

Par dérogation, la Mutuelle intervient également pour le remboursement :

- des dépassements d'honoraires pratiqués par le praticien,
- de la chambre particulière pour les séjours comprenant au moins une nuitée et pour les séjours ambulatoires,
- des frais d'accompagnant,
- des fécondations in vitro remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- des dépassements d'honoraires liés à la péri-durale,
- des frais de télévision,

sous réserve des limites applicables, telles que prévues au Tableau des prestations (annexe I).

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge dès le premier jour de l'hospitalisation sans limitation de durée.

6-4. Fait générateur

Le fait générateur est apprécié au premier jour du séjour hospitalier. Seuls donnent lieu à remboursement les soins qui se situent pendant la période d'ouverture des droits.

Article 7 - Dispense d'avance de frais

La dispense d'avance de frais est accordée dans le respect de la législation en vigueur, dès lors que le praticien ou l'établissement de santé applique le tiers payant pour tout ou partie de la part des dépenses prise en charge par la Mutuelle :

- Soit à hauteur de la prestation contractuelle lorsque des accords spécifiques existent entre la Mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, audioprothèse – voir Tableaux des prestations - Annexe 1),
- Soit à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

Article 8 - Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir

Lorsque le Membre Participant ou le Bénéficiaire ne bénéficie pas du service de dispense d'avance de frais ou de la télétransmission informatique de ses décomptes par le Régime obligatoire d'assurance maladie, le remboursement par la Mutuelle s'effectue sur la base :

- des originaux de décomptes de Sécurité sociale ;
- des originaux de factures ou notes d'honoraires du praticien ou de l'établissement de santé, nominatives, datées, acquittées, détaillées et codifiées.

Pour le paiement des prestations suivantes, outre les originaux de factures datées et acquittées, sont requis :

- Psychothérapie, ostéopathe, pédicure, podologue, nutritionniste, diététicien, acupuncteur, psychomotricien, chiropracteur et micro-kinésithérapie : la présence du numéro d'identification du praticien,
- Vaccination non remboursée : la prescription médicale (sauf vaccination en centre de vaccination agréé),
- Sevrage tabagique : le(s) décompte(s) de Sécurité sociale justifiant de l'épuisement du forfait versé par cette dernière.

La Mutuelle se réserve le droit de demander la production de tout justificatif complémentaire.

Article 9 - Délais de versement des prestations frais de santé

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 5 jours ouvrés, hors délais bancaires.

Article 10 - Exclusions

Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique et les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale, à l'exception de ceux figurant aux présentes Conditions Particulières.

➤ Chapitre 2 Garanties prévoyance

Les garanties prévoyance au présent chapitre sont réservées aux Membres Participants actifs, tels que définis à l'article 2-1-2 des Conditions Générales.

Lors de son adhésion, le Membre Participant actif choisit l'assiette de traitement ou de rémunération sur la base de laquelle sont calculées les garanties prévoyance prévues au présent chapitre, étant entendu que :

- l'assiette retenue vaut pour l'ensemble des garanties prévoyance ;
- la cotisation relative aux garanties prévoyance sera basée sur la même assiette.

Dans ce chapitre, on entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

Article 11 - Incapacité temporaire de travail

11-1. Définition de la garantie

La garantie Incapacité Temporaire de Travail permet de compenser, par le versement d'allocations journalières, la diminution de revenu subie par le Membre Participant contraint de cesser son activité professionnelle, suite à une maladie ou à un accident.

11-2. Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au Membre Participant en activité ou en disponibilité d'office pour raison de santé au sens de l'article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, qui perçoit un demi traitement de son employeur tel que prévu par le régime de la Fonction publique ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

La prestation est également attribuée au Membre Participant qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que les conditions exigées par la Sécurité sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du Régime obligatoire d'assurance maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
- soit parce que ses droits sont épuisés conformément aux dispositions de l'article L. 323-1 du Code de la Sécurité sociale,

Dans ce cas, la prestation complémentaire de la Mutuelle est calculée en tenant compte des indemnités journalières que la Sécurité sociale aurait versées.

11-3. Fait générateur

Le fait générateur est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail. Tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion ne pourra pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation Allocations journalières.

11-4. Niveaux des garanties

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes :

	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2 et Prévoyance 3
Incapacité Temporaire de Travail	75% du salaire annuel de référence	85% du salaire annuel de référence	95% du salaire annuel de référence

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation est celui en vigueur à la date du fait générateur.

11-5. Montant de la prestation

Le montant dû par jour d'arrêt de travail est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

Le niveau de garantie Incapacité Temporaire de Travail indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence tel que défini ci-après.

On entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

Les ressources correspondent au montant brut versé en cas d'arrêt de travail par l'administration et/ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

Conformément à l'article 16 des Conditions Générales, les prestations versées en application de la présente garantie, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale, l'Administration et par tout autre organisme complémentaire, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

11-6. Revalorisation du montant de la prestation

Une revalorisation annuelle est appliquée au 1er janvier de l'année N, calculée en fonction de l'évolution annuelle constatée entre le 30 septembre de l'année N-1 et le 30 septembre de l'année N-2, de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages en France métropolitaine (hors tabac) publié par l'INSEE, et dans la limite de 1,2% par an.

11-7. Modalités et durée du versement de la prestation

Le versement de la prestation débute :

- à compter du maintien du demi-traitement par l'employeur, tel que prévu par le régime de la Fonction Publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les allocations journalières sont payables à terme échu.

La prestation est versée tant que dure l'Incapacité Temporaire de Travail du Membre Participant jusqu'à la survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- la perception d'une pension de retraite ou de vieillesse,
- la liquidation de la pension retraite pour invalidité ou l'attribution d'une pension d'invalidité,
- la reconnaissance d'une réduction de la capacité de gain d'au moins 2/3 ouvrant droit à la garantie Invalidité telle que définie à l'article 12 ci-après,
- la résiliation par le Membre Participant de sa couverture au titre du présent règlement mutualiste,
- sa démission de la Mutuelle.
- le décès du Membre Participant.

11-8. Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai permettant l'exercice d'un éventuel contrôle médical par la Mutuelle et avant la reprise du travail, accompagnées des documents suivants :

Pour une demande initiale :

- formulaire de demande de prestation,
- justificatif de congés : copie des arrêtés de notification de placement en congé maladie (ou justificatif émanant de l'employeur),
- copie des relevés des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale,
- copie du dernier bulletin de salaire avant l'arrêt de travail.

Pour une prolongation :

- copie des arrêtés de maintien ou de prolongation en congé maladie (ou justificatif émanant de l'employeur),
- suite des décomptes de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale,
- copie des bulletins de salaire à demi traitement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

11-9. Délais de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 20 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 12 - Invalidité

12-1. Définition de la garantie

La garantie Invalidité permet de compenser par le versement d'allocations invalidité, la perte de revenus subie par le Membre Participant contraint de cesser ou réduire son activité professionnelle suite à une maladie ou un accident et qui est reconnu en invalidité.

Lorsque le taux d'invalidité est compris entre 33% et 66%, le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 66%, le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente Totale (IPT).

12-2. Conditions d'attribution

Est considéré comme reconnu en invalidité le Membre Participant dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et qui perçoit une pension de retraite pour invalidité ou une pension/allocation d'invalidité.

Ce taux d'invalidité :

- est déterminé par la commission de réforme dans le cadre de la procédure d'invalidité pour les fonctionnaires,
- est déterminé par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'invalidité,
- ou à défaut, par le médecin-conseil de la mutuelle.

L'offre de base n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité.

12-3. Fait générateur

Le fait générateur est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail précédant la mise en invalidité ou date de reconnaissance de l'invalidité si le Membre Participant est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'Incapacité Temporaire de Travail.

12-4. Niveaux de garantie

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes :

Invalidité	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2 et Prévoyance 3
Invalidité permanente partielle (rente mensuelle)	L'offre Prévoyance 1 n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité	55% du TIB ou du salaire de base x N/66	75% du TIB ou du salaire de base x N/66
Invalidité permanente totale (rente mensuelle)	L'offre Prévoyance 1 n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité	55% du TIB ou du salaire de base	75% du TIB ou du salaire de base

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation Invalidité est celui en vigueur à la date du fait générateur.

12-5. Montant de la prestation

Le montant dû par jour au titre de l'Invalidité est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

Le niveau de la garantie Invalidité indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence.

Le salaire annuel de référence est constitué, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les contractuels, hors primes et indemnités de toute nature ;
- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

Pour le calcul de la prestation Invalidité permanente partielle, N correspond au taux d'invalidité reconnu par la commission de réforme ou par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'invalidité, ou à défaut par le médecin conseil de la mutuelle.

Les ressources prises en compte dans le calcul de la prestation Invalidité sont les montants bruts des pensions ou allocations d'invalidité ou de retraite pour invalidité perçues au titre du ou des régime(s) obligatoire(s) et le cas échéant, d'autre rémunération perçue pendant la période indemnisée.

Conformément à l'article 16 des Conditions Générales, les prestations versées en application de la présente garantie, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale, l'Administration et par tout autre organisme complémentaire, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

12-6. Revalorisation du montant de la prestation

Une revalorisation annuelle est appliquée au 1er janvier de l'année N, calculée en fonction de l'évolution annuelle constatée entre le 30 septembre de l'année N-1 et le 30 septembre de l'année N-2 de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages en France métropolitaine (hors tabac) publié par l'INSEE, et dans la limite de 1,2% par an.

12-7. Modalité et durée du versement de la prestation

Le versement de la prestation Invalidité débute au jour de l'attribution de la pension ou allocation d'invalidité ou de la pension retraite pour invalidité.

La prestation est attribuée pour une année civile et renouvelée chaque année au 1er janvier. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu.

La prestation est versée tant que les conditions de versement sont réunies.

Le versement de la prestation prend fin le 1er jour du mois suivant l'un des événements suivants :

- la perception d'une pension de vieillesse,
- le décès du Membre Participant,
- la résiliation par le Membre Participant de sa couverture au titre du présent règlement mutualiste.
- sa démission de la Mutuelle.

Le versement de la prestation prend fin le 31 décembre de l'année où l'adhérent a atteint l'âge minimum de départ à la retraite.

12-8. Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents suivants :

Pour une demande initiale :

- formulaire de demande de prestation,
- titre de pension délivré par l'administration ou la notification de classement en invalidité délivrée par la Sécurité sociale, et la décision de la commission de réforme déterminant le taux d'invalidité (pour les fonctionnaires).
- premier justificatif de versement de la pension d'invalidité, justificatif des pensions d'invalidité ou de vieillesse perçues au titre du ou des régimes obligatoires (pensions de base et/ou complémentaires).

Pour un renouvellement :

- formulaire de renouvellement,
- justificatif de maintien en invalidité (dernier bulletin de pension d'invalidité ou de vieillesse pour inaptitude ou notification de paiement de la pension de la Sécurité sociale),
- avis d'imposition sur les revenus perçus l'année précédente

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

12-9. Délais de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 20 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 13 - Invalidité Permanente et Absolue/Décès

13-1. Objet

Cette prestation a pour objet de garantir au Membre Participant le paiement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) ou de Décès survenant durant la période de garantie.

13-2. Fait générateur

Le fait générateur est soit :

- la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'état d'Invalidité Permanente et Absolue avec assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes quotidiens de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),
- la date du décès pour la garantie décès.

13-3. Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue

Le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente et Absolue et peut à ce titre se voir verser le capital prévu au titre de la garantie, dès lors qu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- Incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de procurer gain ou profit au Membre Participant, qu'il s'agisse ou non de sa profession,
- Recours obligatoire à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes quotidiens de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),

13-4. Montant des prestations

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes.

	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
IPA Décès	70% du salaire annuel de référence	100% du salaire annuel de référence	130% du salaire annuel de référence	200% du TIB ou salaire de base + majoration pour enfant à charge de 5 000€

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation IPA/ Décès est celui en vigueur à la date du fait générateur.

Le niveau de garantie IPA/Décès indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence tel que défini ci-après.

On entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le TIB pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

13-5. Bénéficiaires des prestations garanties

13-5-1. En cas d'Invalidité Permanente Absolue

La prestation est versée au Membre Participant.

Le versement de la prestation au titre de l'IPA libère la Mutuelle de toute obligation lors du décès ultérieur du Membre Participant. Il met donc fin à la garantie « décès ».

13-5-2. En cas de décès

13-5-2-1. Désignation du/des bénéficiaire(s)

La prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s) par le Membre Participant.

A défaut de désignation expresse ou en cas de renonciation ou de décès antérieur à celui de l'adhérent de tous les bénéficiaires désignés, les prestations sont versées par ordre de priorité :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au pacsé de l'assuré,
- à défaut, au concubin notoire de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1er degré de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux héritiers de l'assuré.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Le (la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu en concubinage, (correspondant à une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple), avec le membre participant décédé jusqu'au moment du décès de celui-ci. Le(la) concubin(e) doit fournir pour cela au moins deux documents de nature différente.

13-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation ou la modification du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée en complétant le formulaire de désignation de bénéficiaires préétabli par MGEN, ou par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier de l'adhérent daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le Membre Participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'à lui seul.

Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le Membre Participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la Mutuelle, du Membre Participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du Membre Participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du Membre Participant.

Après le décès du Membre Participant, l'acceptation est libre.

13-5-3 Bénéficiaires de la majoration pour charge de famille

Les bénéficiaires sont les enfants à charge. La prestation est versée :

- aux enfants eux-mêmes, lorsqu'ils sont majeurs,
- lorsqu'ils sont mineurs, sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

On entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux conditions cumulatives énoncées ci-après :

- être âgé de moins de 20 ans,

- ou de 20 ans et plus et bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou être titulaire d'une carte d'invalidité / carte mobilité inclusion,
- être à la charge du Membre Participant ou du bénéficiaire conjoint de manière effective et permanente.

13-6. Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la Mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel du Membre Participant dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du Membre Participant dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

13-7. Modalités de gestion et justificatifs

La demande de prestation doit indiquer précisément l'identité du Membre Participant ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

Justificatifs en cas d'Invalidité Permanente Absolue :

- un certificat médical attestant que l'IPA met le Membre Participant dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3^e catégorie,
- une copie de l'attribution de la pension retraite pour invalidité portant la mention de l'octroi d'une majoration pour tierce personne ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Justificatifs en cas de décès :

- un extrait de l'acte de décès ou un extrait de l'acte de naissance portant la mention du décès,
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle,
- un justificatif d'identité du bénéficiaire désigné,
- un justificatif de la qualité du bénéficiaire désigné,
- un RIB du bénéficiaire désigné,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

13-8. Fin de la prestation

La garantie cesse de produire ses effets :

- pour les garanties IPA et décès : à la date à laquelle le Membre Participant perd cette qualité,
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie IPA.

13-9. Délais de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 8 jours ouvrés hors délais bancaires.

➤ Chapitre 3 Action sociale

Les dispositifs d'action sociale détaillés au présent chapitre sont pris sur une dotation que détermine annuellement le conseil d'administration. Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale.

La qualité de membre participant ou de membre bénéficiaire n'emporte pas le bénéfice automatique de ces dispositifs. Ils sont attribués au cas par cas par le comité d'action sociale après étude de la situation du bénéficiaire.

Article 14 - Aides et accompagnements solidaires

La mutuelle peut proposer à l'adhérent qui fait face à des difficultés importantes d'origine administrative, médicale, familiale ou sociale, un dispositif d'aides et d'accompagnements solidaires intégrant de l'accompagnement mutualiste renforcé et des solutions financières adaptées (aides non remboursables, prêt social, avance spéciale, enveloppe d'aides à domicile).

Article 15 - Handicap

L'allocation handicap peut être versée au Membre Participant ou au Bénéficiaire, de moins de 60 ans, atteint dans ses facultés mentales, physiques et sensorielles.

Son montant est modulé en fonction du degré d'incapacité de la personne en situation de handicap et de sa situation financière.

Elle est attribuée annuellement en fonction des ressources de la Mutuelle et est versée périodiquement.

Article 16 - Orphelinat

L'allocation orphelinat est destinée à contribuer à l'éducation des enfants ayant la qualité de Bénéficiaires enfants au moment du décès de l'un ou de leurs deux parents.

Cette allocation ne peut être versée qu'au titre de l'année en cours par rapport à la date de la demande.

Son montant est modulé en fonction de la situation scolaire et financière de l'orphelin.

L'allocation est versée :

- à l'orphelin lui-même à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 18 ans ou du 1^{er} janvier suivant la date de son émancipation,
- à l'administrateur légal ou au tuteur de l'orphelin avant l'année des 18 ans de celui-ci.

L'allocation est maintenue tant que l'orphelin est scolarisé et conserve la qualité de bénéficiaire.

Les demandes d'allocation accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter du décès du parent.

Article 17 - Aide au mutualiste aidant

Lorsque le Membre Participant ou le Bénéficiaire assiste au quotidien son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1^{er} degré, en état de dépendance totale (classé en GIR 1 ou 2), la Mutuelle accorde en fonction de ses ressources une aide annuelle tenant compte de la situation familiale et des ressources du mutualiste aidant.

Chapitre 4 Assistance

Article 18 - Prestations d'assistance

Le Membre Participant et le Membre Bénéficiaire Conjoint bénéficient des prestations d'assistance prévues au contrat

d'assurance collectif « Assistance » souscrit par MGEN auprès de Ressources Mutuelle Assistance (RMA), en vue notamment des

prestations d'accompagnement personnalisé suivantes :

- solutions d'assistance suite à une hospitalisation prévue ou imprévue,
- solutions pour faire face à certains imprévus : notamment la garde d'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation,
- prestations de protection juridique.

Les conditions de cette offre figurent dans les notices d'information annexées au présent règlement mutualiste collectif.

TITRE 3

LES COTISATIONS

Article 19 - Cotisations des Membres Participants

19-1. Membres Participants actifs

La cotisation de la garantie Frais de santé est forfaitaire et déterminée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant actif : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant actif.
- 3 - l'indice nouveau majoré (INM) reconstitué à partir du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires ou du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public.

Huit tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans ;
- de 31 à 35 ans ;
- de 36 à 40 ans ;
- de 41 à 45 ans ;
- de 46 à 50 ans ;
- de 51 à 55 ans ;
- de 56 à 60 ans ;
- à partir de 61 ans.

Treize tranches d'indices sont définies :

- de 0 à 99
- de 100 à 199 ;
- de 200 à 299 ;
- de 300 à 399 ;
- de 400 à 499 ;
- de 500 à 599 ;
- de 600 à 699 ;
- de 700 à 799 ;
- de 800 à 899 ;
- de 900 à 999 ;
- de 1 000 à 1 099 ;
- de 1 100 à 1 199 ;
- à partir de 1 200.

La cotisation de la garantie prévoyance est déterminée en fonction :

- 1 - la formule de garantie Prévoyance choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant actif : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant actif.

Deux tranches d'âge sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans ;
- à partir de 31 ans.

La cotisation est exprimée, selon le choix exercé par le Membre Participant actif lors de l'adhésion, en pourcentage :

- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires ou du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 18 du présent règlement).

19-2. Membres Participants retraités

La cotisation est forfaitaire et déterminée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant retraité : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant retraité.
- 3 - l'INM reconstitué à partir des pensions brutes pour les anciens fonctionnaires et les anciens agents contractuels de droit public.

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 70 ans ;
- à partir de 71 ans ;

Treize tranches d'indices sont définies :

- de 0 à 99
- de 100 à 199 ;
- de 200 à 299 ;
- de 300 à 399 ;
- de 400 à 499 ;
- de 500 à 599 ;
- de 600 à 699 ;
- de 700 à 799 ;

- de 800 à 899 ;
- de 900 à 999 ;
- de 1 000 à 1 099 ;
- de 1 100 à 1 199 ;
- à partir de 1 200.

19-3. Veufs et Orphelins

Pour le Membre Participant veuf, la cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie
- 2 - l'âge du Membre participant veuf : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant veuf.

Dix tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans,
- de 31 à 35 ans,
- de 36 à 40 ans,
- de 41 à 45 ans,
- de 46 à 50 ans,
- de 51 à 55 ans,
- de 56 à 60 ans,
- de 61 à 65 ans,
- de 66 à 70 ans,
- à partir de 71 ans.

Pour l'Orphelin, la cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie.

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 18 du présent règlement).

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 18 du présent règlement).

Article 20 - Cotisations des Membres Bénéficiaires

La cotisation du Membre Participant, définie à l'article 19 ci-dessus, est familiale. Elle est majorée le cas échéant par une cotisation par Membre Bénéficiaire Conjoint ou enfant.

20-1. Bénéficiaire conjoint

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant,
- 2 - l'âge du Bénéficiaire conjoint : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du Bénéficiaire conjoint.

Dix tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans,
- de 31 à 35 ans,
- de 36 à 40 ans,
- de 41 à 45 ans,
- de 46 à 50 ans,
- de 51 à 55 ans,
- de 56 à 60 ans,
- de 61 à 65 ans,
- de 66 à 70 ans,
- à partir de 71 ans.

20-2. Bénéficiaires enfants

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant,
- 2 - l'âge du Bénéficiaire enfant : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du Bénéficiaire enfant.

Trois catégories sont définies :

- inférieur ou égal à 18 ans ;
- de 19 à 28 ans ;
- enfant handicapé quel que soit son âge.

Pour le Bénéficiaire enfant handicapé tel que défini à l'article 2-2 des Conditions Générales, quel que soit son âge, la cotisation est forfaitaire en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant auquel il est rattaché.

La cotisation n'est pas due à compter du 3^e enfant couvert, dès lors qu'au moins trois Bénéficiaires enfants sont rattachés au même Membre Participant.

Cette gratuité s'applique à la cotisation du /des Bénéficiaire(s) enfant le(s) plus jeune(s) dans l'ordre des dates de naissance, à compter du 3^e enfant couvert.

TITRE 4

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Article 21 -

Dans le cadre de son adhésion au présent règlement mutualiste, le membre participant et/ou le membre bénéficiaire peut adhérer à une ou plusieurs garanties additionnelles souscrites par MGEN à son profit, et relevant des domaines suivants :

- Assurance emprunteur,
- Produits d'épargne (notamment assurance vie et épargne retraite),
- Assurance dépendance,
- Assurance décès,
- Assurance obsèques,
- Protection juridique,
- Assurance santé animale,
- Assurance voyages.

Cette adhésion donne lieu au versement d'une cotisation spécifique. Les conditions et modalités de ces garanties figurent au sein des notices d'information relatives à ces garanties.

Article 22 - Prêt installation

Le Membre Participant a la faculté de souscrire un « Prêt installation MGEN-Casden » accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par MGEN et la Casden).

Le Membre Participant doit formuler sa demande de prêt par écrit, et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 €. Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Les conditions de ce prêt figurent dans la documentation contractuelle afférente, remise à l'adhérent lors de la souscription.

Annexe 1

Tableaux de prestations

FRAIS DE SANTÉ

SOINS COURANTS					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base Santé	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Honoraires médicaux					
Consultations / Visites de médecins généralistes					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*	100% BR	100% BR	140% BR	140% BR	-
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Consultations / Visites de médecins spécialistes					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR	-
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	110% BR	140% BR	180% BR	-
Sages femmes					
Honoraires des sages femmes	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Actes Techniques					
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Radiologie					
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	130% BR	140% BR	160% BR	-
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	110% BR	120% BR	140% BR	-
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	

*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base Santé	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Honoraires paramédicaux					
Auxiliaires médicaux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Analyses et examens de laboratoire					
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	
Analyses - Actes de laboratoire	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	
Médicaments					
Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	Sécurité sociale (30% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	Sécurité sociale (15% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	
Médecines douces					
Ostéopathie					
Acupuncture					
Diététicien					
Nutritionniste					
Chiropracteur	-	100€ /année civile	120€ /année civile	140€ /année civile	+ 100€ /année civile
Psychomotricien					
Podologue/Pédicure					
Shiatsu, réflexologie, étioopathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et micro kinésithérapie.					
Psychothérapie					
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale					
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)			100% BR		
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale					
Séances de psychothérapie	-	100€ /année civile	120€ /année civile	140€ /année civile	+ 100€ /année civile

SOINS COURANTS					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base Santé	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Prévention					
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale à 65%	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Médicaments et contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale (par année civile)	-	40 €	50 €	60 €	-
Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale (par acte)	50 €	50 €	50 €	50 €	-
Amniocentèse (par année civile)	-	65 €	80 €	100 €	-
Caryotype fœtal (par année civile)	-	120 €	135 €	150 €	-
Cures thermales					
Honoraires médicaux	Sécurité sociale (70% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Forfait thermal	Sécurité sociale (65% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Frais d'hébergement remboursés par la Sécurité sociale (par cure)	-	230 €	230 €	230 €	-
Frais de transport	Sécurité sociale (65% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Matériel médical					
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	-
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	-
Pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	100% BR	135% BR	150% BR	200% BR	-
Autres équipements non remboursés par la Sécurité sociale (par prothèse)	-	25 €	50 €	75 €	-
Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Prothèse capillaire totale classe II (*)	Remboursement SS + 150 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 500 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 500 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 500 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	-
Accessoires capillaires (3 accessoires *)					
Prothèse capillaire partielle (*)					
Prothèse mammaire (par année civile)	Remboursement SS + 350 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 600 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 600 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	Remboursement SS + 600 € puis versement du TM au-delà du forfait annuel	-

*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale

HOSPITALISATION					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Honoraires médicaux					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	-
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	-
Dépassement sur péridurale*	-	50€	70€	80€	-
Fécondation in-vitro (par acte)*	85€	85€	85€	85€	-
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Prise en charge du Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	-
Hebergement et frais de séjour					
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	180% BR	-
Chambre particulière					
Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité**	-	40€	55€	70€	+20€
Chambre particulière avec nuitée en unités de Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an) **	-	30€	50€	60€	-
Chambre particulière avec nuitée en unités de soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an) **	-	20€	40€	50€	-
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)	-	15€	25€	25€	+5€
Autres frais liés à l'hébergement					
Forfait d'accompagnement (par jour)***	25€	30€	35€	35€	-
Forfait télévision (par jour)	-	2€	3€	5€	-
Transport					
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-

* Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.
Pour les dépassements sur péridurale et fécondation in vitro remboursés par la sécurité sociale, limitation aux actes réalisés par les médecins adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaire maîtrisée.

** Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.
L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.

***Pour les enfants de moins de 16 ans, les enfants handicapés quel que soit l'âge et pour accompagner les personnes de plus de 70 ans.

DENTAIRE					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% santé, remboursés totalement*					
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Inlay core					
Bridge dento-porté					
Couronne transitoire dento-portée					
Appareil amovible en résine					
Réparations sur appareil amovible en résine					
* Tel que défini réglementairement					
Soins et prothèses hors panier 100% Santé					
Soins					
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* ou par un chirurgien-dentiste	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	-
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	-
Inlay/Onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	--
Prothèses					
Prestations remboursées par la Sécurité sociale					
Inlay-Core	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	+30% BR
Prothèses dentaires	100% BR	250% BR	300% BR	350% BR	+100% BR
Rebasage, réparation, adjonction, renfort	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)	-	200€	200€	200€	-
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale					
Prothèse dentaire transitoire (par prothèse)	-	30€	50€	50€	-
Prothèse fixe (par prothèse)	-	150€	300€	430€	+100€

DENTAIRE					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Orthodontie					
Prestations remboursées par la Sécurité sociale					
Traitement actif d'orthodontie	125% BR	250% BR	350% BR	400% BR	-
1 ^{re} année de contention	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	-
2 ^e année de contention et autres soins d'orthodontie	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	-
Prestations non remboursées par la Sécurité sociale					
Traitement actif d'orthodontie ou 1 ^{re} année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)	70% BR	350€	350€	450€	-
Implantologie					
Actes d'implantologie remboursés ou non par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Couronne sur implant remboursée par la Sécurité sociale	100% BR	300% BR	350% BR	400% BR	-
Implant racine remboursé ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par années civiles)	100% BR (si remboursement Sécurité sociale)	450€	650€	800€	-
Parodontologie					
Parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale	-	250€	300€	400€	-

*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un Centre dentaire mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS

PRESTATIONS

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,
la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.

Base

Santé 1

Santé 2

Santé 3

Sur-complémentaire

Équipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% santé, remboursés totalement*

Unifocal (Classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Multifocal ou progressif (Classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Monture (Classe A)		< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés			

Équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé*

			Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Unifocal (Classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	100% BR	35 €	50 €	70 €	+30 €
		≥ 16 ans	20 €	25 €	40 €	45 €	+30 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	100% BR	85 €	90 €	100 €	+30 €
		≥ 16 ans	85 €	85 €	100 €	125 €	+30 €
Multifocal ou progressif (Classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	100% BR	95 €	100 €	110 €	+50 €
		≥ 16 ans	85 €	85 €	100 €	125 €	+30 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	100% BR	100 €	110 €	120 €	+50 €
		≥ 16 ans	85 €	115 €	150 €	170 €	+50 €
Monture (Classe B)		< 16 ans	100% BR	45 €	65 €	80 €	-
		≥ 16 ans	30 €	50 €	70 €	90 €	+50 € (dans la limite du montant de 100 € pour la part Sécurité sociale et mutuelle)

OPTIQUE					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Lentilles de contact correctrices					
Lentilles de contact prescrites et remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile), puis versement du TM au-delà du forfait annuel	100€	140€	160€	180€	+50€
Lentilles de contact prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)					
Autres prestations optiques					
Suppléments optique et Prestations d'adaptation et d'appairage remboursées par la Sécurité sociale	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	-
Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)	-	250€	350€	450€	-

Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia optique ou e-Optistya, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.

Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

*Tel que défini réglementairement

Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

AIDES AUDITIVES					
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.				
	Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*					
Pour les moins de 20 ans ou atteint de cécité	Remboursement total de la dépense engagée Pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics				
Pour les 20 ans et plus					
Aides auditives hors panier 100% Santé*					
Pour les moins de 20 ans ou atteint de cécité	1 400€	1 400€	1 400€	1 400€	-
Pour les 20 ans et plus	400€	600€	700€	800€	-
Frais d'entretien, fournitures et accessoires					
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	-
Bilan acoustique du nouveau-né	23€	23€	23€	23€	-

*Tel que défini réglementairement.

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du bénéficiaire.

PRÉVOYANCE

	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
Prestations	% du TIB ou salaire de base			
Incapacité temporaire de travail	75% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale	85% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale	95% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale	
Invalidité permanente partielle Invalidité permanente totale	L'offre de base n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité	Rente mensuelle = 55% x N/66 Rente mensuelle = 55%	Rente mensuelle = 75% x N/66 Rente mensuelle = 75%	
Invalidité permanente absolue/ Décès	70%	100%	130%	200% + Majoration pour enfant à charge de 5 000€

On entend par N le taux d'invalidité du Membre Participant

Annexe 2

Notice d'information

Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation

DOMAINE D'APPLICATION

1. Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les bénéficiaires concernés. Sont couverts par la présente notice :

- le Membre Participant de la Mutuelle,
- ses ayants droit.

2. Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de l'offre MGEN Ministères Sociaux.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par le Membre Participant auprès de MGEN, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile pour les prestations "Transfert médical").

4. Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans votre contrat. Ils sont définis dans la notice d'information et peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure, survenant au bénéficiaire.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison.

Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

*Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

**Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

5. Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

- Par téléphone :  **09 72 72 27 28**
APPEL NON SURTAXE

Pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

- Par téléphone : 00 33 9 72 72 27 28
- pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à : medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de Membre Participant,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.

Pour le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteuseur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteuseur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteuseur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en oeuvre par l'Assisteuseur, après accord préalable de l'Assisteuseur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteuseur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteuseur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteuseur met tout en oeuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteuseur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteuseur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteuseur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en oeuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteuseur à assurer ces prestations.

8. Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents, mais comme des maladies, les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteuseur après évaluation.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

Ascendant : sont considérés comme ascendant, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du Membre Participant. Pour être considérés comme ayant droit du Membre Participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du Membre Participant et vivant sous le même toit.

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'État français.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : les ayants droit du Membre Participant, sont ceux inscrits comme tels par ce Membre Participant au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piquûre ou sous forme de comprimés.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du Membre Participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du Membre Participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent du Membre Participant.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Établissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés d'Andorre et de Monaco) et les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion).

Fratrerie : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. N'est pas considéré comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD), dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité, aides déjà en place...).

La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre Participant : personne physique affilié au « contrat du Ministère des Affaires Sociales » assuré par MGEN.

Pays étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine, de Monaco ou des DROM.

Pays de séjour : le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du Membre Participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge du Membre Participant et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les soeurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-soeur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM), il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 Euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT LONGUE DURÉE

9. Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage.

Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

10. Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures ou en cas de maternité

L'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité à tous les bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

a) Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

b) Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge, sur justificatifs, une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

Les prestations mises en place et leur durée sont déterminées par l'Assisteur.

c) Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants, de petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés sans limite d'âge, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

d) Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

e) Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

f) Dispositif de Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 Euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

g) Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

11. Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire **un forfait annuel de 24 heures d'aide à domicile à répartir sur une durée de 12 mois**, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile.

Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soins.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

12. Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

a) Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de Moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite D'âge)

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à :

- medecinconseil@rmasistance.fr

ou sous pli confidentiel à :

- Plateforme d'Assistance MGEN MAS - à l'attention du médecin-conseil - 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

b) École à domicile ou soutien scolaire en ligne

La prestation « École à domicile ou soutien scolaire en ligne » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, histoire, géographie, mathématiques, sciences naturelles, physique, chimie, 1^{re} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Si l'immobilisation de l'enfant devait se prolonger au-delà des délais précisés ci-dessus, l'Assisteur informerait et orienterait le bénéficiaire vers toute autre structure compétente pouvant aider l'enfant à poursuivre sa scolarité.

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

13. Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, accident ou blessure lors d'un déplacement en France ou dans les DROM à plus de 50 kilomètres du domicile

a) Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. L'un des médecins de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

b) Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, les médecins de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le retour au domicile du bénéficiaire après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train, en avion de ligne régulière, en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restants à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale.

Les transferts médicaux pour raisons de confort ou rapprochement familial sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical.

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT

Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

14. Prestation en cas d'hospitalisation Imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement en France ou dans les DROM à plus de 50 kilomètres du domicile

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal.

L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de **125 Euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus)**. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. **L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 Euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.**

L'Assisteur organise et prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

CADRE JURIDIQUE

15. Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

16. Conditions restrictives d'application des garanties

a) Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

b) Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

c) Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou

contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

17. Exclusions communes à l'ensemble des prestations

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt- quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

18. Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

19. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

20. Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'assisteur l'estime opportun.

21. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la Mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

22. Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en oeuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en oeuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé. Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO - 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : WOR-LDLINE, Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire, 95870 BEZONS, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

23. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter Ressources Mutuelles Assistance, Direction Assistance et Accompagnement, dénommée « l'Assis-teur » dans la présente notice d'information, à l'adresse du siège social :

46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF
- 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.**

24. Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

Annexe 3

Notice d'information

Protection Juridique

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans la présente notice.

I - L'objet des présentes conditions générales

Le présent document constitue les conditions générales du produit « PROTECTION JURIDIQUE A.O. MINISTERES » (**dénoté ci-après par « le Contrat »**) :

- souscrit par **RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE**, Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – C.S. 32427 – 44124 VERTOU cedex, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682 (**dénotée ci-après par « le Souscripteur »**), agissant au nom et pour le compte de la **Mutuelle**, (Numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28)
- auprès de CFDP ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble L'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (**dénotée ci-après par « l'Assureur »**),
- par contrat cadre n° **MORM004**.

Le Contrat consiste « à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales.

L'évènement qui déclenche sa mise en oeuvre ne doit pas être connu de Vous lors de la prise d'effet de votre adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie ne Vous est pas due.

2 - Les définitions

LA MUTUELLE : MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN), Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 03 square Max Hymans – 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 399.

Le ministère : La structure qui a passé l'appel d'offres et qui a retenu la Mutuelle comme attributaire du marché public frais de soins de santé complémentaire.

L'adhérent : Le particulier, personne physique, chef de famille, fonctionnaire d'Etat et assimilé rattaché au **Ministère**.

Le Bénéficiaire, l'assuré ou Vous : L'Adhérent ainsi que l'ensemble des Bénéficiaires désignés au bulletin d'adhésion individuel frais de soins de santé complémentaire souscrit par le Ministère auprès de la Mutuelle et intégrant les garanties du Contrat, à jour du paiement des cotisations **et dûment désignés à l'Assureur**.

Le Tiers : Toute personne autre que l'Assuré, l'Assureur, le Ministère ou la Mutuelle.

Le fait générateur : Évènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

Le litige : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

Le refus : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

Le sinistre : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

Le caractère aléatoire : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

La déchéance du droit à garantie : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en oeuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

La prescription : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

Le montant en principal : Le principal est défini comme la demande elle-même, par opposition aux accessoires tels que les intérêts, les dépens et autres frais annexes.

Le seuil d'intervention : Le Montant en Principal du Litige en deçà duquel la garantie de l'Assureur n'est pas acquise.

3 - Les garanties de l'assureur

3.1 Le recours médical et pharmaceutique :

À l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux, Vous êtes victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à un établissement de soins, un professionnel de santé, l'ONIAM...

3.2 Les mesures de protection d'un proche :

Suite à une perte d'autonomie, du fait d'une altération de l'état de santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, Vous-même ou votre conjoint, concubin ou co-titulaire d'un PACS, votre ascendant, descendant, collatéral ou ceux de votre conjoint, concubin ou co-titulaire d'un PACS, doit faire l'objet d'une mesure de protection (sauvegarde de justice, mise sous curatelle ou sous tutelle) et des difficultés ou des oppositions à la mise en oeuvre ou au cours de cette mesure surviennent.

L'Assureur ne prend jamais en charge :

- les émoluments des notaires chargés de rédiger actes et contrats,
- les frais d'experts chargés de déterminer les actifs,
- les actes de partage,
- les frais des huissiers chargés de signifier les actes ou jugements,
- les frais fiscaux et les frais de publicité.

3.3 Le handicap et la dépendance :

Suite à une perte d'autonomie, que ce soit du fait d'une altération de la santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, votre dépendance doit être ou a été organisée et Vous rencontrez des difficultés avec une maison de retraite ou un établissement médicalisé, une assistante médicale, une aide à domicile, les services de proximité (portage de repas, téléassistance...), les associations spécialisées ou les collectivités (CCAS,...), les organismes chargés des allocations spécifiques (APA,...), la collectivité locale dans le cadre de la délivrance d'une carte de transport ou de stationnement, les entreprises ayant réalisé des travaux de réparation ou d'aménagement, rendus nécessaires suite au handicap, non soumis à l'obligation d'assurance prévue par la loi du 4 janvier 1978 (dommages-ouvrage), le fournisseur ou le réparateur de matériel ou d'équipements indispensables suite au handicap (fauteuil, monte escalier...).

4 - Les exclusions

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :

- ne relevant pas des garanties expressément définies à l'article 3 ci-dessus,
- trouvant leur origine dans une guerre civile ou étrangère, une émeute, un mouvement populaire, une manifestation, une rixe, un attentat, un acte de vandalisme, de sabotage ou de terrorisme,
- dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de vous à la prise d'effet de l'adhésion au contrat ou qui présentent un caractère non aléatoire,
- en rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales, contractuelles ou incontestables,
- découlant d'une faute ou d'un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens et les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables ou nuisibles,
- garantis par une compagnie d'assurance dommages ou responsabilité, et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire,
- survenant lorsque vous êtes sous l'empire d'un état alcoolique, ou sous l'influence de substances ou de plantes classées comme stupéfiants ou lorsque vous refusez de vous soumettre à un dépistage,
- relevant du conseil d'État ou de la cour de cassation lorsque le montant en principal des intérêts en jeu est inférieur à trois mille euros (3.000 €) ttc.

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- les frais engagés sans son accord préalable, sauf urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire,
- toute somme de toute nature due à titre principal, les amendes, les cautionnements, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- les frais de rédaction d'actes et de contrats,
- les frais destinés à prouver la réalité de votre préjudice,
- les frais d'identification ou de recherche de votre adversaire,
- les frais exposés au titre de mesures conservatoires ou engagés à votre initiative,
- les dépens et frais de justice exposés par la partie adverse que vous devez supporter par décision judiciaire,
- les sommes au paiement desquelles vous êtes condamné au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-I du code de procédure pénale, l'761-I du code de justice administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions monégasques,
- les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- les honoraires de résultat de tout auxiliaire de justice.

5 - Les services de l'assureur

5.1 L'assistance juridique téléphonique :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant des garanties de protection juridique décrites à l'article 3 ci-dessus.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN ?

Contactez l'Assureur sur votre ligne dédiée : **09 72 72 27 28** (coût d'un appel local) Le service est accessible de 09H00 à 17H45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).

5.2 L'accueil sur rendez-vous au plus proche de vous :

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer nos juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire.

L'Assureur offre un maillage inégalé du territoire afin de Vous permettre d'être parfaitement accompagné où que Vous Vous trouviez ; il Vous suffit de contacter votre interlocuteur afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

5.3 La gestion amiable de vos litiges :

Pour Vous apporter les moyens de résoudre un Litige garanti dont le Montant en Principal des intérêts en jeu est supérieur à la somme de cent cinquante euros (150 €) TTC, l'Assureur :

- Vous conseille et Vous accompagne dans les démarches à entreprendre,
- Vous assiste dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous fait assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous propose une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupe professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans les trois (3) jours ouvrables.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

À l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,

de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,

- d'abandonner le recours.

En cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne bien évidemment jusqu'à sa mise en œuvre effective.

5.4 La prise en charge des frais de procédure judiciaire :

Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient, selon les intérêts en jeu, de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Sous réserve que le Montant en Principal des intérêts en jeu soit supérieur à la somme de sept cent soixante euros (760 €) TTC, l'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

5.5 Le suivi jusqu'à la parfaite exécution :

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent. L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des montants contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

5.6 Les montants contractuels garantis :

Les montants et plafonds de prise en charge :

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCATS & D'EXPERTS	EN € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	90
Protocole de transaction	265
Consultation & expertise	
Consultation de spécialiste	195
Expertise amiable contradictoire	195
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance) Médiation de la consommation	195
Médiation conventionnelle ou judiciaire Arbitrage Procédure participative	915
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale Assistance à une instruction Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	605
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)	125
Commissions diverses (y compris CIV) Conseil de l'Ordre	915
Ordonnance sur requête (forfait)	400
Référé (y compris d'heure à heure)	645
Tribunal de police	770*
Tribunal correctionnel	880*
Tribunal / Chambre de proximité	740*
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif Autres juridictions du 1 ^{er} degré	915*
Incidents d'instance et demandes incidentes	480
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou juridiction d'appel	915*
Recours devant le premier Président de la Cour d'appel	725
Cour de cassation Conseil d'Etat Cour d'assises	2 380*
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) Juridictions monégasques	915*
Juge de l'exécution Juge de l'exéquatour	525
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUILS D'INTERVENTION	
Plafond de prise en charge par Sinistre Dont plafond pour :	25 000
- démarches amiables	500
- expertise judiciaire	500
Seuils d'intervention :	
- amiable	150
- judiciaire	760
- Cour de Cassation, Conseil d'Etat	3000
Franchise :	0

Les modalités de prise en charge :

Les montants ci-dessous comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée ; il toutes taxes comprises.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.

La subrogation :

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-I du Code de Procédure Pénale, L761-I du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions monégasques, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

6 - L'application des garanties

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou spécialiste, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?

Par courrier à :

**Cfdp Assurances – 569 rue Félix Trombe – Tecnosud
– C.S. 60011 – 66028 PERPIGNAN cedex**

Par mail à : rma-pj@cfdp.fr

7 - L'application des garanties

7.1 L'application dans le temps :

La durée des garanties :

Les garanties sont dues sans délai de carence pour toute la durée de votre adhésion.

Elles sont dues pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de votre adhésion au Contrat, à condition que Vous n'ayez pas connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

Elles prennent fin en cas de :

- résiliation de votre adhésion auprès de la Mutuelle,
- résiliation du contrat liant la Mutuelle au Ministère,
- résiliation du Contrat lui-même, la Mutuelle s'engageant alors à Vous informer de la fin des garanties.

La Prescription :

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- ou en cas de Sinistre, que du jour où les Assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un Tiers, le délai de la Prescription ne court que du jour où ce Tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La Prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La Prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la Prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre. L'interruption de la Prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
- et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- et la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

7.2 L'application dans l'espace :

Les garanties s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 5 en France, dans les DROM ainsi qu'en Principauté de Monaco.

8 - La protection de vos intérêts

8.1 Le secret professionnel (article L127-7 du Code des Assurances) :

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

8.2 L'obligation a désistement :

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

8.3 L'examen de vos réclamations :

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante :

<https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,

- par courrier à :

**Cfdp Assurances – Service Relation Client –
Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,**

- ou par mail à :

relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage :

- à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables,
- et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de la réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :

- par Internet à l'adresse suivante :

<http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur/>,

- ou par courrier à :

**La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 -
75441 PARIS cedex 09.**

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur de l'Assurance.

8.4 Le désaccord ou l'arbitrage (article L127-4 du Code des Assurances) :

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

8.5 Le conflit d'intérêts (article L127-5 du Code des Assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez :

- du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre,
- et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

8.6 La protection des données :

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par le Souscripteur. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion au Contrat).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale, informations relatives à la formation et à l'emploi, données de santé lorsque cela est nécessaire, données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat.

Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est le Souscripteur.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- le Souscripteur,
- la Mutuelle,
- les intermédiaires en assurance,
- les gestionnaires des souscripteurs,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

À ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à :

**CFDP Assurances – Délégué à la Protection des Données –
Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,**

- ou par mail à :

dpd@cfdp.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : **01 53 73 22 22,**

- par courrier à :

**Commission Nationale Informatique et Libertés -
03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,**

- ou par Internet à l'adresse suivante :

<https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/politique-de-confidentialite>)

8.7 L'opposition au démarchage :

Conformément à la loi n°2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par Internet à l'adresse suivante :

<http://www.bloctel.gouv.fr/>,

- ou par courrier à :

**WORLDLINE - Service Bloctel -
CS 61311 - 41013 BLOIS CEDEX.**

8.8 L'autorité de contrôle :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

Annexe 4

Tableaux de cotisations

COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

FRAIS DE SANTÉ – BASE									
Cotisation annuelle forfaitaire									
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus	
Indices/Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	219 €	270 €	312 €	351 €	402 €	435 €	465 €	498 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	219 €	270 €	312 €	351 €	402 €	435 €	465 €	498 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	219 €	270 €	312 €	351 €	402 €	435 €	465 €	498 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	219 €	270 €	312 €	351 €	402 €	435 €	465 €	498 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	231 €	279 €	321 €	366 €	423 €	456 €	489 €	522 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	231 €	279 €	321 €	366 €	423 €	456 €	489 €	522 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	234 €	285 €	324 €	372 €	432 €	462 €	498 €	534 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	234 €	285 €	324 €	372 €	432 €	462 €	498 €	534 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	240 €	291 €	336 €	387 €	447 €	483 €	510 €	546 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	240 €	291 €	336 €	387 €	447 €	483 €	510 €	546 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	240 €	291 €	336 €	387 €	447 €	483 €	510 €	546 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	240 €	291 €	336 €	387 €	447 €	483 €	510 €	546 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	240 €	291 €	336 €	387 €	447 €	483 €	510 €	546 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ I									
Cotisation annuelle forfaitaire									
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus	
Indices/Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	336 €	420 €	495 €	576 €	660 €	714 €	765 €	825 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	336 €	420 €	495 €	576 €	660 €	714 €	765 €	825 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	336 €	420 €	495 €	576 €	660 €	714 €	765 €	825 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	336 €	420 €	495 €	576 €	660 €	714 €	765 €	825 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	357 €	441 €	519 €	603 €	693 €	747 €	807 €	867 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	357 €	441 €	519 €	603 €	693 €	747 €	807 €	867 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	363 €	450 €	531 €	612 €	705 €	762 €	825 €	882 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	363 €	450 €	531 €	612 €	705 €	762 €	825 €	882 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	372 €	456 €	543 €	630 €	726 €	786 €	849 €	909 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	372 €	456 €	543 €	630 €	726 €	786 €	849 €	909 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	372 €	456 €	543 €	630 €	726 €	786 €	849 €	909 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	372 €	456 €	543 €	630 €	726 €	786 €	849 €	909 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	372 €	456 €	543 €	630 €	726 €	786 €	849 €	909 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 2

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus
Indices/Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	501 €	588 €	675 €	762 €	918 €	1 023 €	1 131 €	1 233 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	501 €	588 €	675 €	762 €	918 €	1 023 €	1 131 €	1 233 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	501 €	588 €	675 €	762 €	918 €	1 023 €	1 131 €	1 233 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	501 €	588 €	675 €	762 €	918 €	1 023 €	1 131 €	1 233 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	528 €	615 €	711 €	801 €	969 €	1 077 €	1 191 €	1 296 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	528 €	615 €	711 €	801 €	969 €	1 077 €	1 191 €	1 296 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	537 €	630 €	723 €	819 €	984 €	1 098 €	1 212 €	1 326 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	537 €	630 €	723 €	819 €	984 €	1 098 €	1 212 €	1 326 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	555 €	651 €	744 €	843 €	1 011 €	1 131 €	1 248 €	1 359 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	555 €	651 €	744 €	843 €	1 011 €	1 131 €	1 248 €	1 359 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	555 €	651 €	744 €	843 €	1 011 €	1 131 €	1 248 €	1 359 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	555 €	651 €	744 €	843 €	1 011 €	1 131 €	1 248 €	1 359 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	555 €	651 €	744 €	843 €	1 011 €	1 131 €	1 248 €	1 359 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 3

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus
Indices/Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	576 €	669 €	762 €	855 €	1 038 €	1 152 €	1 269 €	1 389 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	576 €	669 €	762 €	855 €	1 038 €	1 152 €	1 269 €	1 389 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	576 €	669 €	762 €	855 €	1 038 €	1 152 €	1 269 €	1 389 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	576 €	669 €	762 €	855 €	1 038 €	1 152 €	1 269 €	1 389 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	603 €	702 €	798 €	897 €	1 086 €	1 212 €	1 338 €	1 464 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	603 €	702 €	798 €	897 €	1 086 €	1 212 €	1 338 €	1 464 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	609 €	714 €	813 €	918 €	1 107 €	1 233 €	1 359 €	1 488 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	609 €	714 €	813 €	918 €	1 107 €	1 233 €	1 359 €	1 488 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	630 €	732 €	840 €	942 €	1 137 €	1 269 €	1 398 €	1 530 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	630 €	732 €	840 €	942 €	1 137 €	1 269 €	1 398 €	1 530 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	630 €	732 €	840 €	942 €	1 137 €	1 269 €	1 398 €	1 530 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	630 €	732 €	840 €	942 €	1 137 €	1 269 €	1 398 €	1 530 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	630 €	732 €	840 €	942 €	1 137 €	1 269 €	1 398 €	1 530 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SURCOMPLÉMENTAIRE

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus
Indices/Tranches de rémunération	0-399 / 0 € - 23 627 €	84 €	105 €	117 €	123 €	150 €	162 €	168 €	177 €
	400-599 / 23 628 € - 35 435 €	81 €	108 €	117 €	123 €	159 €	165 €	177 €	183 €
	600-799 / 35 436 € - 47 255 €	87 €	117 €	123 €	132 €	165 €	171 €	183 €	186 €
	À partir de 800 / 47 256 €	93 €	120 €	129 €	138 €	168 €	177 €	183 €	189 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

PRÉVOYANCE

% du traitement indiciaire brut ou du salaire de référence

Tranches d'âge	Jusqu'à 30 ans	À partir de 31 ans
Prévoyance Base	0,25 %	0,52 %
Prévoyance 1	0,53 %	1,08 %
Prévoyance 2	0,78 %	1,64 %
Prévoyance 3	0,96 %	1,89 %

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

FRAIS DE SANTÉ – OFFRE DE BASE

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
Indices/Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	498 €	732 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	498 €	732 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	498 €	732 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	498 €	732 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	522 €	768 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	522 €	768 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	534 €	786 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	534 €	786 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	546 €	807 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	546 €	807 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	546 €	807 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	546 €	807 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	546 €	807 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 1

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	825 €	1 107 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	825 €	1 107 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	825 €	1 107 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	825 €	1 107 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	867 €	1 164 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	867 €	1 164 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	882 €	1 188 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	882 €	1 188 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	909 €	1 218 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	909 €	1 218 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	909 €	1 218 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	909 €	1 218 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	909 €	1 218 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 2

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	1 233 €	1 542 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	1 233 €	1 542 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	1 233 €	1 542 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	1 233 €	1 542 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	1 296 €	1 617 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	1 296 €	1 617 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	1 326 €	1 650 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	1 326 €	1 650 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	1 359 €	1 695 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	1 359 €	1 695 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	1 359 €	1 695 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	1 359 €	1 695 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	1 359 €	1 695 €

Ces tarifs comprennent 2,76 € par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 3

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
Tranches de rémunération	0-99 / 0 € - 5 903 €	1 389 €	1 710 €
	100-199 / 5 904 € - 11 807 €	1 389 €	1 710 €
	200-299 / 11 808 € - 17 711 €	1 389 €	1 710 €
	300-399 / 17 712 € - 23 627 €	1 389 €	1 710 €
	400-499 / 23 628 € - 29 531 €	1 464 €	1 800 €
	500-599 / 29 532 € - 35 435 €	1 464 €	1 800 €
	600-699 / 35 436 € - 41 339 €	1 488 €	1 833 €
	700-799 / 41 340 € - 47 255 €	1 488 €	1 833 €
	800-899 / 47 256 € - 53 159 €	1 530 €	1 887 €
	900-999 / 53 160 € - 59 063 €	1 530 €	1 887 €
	1 000-1 099 / 59 064 € - 64 979 €	1 530 €	1 887 €
	1 100-1 199 / 64 980 € - 70 883 €	1 530 €	1 887 €
	À partir de 1 200 / 70 884 €	1 530 €	1 887 €

Ces tarifs comprennent **2,76 €** par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

FRAIS DE SANTÉ – SURCOMPLÉMENTAIRE

Cotisation annuelle forfaitaire

Tranches d'âge		Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
Tranches de rémunération	0-399 / 0 € - 23 627 €	84 €	108 €
	400-599 / 23 628 € - 35 435 €	87 €	108 €
	600-799 / 35 436 € - 47 255 €	93 €	114 €
	À partir de 800 / 47 256 €	99 €	123 €

Ces tarifs comprennent **2,76 €** par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

COTISATIONS VEUFs ET ORPHELINS

VEUFs										
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>										
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71 ans et plus
Base	198 €	204 €	219 €	243 €	288 €	321 €	360 €	441 €	564 €	609 €
Santé 1	306 €	327 €	357 €	402 €	462 €	522 €	576 €	696 €	864 €	951 €
Santé 2	420 €	450 €	483 €	555 €	669 €	723 €	798 €	972 €	1 230 €	1 338 €
Santé 3	459 €	501 €	534 €	621 €	759 €	819 €	891 €	1 101 €	1 410 €	1 491 €
Surcomplémentaire	54 €	69 €	81 €	87 €	105 €	120 €	129 €	138 €	144 €	150 €

Ces tarifs comprennent **2,76 €** par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

ORPHELINS	
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>	
Base	144 €
Santé 1	210 €
Santé 2	258 €
Santé 3	303 €
Surcomplémentaire	39 €

Ces tarifs comprennent **2,76 €** par an et par chef de famille au titre des contrats collectifs souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance.

COTISATIONS DU MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

MEMBRE BÉNÉFICIAIRE CONJOINT

FRAIS DE SANTÉ *Cotisation annuelle forfaitaire*

Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71 ans et plus
Base	198 €	204 €	219 €	243 €	288 €	321 €	360 €	441 €	564 €	609 €
Santé 1	306 €	327 €	357 €	402 €	462 €	522 €	576 €	696 €	864 €	951 €
Santé 2	420 €	450 €	483 €	555 €	669 €	723 €	798 €	972 €	1 230 €	1 338 €
Santé 3	459 €	501 €	534 €	621 €	759 €	819 €	891 €	1 101 €	1 410 €	1 491 €
Surcomplémentaire	54 €	69 €	81 €	87 €	105 €	120 €	129 €	138 €	144 €	150 €

MEMBRE BÉNÉFICIAIRE ENFANT

FRAIS DE SANTÉ *Cotisation annuelle forfaitaire*

Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 18 ans	19-28 ans	Handicapés
Base	111 €	144 €	144 €
Santé 1	168 €	210 €	210 €
Santé 2	207 €	258 €	258 €
Santé 3	237 €	303 €	303 €
Surcomplémentaire	39 €	39 €	39 €

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr

