

2010

Applicables au 1^{er} janvier 2010



statuts et règlements mutualistes

3 Mutuelle générale de l'Éducation nationale

MGEN, Mutuelle générale de l'Éducation nationale, RNM n° 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

47 MGEN Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale, RNM n° 441 921 913, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

55 MGEN Centres de santé

MGEN Centres de santé, RNM n° 477 901 714, mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

63 MGEN Vie

MGEN Vie, RNM n° 441 922 002, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

75 MGEN Filia

MGEN Filia, RNM n° 440 363 588, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

sommaire

3 Statuts

14 Règlement mutualiste 1

Dispositions générales applicables
aux membres participants
et bénéficiaires de la MGEN

16 Règlement mutualiste 2

Spécifique aux membres
participants et leurs bénéficiaires

24 Règlement mutualiste 3

Garanties des membres participants
de la Mutuelle des Affaires Étrangères

25 Annexes

aux règlements mutualistes MGEN

Statuts

Titre 1

Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1

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 Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 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'Education nationale.

La 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.

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 :

- 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'encourager la maternité, d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées ;
- 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 - d'assurer des aides exceptionnelles, des prêts et des avances spéciales ;

6 - d'apporter la caution solidaire de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;

7 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

8 - 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) ;

9 - de participer à la gestion des actions sociales interministérielles et du ministère de l'Education nationale ;

10 - de participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle dans les conditions prévues par ce texte ainsi que ses dispositions d'application.

La 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.

La MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

La 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.

La cession en réassurance ressort des attributions du conseil d'administration qui statue à la majorité des deux tiers.

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.

Article 5 - Respect de l'objet de la mutuelle

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délimitation 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 1 - Conditions d'admission à la mutuelle****Article 6 - Champ de recrutement****1^o Champ de recrutement individuel**

La 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,
- information et orientation scolaire,
- formation et insertion professionnelle,
- apprentissage,
- culture,
- patrimoine,
- recherche,
- écologie et développement durable,
- jeunesse et sports.

Ce champ de recrutement comprend :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant l'une des activités précitées au sein de l'une des fonctions publiques, d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel,
- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'une collectivité publique (ministère, collectivité territoriale ou établissement public) ou d'un de ses services dès lors que cette collectivité ou son service a compétence dans l'un des secteurs d'activités précités,
- l'ensemble des salariés exerçant au sein d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, dédié à l'une des activités précitées.

Le champ de recrutement comprend également :

- les étudiants inscrits en première année des Instituts Universitaires de Formation des Maîtres (IUFM),
- les personnels de la MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN.

Les fonctionnaires et agents non titulaires relevant du champ de recrutement peuvent adhérer à la MGEN dès lors qu'ils sont dans l'une des positions statutaires suivantes : activité, détachement, mise à disposition, position hors cadre ou congé parental.

2^o Champ de recrutement collectif

Peuvent adhérer à la mutuelle, dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif facultatif ou obligatoire, comme membres participants les personnes définies à l'article 6) 1^o des statuts.

La MGEN a la faculté de proposer, aux personnes définies à l'article 6) 1^o, une adhésion souscrite par dispositif conventionnel. L'adhésion proposée au titre d'un dispositif conventionnel collectif prévoit exclusivement le bénéfice de l'offre prestataire proposée aux personnes relevant du champ de recrutement individuel défini à l'article 6) 1^o des statuts, dans le cadre d'une adhésion individuelle. Les personnes, auxquelles une adhésion à titre collectif est proposée, ne peuvent prétendre à une adhésion à titre individuel à la MGEN.

Article 7 - Modalités d'adhésion**1^o Adhésion individuelle**

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

- visées à l'article 6) 1^o des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 8 des statuts,
- 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, et qui permet par ailleurs, et du fait de cette activité, l'ouverture des droits Sécurité sociale.

Les personnels auxiliaires, contractuels ou vacataires, ne pouvant bénéficier des textes relatifs à la protection sociale des non titulaires ou d'une protection sociale équivalente ne peuvent être admis que s'ils justifient d'un engagement d'au moins trois mois.

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^o 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 6) 2^o des présents statuts :

- justifiant des conditions de délai mentionnées à l'article 8 des statuts,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'inscription.

Article 8 - Adhésion en qualité de membre participant

Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section départementale.

Pour toute personne relevant du champ de recrutement défini à l'article 6 des statuts, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées à l'article 7) 1^o ou 7) 2^o des statuts et du délai d'adhésion explicité au paragraphe ci-après, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

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

1^o Délai

La demande d'adhésion doit se faire au plus tard :

- a) le 31 décembre de l'année qui suit celle de l'entrée dans le champ de recrutement défini à l'article 6 sous réserve que les conditions d'adhésion visées à l'article 7) 1^o ou 7) 2^o soient remplies ;
- b) dans les douze mois qui suivent le décès du membre participant pour la veuve ou le veuf titulaire d'une pension de réversion à condition d'avoir au moment du décès la qualité de bénéficiaire. L'adhésion doit être demandée dans les douze mois qui suivent la date de perception de la pension, pour le veuf ou la veuve dont la pension a été différée et qui a la qualité de bénéficiaire à cette date.

2^o Demandes d'adhésion intervenues au-delà du délai défini au 1^o du présent article

Le conseil d'administration examine les demandes des personnes ayant fait l'objet d'un refus d'adhésion pour dépassement du délai. Toute décision favorable est assortie de stages et d'une participation de solidarité.

Article 9 - Membres participants

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

Le membre participant de la MGEN, adhérent à la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, est membre participant 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, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Article 10 - Catégories de membres participants

I - Les membres participants actifs et IUFM 1^{re} année tels qu'ils sont définis à l'article 6 des présents statuts.

II - Les membres participants retraités :

A - Pension personnelle

- 1) Le fonctionnaire qui adhérerait à la MGEN au moment de la cessation de son activité et qui perçoit une pension de l'administration ;
- 2) Le retraité du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité.

B - Veuf ou veuve titulaire ou non d'une pension de réversion

Le veuf ou la veuve d'un membre participant, titulaire ou non d'une pension de réversion, peut faire partie de la MGEN dans la catégorie des retraités s'il appartenait à la MGEN au décès du membre participant, en qualité de bénéficiaire.

III - Les membres participants rattachés à la « SEM »

Les membres participants rattachés à la SEM, actifs, retraités, veufs et veuves titulaires d'une pension de réversion, sont répartis en deux groupes ainsi définis :

- a) Personnes bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) tant en France qu'à l'étranger,
- b) Personnes bénéficiaires partiellement d'une couverture sociale de base (CSB), soit en France, soit à l'étranger.

IV - Les membres participants « maintenus » (membres participants rattachés à une section départementale ou à la SEM, en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenance personnelle ou disponibilité).

Article 11 - Membres bénéficiaires

I. Les bénéficiaires conjoints

1. Dispositions générales

Le membre participant peut étendre la couverture familiale :

- à son conjoint,
- à son partenaire lié par un PACS,
- ou à son concubin vivant à son domicile,

dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit Sécurité sociale. Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

L'extension de la couverture familiale doit se faire au plus tard le 31 décembre de l'année suivant celle :

- de la date d'adhésion du membre participant,
- ou de la date de mariage, d'enregistrement du PACS, du début de concubinage.

Le membre participant, séparé de son conjoint, peut lui conserver la couverture familiale et l'étendre à son concubin vivant à son domicile.

L'extension de la couverture familiale ne peut être accordée au conjoint, au partenaire lié par un PACS ou au concubin remplissant les conditions d'adhésion en tant que membre participant (cf. articles 7) 1^o et 7) 2^o des présents statuts).

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires conjoints de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

2. Disposition particulière

Le conseil d'administration examine les demandes d'extension de la couverture familiale ayant fait l'objet d'un refus pour dépassement du délai défini au paragraphe 1 du présent article. Toute décision favorable est assortie d'une participation de solidarité.

II. Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, s'il

répond à l'une des situations suivantes :

1. Agé de moins de 18 ans, et

- ayant droit Sécurité sociale à sa charge ou à celle de son conjoint (à condition qu'il soit mutualiste MGEN), au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité sociale ou,
- dont le salaire annuel est inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite de l'enfant retenu par les caisses d'allocations familiales (SMAL).

2. Agé de 18 ans à 28 ans, et

- malade à charge ou,
- sans emploi ou,
- dont le salaire annuel est inférieur à 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite de l'enfant retenu par les caisses d'allocations familiales (SMAL).

3. Sans condition d'âge :

- si l'enfant relève du groupe handicap ou soins coûteux durables et dispose d'un salaire inférieur à 165 % du SMAL,
- si l'enfant relève d'une mesure de protection assumée par la MGEN.

Sont exclus de cette catégorie, les enfants remplissant les conditions requises pour être admis dans la catégorie des bénéficiaires étudiants définie ci-dessous.

Peuvent être bénéficiaires enfants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, ou ayants droit Sécurité sociale en qualité d'enfants recueillis.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires enfants de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

III. Les bénéficiaires enfants étudiants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant étudiant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant étudiant, si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- avoir 16 ans ou plus avant la date du 1^{er} octobre de l'année universitaire en cours,
- être affilié au régime Sécurité sociale des étudiants.

La couverture familiale spécifiquement attribuée aux bénéficiaires enfants étudiants est définie à l'article 2 du règlement mutualiste 2.

Peuvent être bénéficiaires enfants étudiants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants étudiants peuvent être des enfants légitimes, naturels reconnus ou non, adoptés, recueillis.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires enfants étudiants sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Article 12 - Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion à la MGEN et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet au 1^{er} jour :

- du mois qui suit la demande,
- ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 4 mois.

Si la demande d'adhésion est présentée dans les 3 mois qui suivent l'entrée dans le champ de recrutement, le membre participant peut opter pour une prise d'effet de cette adhésion à la date d'entrée dans le champ de recrutement.

Si la demande d'extension de la couverture familiale est présentée dans les 3 mois qui suivent la date du mariage, la date d'enregistrement du pacte civil de solidarité (PACS) ou le début de la vie maritale, le membre participant peut opter pour une prise d'effet de cette extension à cette date.

Article 13 - Procédure d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Toute demande d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale doit être adressée au comité de section compétent à qui il appartient de statuer.

En cas de rejet, le candidat peut faire appel de cette décision devant le conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la notification. Celui-ci statue dans les plus brefs délais. Sa décision, qui n'a pas à être motivée, n'est susceptible d'aucun recours.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance**Article 14 - Démission et résiliation****1^o Modalités de démission****Démission à effet du 1^{er} janvier**

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la MGEN, adressée au bureau de la section départementale dont il dépend au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de la MGEN, adressée au bureau de la section départementale dont il dépend.

La démission prend effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

2^o Modalités de résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que pour la démission.

3^o Conséquences de la démission ou de la résiliation

Aucune demande de réintégration à la mutuelle après démission ou résiliation n'est acceptée.

La démission du membre participant entraîne la fin de l'extension de la couverture familiale.

Article 15 - Résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, la mutuelle met fin à l'adhésion.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie 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 résiliation.

Les membres participants et/ou les bénéficiaires, dont la couverture familiale a été résiliée, peuvent, dès qu'ils remplissent à nouveau les conditions statutaires mentionnées aux articles 6 et 7) 1^o ou 7) 2^o des statuts, être réadmis sans verser de participation de solidarité et sans accomplir les stages prévus au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Les membres participants qui sollicitent :

- leur réintégration,
- ou la réadmission de leurs bénéficiaires conjoints ayant fait l'objet d'une résiliation dans les conditions prévues à l'alinéa ci-dessus,

doivent adresser leur demande au comité de section compétent, dans un délai expirant le 31 décembre de l'année qui suit celle au cours de laquelle le lien permettant la réadmission est rétabli statutairement.

Article 16 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations**A. Suspension**

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.

B. Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au paragraphe précédent, sauf dans le cas d'une suspension de la garantie intervenue pour non paiement d'une cotisation annuelle fractionnée pour lequel la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée. Aucune demande de réintégration à la mutuelle après résiliation pour non-paiement de cotisation n'est recevable.

Article 17 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 18 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires, ayant causé volontairement, aux intérêts de la mutuelle, un préjudice dûment constaté par une violation des lois et règlements constituant un crime ou un délit, notamment en cas de fraude ou de tentative de fraude, en vue de bénéficier des avantages prévus aux statuts.

Le membre dont la déchéance est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, sa déchéance peut être prononcée par le conseil d'administration.

La déchéance prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

En aucun cas, un mutualiste déchu de la MGEN ne peut devenir bénéficiaire de son conjoint participant.

Article 19 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

La démission, la résiliation et la déchéance ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 15 des présents statuts et aux règlements mutualistes.

La démission, la résiliation ou la déchéance d'une mutuelle entraînent la perte de la qualité de membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation ou de déchéance, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives à la forclusion, prévues aux règlements mutualistes.

Chapitre 3

Conditions spécifiques d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance issues du dispositif de référencement auprès des employeurs publics

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.

En conséquence, dans le cadre du(des) référencement(s) obtenu(s) par la MGEN, les dispositions prévues au chapitre 2 ci-dessus s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Article 20 - Champs de recrutement

En application du décret précité :

- Le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour le référencement.
- Sont membres participants les fonctionnaires, agents de droit public, et retraités relevant de ce champ.

Chaque employeur public peut définir :

- d'autres catégories de membres participants,
- des ayants droit de membres participants en qualité de membres bénéficiaires.

1° - Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre du référencement du ministère de l'Education nationale :

- veuf(ve)s,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 28 ans, des agents et retraités appartenant au champ de référencement.

2° - Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre du référencement du ministère des Affaires étrangères et européennes :

- veuf(ve)s des agents ou retraités appartenant au champ de référencement.

Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères sont membres participants de la MGEN et de MGEN Vie. Les dispositions du règlement mutualiste 1 « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires MGEN » s'appliquent à eux. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste 3 de la MGEN et au règlement mutualiste 2 de MGEN Vie.

Article 21 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 7 des présents statuts,
- du délai prévu aux articles 8 et 11 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 10 des présents statuts pour les retraité(e)s et les veuf(ve)s.

Article 22 - Règles spécifiques de résiliation

Il n'est pas fait application de l'article 14 -3° des présents statuts.

Titre 2 Administration de la mutuelle

Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 23 - Composition de l'assemblée générale

Tous les membres participants sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Les adhérents de MGEN Vie, MGEN Action sanitaire et sociale, et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de la MGEN, il est procédé, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Article 24 - Election des délégués

I - Sections départementales

Les membres participants de chaque section, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, élisent les délégués à l'assemblée générale pour une année. Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour.

Il est procédé à l'élection des délégués en assemblée générale de section de vote et par correspondance pour les membres empêchés. Chaque section élit de la même façon des délégués suppléants.

A - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale et celles de délégués suppléants sont recueillies au cours de la réunion du comité de section dont l'ordre du jour comporte la préparation des élections.

Peuvent être candidats :

- les membres du comité de section,
- les détachés auprès de la MGEN exerçant leur activité à la section départementale.

Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section.

B - Elections

L'élection des délégués d'une part, des délégués suppléants d'autre part, a lieu en assemblée générale de section. Le vote a lieu à bulletin secret au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

Les candidats non élus ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section. Pour ce faire, ils doivent retirer un bulletin de vote au siège de la section. Les votes par correspondance sont comptabilisés avec les votes émis en assemblée générale de section.

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués et des délégués suppléants sont précisées au règlement intérieur des sections et par les instructions du conseil d'administration.

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

C - Date

La date de l'assemblée générale de la section de vote est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration. En tout état de cause, les assemblées générales de section de vote se tiennent obligatoirement dans les 6 mois précédant la date de convocation de l'assemblée générale de la mutuelle.

II - Section extra métropolitaine (SEM)

Le comité de gestion défini à l'article 58) 2° des statuts élit, parmi ses membres, les délégués à l'assemblée générale pour une année. L'élection des délégués a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Il élit de la même façon des délégués suppléants.

A - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale et celles des délégués suppléants sont recueillies au cours de la réunion du comité de gestion dont l'ordre du jour comporte la préparation de l'élection. Seuls les membres du comité de gestion peuvent être candidats. Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de gestion.

B - Elections

Les candidats non élus ayant obtenu le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune. Dans le cas où plusieurs candidats obtiennent un nombre égal de suffrages et doivent être départagés, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 25 - Vacance, suppléance et absence en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini au paragraphe B :

- de l'article 24-I,
- ou, s'agissant de la SEM, de l'article 24-II.

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

Article 26 - Nombre de délégués**I - Sections départementales**

Chaque section de vote élit les délégués dans les conditions suivantes :

- sections jusqu'à 7 000 membres : 3 délégués,
- sections de 7 001 à 77 000 membres : 1 délégué supplémentaire par 7 000 membres ou fraction de 7 000 membres,
- sections de plus de 77 000 membres : 14 délégués.

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.

II - Section extra métropolitaine

Suivant les mêmes modalités de calcul que celles applicables aux sections départementales, le comité de gestion élit des délégués parmi ses membres. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale**Article 27 - Convocation de l'assemblée générale**

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

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 28 - Autres convocations

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

Article 29 - Modalités de convocation de l'assemblée générale

L'assemblée générale doit être 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.

Le conseil d'administration arrête, à la majorité de ses membres, l'ordre du jour de l'assemblée générale. Le bureau national envoie l'ordre du jour aux présidents des comités de section avec les rapports qui permettront la discussion, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, de remettre à chaque délégué, et au minimum quinze jours avant la réunion de l'assemblée générale, un exemplaire de la convocation et de l'ordre du jour.

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

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

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

Article 30 - Règles de quorum de l'assemblée générale

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 36, 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.

Article 31 - Modalités de vote à l'assemblée générale

Les décisions visées au 1. de l'article 30 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon.

Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 32 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 30 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 33 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 32 des présents statuts.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale**Article 34 - Compétences de 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 toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Elle 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) le montant des droits d'entrée,
- d) les montants ou taux de cotisations,
- e) les prestations offertes ainsi que le contenu du(des) règlement(s) mutualiste(s),
- f) 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,
- g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- h) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés,
- i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,

- j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- n) la nomination des commissaires aux comptes,
- o) la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle,
- p) les délégations de pouvoirs prévues à l'article 36 des présents statuts,
- q) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- r) la conclusion d'une convention de substitution ;
- s) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 35 - Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale

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

Article 36 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'une année.

Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 37 - Composition

La mutuelle est administrée par un conseil dont les membres sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale parmi les membres participants à jour de leurs cotisations.

A - Eligibilité

Pour être éligibles au conseil d'administration, les membres doivent être âgés de 18 ans révolus et n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans dans l'année du renouvellement du conseil d'administration.

B - 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.

C - Nombre d'administrateurs

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 54 administrateurs.

D - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

E - 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 40 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

F - Incompatibilités

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

Article 38 - Renouvellement du conseil

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 successivement au remplacement des postes des tiers devenus vacants en cours de mandat.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 39 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation concernant notamment la gestion.

Section 2 - Réunions

Article 40 - Convocation et ordre du jour du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an.

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

Le président du conseil d'administration établit l'ordre du jour du conseil.

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

Article 41 - Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

A - Électeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures.

Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

B - Candidatures

Les candidatures sont individuelles. Elles sont déposées auprès du président de la MGEN responsable de l'organisation des élections. Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

C - Élections

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

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

D - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

E - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

F - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 42 - Délibérations du conseil d'administration

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.

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Article 43 - Démission d'office

Les membres du conseil d'administration peuvent, par décision de ce conseil, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances au cours de la même année.

Cette décision est ratifiée par l'assemblée générale la plus proche.

Section 3 - Attributions**Article 44 - Compétences du conseil**

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.

Il 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.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration 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.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

Il établit également le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

En ce qui concerne la gestion de la Sécurité sociale, seul le conseil d'administration de la MGEN peut être juridiquement rendu responsable. A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 45 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 4 - Statut des administrateurs**Article 46 - Mise à disposition**

Les administrateurs de la 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'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche mis à disposition de la MGEN et/ou des mutuelles et union créées par elle, est fixé à 60.

Article 47 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées à 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.

Article 48 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion 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.

Il est également interdit aux administrateurs de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Les décisions, auxquelles a pris part un administrateur dont l'élection est nulle au regard des deux alinéas précédents, restent valables.

Chapitre 3**Président et bureau****Section 1 - Election et missions du président****Article 49 - Election et révocation**

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 50 - Vacance

En cas de décès, de démission et de perte de la qualité d'adhérent du président, 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 délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président délégué.

Article 51 - 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 articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité.

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.

Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, la gestion des mesures de protection qui lui sont confiées par les juges des tutelles en application du titre onzième du Code civil, à un élu d'une instance de la MGEN, à un personnel mis à disposition ou détaché à la MGEN, à un membre participant de la MGEN.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

Section 2 - Election, composition et missions du bureau

Article 52 - Election

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 53 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont notamment :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un secrétaire général,
- un trésorier général.

Article 54 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Les membres du bureau national peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui leur incombent, et leur déléguer leur signature pour des objets nettement déterminés.

Article 55 - Secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Article 56 - Trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du conseil d'administration, à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la mutuelle.

Chapitre 4

Organisation des sections départementales

Section 1 - Sections départementales

Article 57 - Création des sections départementales

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

1. Une section pour chaque département.
2. La section extra métropolitaine (SEM) regroupe les membres par-

ticipants non rattachés à une section départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs, ou le lieu de résidence pour les retraités, est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer.

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.

Ces membres participants constituent la section de vote.

Article 58 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

1°) Chaque section est administrée par un comité de section composé de la façon suivante :

- jusqu'à 10 000 membres participants : 18 à 33 membres,
- entre 10 000 et 30 000 membres participants : le maximum de 33 membres est augmenté de trois membres par tranche de 10 000,
- au-dessus de 30 000 membres participants : le maximum est porté à 42 membres.

2°) La section dite « SEM » définie à l'article 57, est administrée par un comité de gestion composé de la façon suivante :

- des détachés et mis à disposition auprès de la MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration (désignés par lui),
- de 3 adhérents élus relevant de la SEM.

Article 59 - Composition des instances départementales

A - Membres élus

Les membres du comité de section sont élus pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section. Le renouvellement du comité de section a lieu par tiers les années paires.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les membres du comité de section élus sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis successivement au remplacement des vacances du deuxième et du troisième tiers. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune candidat.

Tout membre du comité de section 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 de section ne respectant pas ces dispositions.

A1 - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 décembre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 décembre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus au 31 décembre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de moins de 65 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 décembre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

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

A2 - Contestations

Les élections au comité de section et au bureau 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 pou-

voirs à son bureau ou à une commission constituée à cet effet.

Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la 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 du conseil d'administration MGEN Union sont membres de droit du comité de leur section de rattachement, de son bureau et des commissions.

C - Membres du bureau départemental

Au cours de la première réunion qui suit les élections, le comité de section procède à l'élection des membres de son bureau.

Le bureau comprend :

- au minimum 5 membres (1 président, 2 vice-présidents, 1 secrétaire et 1 trésorier),
- au maximum le tiers des membres élus du comité de section.

Article 60 - Composition des instances de la SEM

A - Élection de 3 membres du comité de gestion

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge des 3 membres élus du comité de gestion sont identiques à celles figurant à l'article 37 des statuts pour les membres du conseil d'administration.

Ils sont élus pour 2 ans par et parmi les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts.

Les membres sortants sont rééligibles. En cas d'égalité de voix, priorité est accordée au candidat le plus jeune. Est considéré comme démissionnaire du comité de gestion, tout membre participant n'étant plus rattaché à la section. Le vote par correspondance est la règle pour les élections au comité de gestion. L'élection a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour.

Outre les dispositions de l'article 58) 2^e des statuts relatives à la composition du comité de gestion, tout membre du conseil d'administration de MGEN Union est membre de droit du comité de gestion. L'élection au comité de gestion est soumise à l'agrément du conseil d'administration.

Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à son bureau ou à une commission constituée à cet effet. Le litige doit être soumis par lettre recommandée au président de la mutuelle, dans les 21 jours qui suivent la publication du procès verbal de l'élection (la date de première présentation du recours faisant foi).

B - Suppléance

Les 3 candidats non élus, issus de pays ou territoires d'outre-mer distincts de ceux dont sont issus les élus titulaires, ayant obtenu le plus grand nombre de voix, constituent les membres du comité de gestion suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.

C - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un membre élu du comité de gestion, celui-ci est remplacé par le membre suppléant venant à l'ordre de suppléance défini au paragraphe précédent.

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

Section 2 - Modalités de fonctionnement des sections départementales

Article 61 - Dispositions générales

L'interlocuteur des mutualistes est la section départementale.

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

- le règlement intérieur des sections, adopté par le conseil d'administration,
- le guide des sections,
- le projet de section.

Article 62 - Comité de section

Le conseil d'administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, aux comités de section de la MGEN, dans le respect des

décisions et principes arrêtés par l'assemblée générale et le conseil d'administration et sous la responsabilité du président de section, l'organisation politique, administrative et gestionnaire.

Le comité de section a 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,
- organiser les temps démocratiques départementaux,
- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives.

Article 63 - Assemblée départementale, assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée départementale et en assemblée générale de section de vote.

L'ordre du jour de ces assemblées est fixé par le comité de section conformément aux instructions du conseil d'administration.

Les membres participants du groupe MGEN sont informés de la date et du lieu de ces assemblées par la revue nationale d'information.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue

- de l'assemblée départementale,
- de l'assemblée générale de section de vote.

L'assemblée départementale est un cadre de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale.

Au cours de l'assemblée départementale, l'assemblée générale de section de vote se réunit pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales.

Chapitre 5 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 64 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les cotisations globales des membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres et dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- 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.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 65 - 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,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- 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 66 - 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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 67 - 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 30-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 68 - Marge de solvabilité

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

Article 69 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 70 - 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. 225-219 du Code de commerce.

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

Chapitre 6

Fonctionnaires détachés à la MGEN

Article 71 - Missions des détachés

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 2 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 de ses établissements à caractère administratif, sanitaire, social, médico-social, culturel ou de formation,
- de président, directeur ou délégué de ses sections départementales.

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 350.

Titre 3

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 72 - Respect des statuts et règlement(s)

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

Toute personne qui souhaite être membre de la MGEN, au titre d'un dispositif conventionnel collectif, fait acte d'inscription au contrat collectif et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements et de la notice d'information formée par les règlements mutualistes 1 et 2 de la MGEN et le contrat souscrit entre la personne morale et la MGEN. Cette adhésion, à titre individuel ou collectif, emporte adhésion à MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia.

La signature du bulletin unique d'adhésion, au titre des adhésions individuelles, ou du bulletin unique d'inscription, au titre des adhésions collectives, emporte acceptation des dispositions des statuts de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia, des droits et obligations impé-

ratifs définis par leur(s) règlement(s) respectif(s) et, le cas échéant, des droits et obligations supplétifs définis dans le cadre conventionnel collectif.

Article 73 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de la cotisation globale et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Article 74 - Restitution de la carte d'adhérent

En cas de démission, radiation ou déchéance du membre participant et/ou de son (ou ses) bénéficiaire(s), le membre participant restitue sa carte d'adhérent et/ou, le cas échéant, celle de son (ou ses) bénéficiaire(s).

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers les adhérents

Article 75 - Modifications des garanties

1° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle à titre individuel

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et des règlement(s) 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

2° Membres participants ayant adhéré à la mutuelle au titre d'un dispositif conventionnel collectif

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus :

- au dispositif conventionnel collectif dont ils relèvent,
- aux dispositions des statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification est 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste 1

Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN

Titre 1

Règles générales applicables aux prestations, allocations et services de la mutuelle

Article A

Le présent règlement définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article B

Pour percevoir leurs prestations et bénéficier des services de la mutuelle, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations non couvertes par une cotisation correspondante feront l'objet d'un titre de reversement.

Article C

1 - Contrôle des malades

Les adhérents malades devront se soumettre au contrôle administratif et médical de la mutuelle sous peine de déchéance du droit aux prestations. Tout membre participant qui bénéficie des allocations journalières ou d'un complément pour invalidité, accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de la MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le service des allocations journalières lui est immédiatement suspendu.

Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

Pour application de la présente disposition, la mutuelle désigne au moins un contrôleur administratif, un médecin conseil et un dentiste conseil nationaux.

Chaque section pourra également prévoir un contrôleur administratif, un médecin conseil et un dentiste conseil.

Leurs attributions seront fixées par le conseil d'administration.

2 - Fraude

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par les présents statuts, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis du bureau de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues au paragraphe 1.

3 - Modification de situation

Le membre participant doit informer la section, à laquelle il est rattaché, de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès,
- la situation de son foyer : modification des ressources du groupe familial si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations, des cotisations ou des compléments de cotisation,
- sa situation administrative : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, congés de toute nature...

A défaut d'exécution de cette obligation dans un délai de 15 jours, il s'expose aux sanctions prévues au paragraphe 2 du présent article.

Article D - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque.

Il est défini comme suit pour chacune des prestations :

- Allocations journalières ou indemnités pour perte de traitement : 1^{er} jour de l'arrêt de travail.
Cas des arrêts multiples : en cas de reprise de l'activité puis de rechute, le fait générateur est l'arrêt de travail initial. On entend par rechute un arrêt de travail imputable à une maladie ou un accident ayant donné lieu à indemnisation au titre de la garantie allocations journalières (ou indemnités pour perte de traitement) et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin d'indemnisation.
- Allocations d'invalidité : 1^{er} jour de l'arrêt de travail ou date de constatation de l'invalidité si l'adhérent est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail.
- Perte totale et irréversible d'autonomie ou invalidité permanente et absolue : date portée par le certificat médical ayant constaté l'état de perte totale et irréversible d'autonomie (ou d'invalidité permanente et absolue) avec assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes quotidiens de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).
- Décès : la date du décès.

Toute adhésion avec une date d'effet postérieure à la date du fait générateur n'ouvre pas droit aux prestations.

Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des statuts et règlements mutualistes en vigueur à la date du fait générateur.

Article E - Délais et stages

Conformément à l'article 8) 1^o des statuts, lorsqu'il fait acte d'adhésion au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle :

- de son entrée dans le champ de recrutement,
- au cours de laquelle le lien permettant la réadmission est statutairement rétabli (cf. article 15 des statuts),

le membre participant a droit immédiatement à l'ensemble des prestations.

S'agissant des demandes d'adhésion intervenues au-delà du délai d'adhésion qui seraient admises par le conseil d'administration, des stages (délais d'attente) sont appliqués, conformément à l'article 8) 2^o des statuts :

- 12 mois pour bénéficier des allocations journalières,
- 3 ans pour bénéficier des allocations d'invalidité.

Le stage débute à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le stage.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le stage doit être terminé pour :

- les allocations journalières, le premier jour de l'incapacité de travail, même si celle-ci est indemnisée à plein traitement,
- les allocations d'invalidité, le premier jour d'attribution d'une pension ou retraite d'invalidité.

Par dérogation, les délais et stages ne sont pas applicables pour les adhérents relevant des dispositions du chapitre 3 du titre 1 des statuts.

Article F - Forclusion

Sous peine de forclusion, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir :

- dans un délai de trois mois à compter de la liquidation des prestations par la Sécurité sociale, pour tous les actes et frais médicaux prévus aux articles 4, 5 et 7 du règlement mutualiste 2,
- dans un délai de 12 mois à compter :
 - de la perte partielle ou totale du traitement, dans un délai permettant l'exercice du contrôle médical et avant la reprise du service, pour les allocations journalières,
 - de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente invalidité pour les allocations d'invalidité.

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations doit parvenir au conseil d'administration dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Article G - Dispositions particulières à certaines prestations

1 - En cas de risque spécialisé et ayant fait l'objet d'une garantie particulière par un autre organisme, la participation MGEN dans tous les cas où il n'existe pas de protocole d'accord entre la MGEN et ces organismes, ne jouera ou n'interviendra qu'à titre complémentaire.

2 - En cas de modification des conditions d'intervention de la Sécurité sociale, la participation MGEN définie au présent règlement et dans les tableaux annexés peut être maintenue en valeur absolue jusqu'à la plus prochaine assemblée générale.

3 - Les dossiers à constituer et la nature des documents à fournir par l'adhérent à l'appui d'une demande de prestations, sont fixés par le bureau sur rapport des commissions spécialisées du conseil d'administration. Les sections sont tenues d'en informer les adhérents. Les prestations accordées aux adhérents sont versées par virement sur un compte financier.

Article H - Maxima des remboursements

Pour toute prestation, le remboursement par la mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à charge effective de l'adhérent.

Article I - Maxima des prestations

Le montant des prestations en espèces ne peut être supérieur à la perte de revenus subie par l'adhérent.

Article J - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article K - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

Article L - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève.

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Titre 2

Règles générales applicables aux cotisations et compléments

Article M - Principe des cotisations et compléments

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments, dus au titre de leurs bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité.

La cotisation et les compléments sont à échéance mensuelle.

A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs facultatifs souscrits par la mutuelle au bénéfice de ses membres.

Les cotisations sont fixées en pourcentage des ressources dans les limites d'une assiette plancher et d'une assiette plafond.

Les montants ou taux de cotisations et compléments figurent en annexe des règlements spécifiques qui récapitulent par catégorie de mutualistes :

- les taux de cotisations,
- les assiettes plancher et plafond,
- les montants ou taux des compléments de cotisation.

Les annexes font apparaître la part de cotisation ou de complément, issue de la cotisation ou du complément global acquitté par le membre participant, qui est affectée à chaque mutuelle créée par la MGEN et à chaque contrat collectif souscrit par la MGEN.

Lorsqu'il fait acte d'adhésion au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle de son entrée dans le champ de recrutement, le membre participant est exonéré du versement de cotisations et des éventuels compléments durant les trois premiers mois d'adhésion. Le membre participant n'a vocation à bénéficier de l'exonération suscitée qu'une seule fois.

Les membres participants :

- fonctionnaires mis en disponibilité d'office d'une part, non titulaires (stagiaires, auxiliaires...) en congé sans traitement pour raison de santé d'autre part,
- en congé à demi-traitement pour maladie, grave maladie, longue maladie ou longue durée,

acquittent une cotisation égale à celle qu'ils payeraient s'ils exerçaient leurs fonctions.

Lorsqu'un membre participant relevant du chapitre 3 du titre 1 des statuts adhère plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation est majorée d'un coefficient calculé selon les modalités prévues par le décret 2007-1373 du 19 septembre 2007 et ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007.

Article N - Cotisations des contrats facultatifs

Les membres participants et bénéficiaires qui souscrivent un contrat facultatif, acquittent une cotisation spécifique figurant au sein de la notice d'information qui leur est remise lors de la souscription dudit contrat.

Règlement mutualiste 2

Spécifique aux membres participants et leurs bénéficiaires

Titre 1

Dispositions générales

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants relevant des articles 6 à 10 et 20-1^o des statuts et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Le contenu desdits engagements est strictement identique quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle : adhésion à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif.

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

Les prestations délivrées par la MGEN sont strictement identiques quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle (adhésion individuelle ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif).

1. Les membres participants de la MGEN, actifs, retraités ou maintenus, ne relevant pas de la SEM, bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées ci-dessous, à l'exception :

- de celles réservées spécifiquement aux bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans et bénéficiaires étudiants figurant à l'annexe « Santé offre jeunes »,
- des prestations figurant aux articles 23 et 24 s'agissant des membres participants retraités,
- de la prestation figurant à l'article 23 s'agissant des membres participants maintenus,
- des prestations figurant aux articles 23, 24 et 30 s'agissant des membres participants veufs et veuves.

Leurs bénéficiaires conjoints bénéficient des prestations figurant aux articles 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 31 et 33.

Leurs bénéficiaires enfants, de moins de 18 ans, de plus de 28 ans, tels que définis à l'article 11-II-3 des statuts, bénéficient des prestations figurant aux articles 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 29 et 31.

Leurs bénéficiaires enfants, de 18 ans à 28 ans, bénéficient des prestations figurant aux articles 6, 9, 10, 18-1, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 29 et 31 et de celles figurant à l'annexe « Santé offre jeunes ».

Leurs bénéficiaires enfants étudiants bénéficient des prestations figurant aux articles 6, 9, 10, 18-1, 19, 21, 25, 26, 27, 29 et 31 et de celles figurant à l'annexe « Santé offre jeunes » qui comprennent :

- pour les bénéficiaires enfants étudiants, les prestations du contrat collectif MGEN-LMDE souscrit par la MGEN auprès de La Mutuelle des Etudiants,
- les prestations et l'assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par la MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

Les bénéficiaires de l'annexe « Santé offre jeunes » peuvent bénéficier de la couverture internationale supplémentaire décrite à cette annexe.

2. Pour les membres participants de la MGEN relevant de la SEM et selon le groupe dont ils relèvent, actif, retraité ou maintenu, veuf ou veuve, la MGEN intervient pour eux-mêmes et leurs bénéficiaires :

- en complément de la couverture sociale de base (CSB) régime de Sécurité sociale ou équivalent,
- en remplacement d'une couverture sociale de base inexistante.

Le détail de l'intervention figure en annexe « Prestations SEM ».

Les membres participants relevant de la SEM bénéficient, en outre, des prestations figurant aux articles 10, 11, 12, 13, 25, 26, 27 et 30, à l'exception :

- de la prestation figurant à l'article 30 s'agissant des membres participants veufs et veuves.

3. Les membres participants de la MGEN, ne relevant pas de la SEM, IUFM 1^{re} année, bénéficient des prestations figurant aux articles 4 à 22, 25, 26, 28-1, 29 et 31.

4. Les mutualistes relevant de la CMU bénéficient des prestations ouvertes à la catégorie de mutualistes dont ils relèvent pour la part qui excède la protection complémentaire spécifique définie dans le Code de la Sécurité sociale.

5. Les orphelins membres participants relevant de l'article 20-1^o des statuts bénéficient des prestations identiques à celles du :

- bénéficiaire enfant de moins de 18 ans, quand ils sont âgés de 16 à moins de 18 ans,
- bénéficiaire enfant de 18 à 28 ans, quand ils sont âgés de 18 à moins de 28 ans.

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

1. Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 4 à 33 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

2. Les prestations, allocations et aides spécifiques prévues aux articles 8, 9, 18 à 22, 27, 29, 30-1^o et 32 sont accordées par les mutuelles créées par la MGEN en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité. Elles sont attribuées en application des dispositions figurant à leurs statuts et règlement(s).

Titre 2

Prestations, allocations et services de la mutuelle

Chapitre 1 Santé

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 aux articles d'application R. 871-1 et R. 871-2 du même Code. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la par-

ticipation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par arrêté du 8 juin 2006.

Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L. 322-2 du Code précité.

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés. Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués aux annexes « Santé » et « Hospitalisation » :

- honoraires médicaux,
- analyses et actes de laboratoire,
- accessoires et pansements - petit appareillage et orthopédie,
- pharmacie,
- soins externes,
- participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale,
- frais de transport,
- cures thermales,
- optique,
- soins et prothèses dentaires, orthodontie,
- autres prothèses (oculaires, auditives, capillaires, mammaires).

La prise en charge par la mutuelle de la pharmacie, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), des accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie, et des prothèses est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. A ce titre, aucun achat effectué sur Internet ne donne lieu à remboursement par la mutuelle.

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

- **Ostéopathie** : la MGEN intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département.
- **Psychothérapie** : la MGEN intervient pour les séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale, effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans son département. Cette participation est subordonnée à la remise annuelle d'une attestation de visite chez un médecin psychiatre, ou un pédiatre ou pédopsychiatre concernant les enfants de moins de 15 ans. Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires, actifs ou retraités.
- **Chirurgie réfractive de l'oeil** : la MGEN intervient pour des interventions chirurgicales non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires conjoints, actifs ou retraités. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque oeil, peuvent être attribuées à la même personne.
- **Forfait contraception**.

Article 5 - Hospitalisation (maladie, chirurgie)

Les prestations hospitalisation sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

Pour la couverture du risque chirurgical et de l'hospitalisation maladie ainsi que pour la maternité, la mutuelle intervient en matière d'honoraires et de frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale. Sauf dispositions contraires, le calcul des prestations se réfère aux tarifs conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.

Lorsqu'une chambre particulière est demandée par le mutualiste, une participation sur les frais engagés peut être accordée.

1° Maladie

La MGEN intervient pour les hospitalisations :

- en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, figurant dans la liste des établissements ouvrant droit à exonération du ticket modérateur à partir du 31^e jour d'hospitalisation,
- en hôpital thermal,
- en institut médico-éducatif lors de séjours en régime d'internat,
- en établissement de lutte anti-tuberculeuse,
- en maison d'enfants à caractère sanitaire non spécialisée,
- en colonie sanitaire,
- en établissement de soins de suite et de réadaptation.

La MGEN intervient également pour les hospitalisations de jour ou à domicile.

2° Chirurgie

La MGEN intervient pour les séjours en établissement public ou privé, agréé ou conventionné.

3° Conditions de prise en charge

Elle est subordonnée à celle de la Sécurité sociale et limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs) pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie).

Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

4° 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.

5° **Participation aux frais d'accompagnant** selon les montants indiqués à l'annexe « Hospitalisation »

Chapitre 2

Maternité et famille

Article 6 - Amniocentèse

La mutuelle intervient pour les amniocentèses pour lesquelles la prise en charge par la Sécurité sociale n'est pas totale.

La MGEN n'intervient qu'une seule fois par grossesse.

Pour les femmes de moins de 35 ans, la prestation est attribuée après avis du médecin conseil MGEN.

La MGEN peut accorder une aide financière selon les montants indiqués à l'annexe « Santé ».

Article 7 - Maternité

Pour la couverture des dépenses de soins liés à la maternité prises en charge par la Sécurité sociale, la MGEN intervient sur :

- les honoraires médicaux,
- les frais d'hospitalisation en établissement public ou privé, agréé ou conventionné, les frais de laboratoire et de sang sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,
- les honoraires relatifs à l'accouchement à domicile sont remboursés sur la base des tarifs conventionnels de la Sécurité sociale et les frais pharmaceutiques.

Article 8 - Prestation naissance

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est apportée à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

Article 9 - Prestation Service Aide à Domicile

Cette prestation est délivrée par MGEN Filia.

Elle est apportée en cas de maladie ou de dépendance et afin de faciliter la vie du groupe familial au domicile.

Chapitre 3

Prestations spécifiques de prévention

Article 10 - Prévention bucco-dentaire pour la femme enceinte

A compter du 4^e mois de grossesse, la mutuelle intervient pour une consultation de prévention bucco-dentaire par grossesse. La prise en charge s'effectue à hauteur du ticket modérateur majoré de 5 euros pour les consultations réalisées dans le cadre du conventionnement entre la MGEN et les praticiens.

Article 11 - Sensibilisation des jeunes aux maladies du voyageur

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 60 euros, pour :

- les vaccins et rappels suivants : fièvre jaune, méningite A + C, méningite C, méningite A + C + Y + W135, hépatite A, hépatites A et B, typhoïde, typhoïde + hépatite A, rage, encéphalite japonaise, encéphalite à tiques, leptospirose, choléra,
- les traitements médicamenteux anti-paludéens, non remboursés par la Sécurité sociale et non pris en charge par l'employeur.

Le mutualiste doit être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

La prise en charge s'applique aux adhésions intervenues à compter du 1^{er} janvier 2007. Elle est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée. La demande de prise en charge est appréciée à la date de prescription.

Article 12 - Traitements nicotiques de substitution

La mutuelle intervient, dans la limite d'un forfait individuel de 50 euros par année civile, pour les traitements nicotiques de substitution remboursés par la Sécurité sociale.

La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décompte(s) Sécurité sociale et de l'ensemble des factures acquittées.

La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.

Chapitre 4 Habitat

Article 13 - Caution locative

Elle peut être souscrite par le membre participant MGEN.

Elle a pour objet de permettre aux mutualistes à la recherche d'un logement de présenter une garantie de solvabilité protégeant le propriétaire bailleur du risque de loyers impayés.

Le membre participant MGEN et son éventuel colocataire ont vocation à bénéficier de la caution une seule fois au cours de leur vie.

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de la caution figurent dans la notice d'information (« Conditions générales ») remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement.

Article 14 - Caution acquisition

Elle peut être accordée au membre participant MGEN.

Elle a pour objet de permettre aux mutualistes qui souhaitent souscrire un prêt immobilier auprès d'organismes conventionnés avec la MGEN, de le garantir.

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de la caution figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement.

Article 15 - Assurance des prêts

Dans le cadre des contrats collectifs conclus avec CNP Assurances et pour la couverture de certains risques, deux contrats d'assurances de prêts peuvent être souscrits par :

- le membre participant emprunteur, co-emprunteur ou caution,
- les co-emprunteurs ou caution du membre participant.

A. Contrat perte totale et irréversible d'autonomie - Décès

Il a pour objet de couvrir :

- l'incapacité temporaire de travail, la perte totale et irréversible d'autonomie,
- le risque décès.

B. Contrat perte d'emploi

Il a pour objet de couvrir le risque perte d'emploi.

Ces contrats donnent lieu à versement de cotisation spécifique.

Les conditions de ces contrats figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises aux contractants lors de la souscription.

Chapitre 5 Autonomie

Article 16 - Dépendance totale

1. Objet

La garantie a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en état de dépendance totale, une rente viagère mensuelle ci-après intitulée prestation Dépendance Totale. Une prestation complémentaire de maintien à domicile est également accordée annuellement au mutualiste dépendant avec assistance d'une tierce personne.

2. Définition de la dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008.

L'état de dépendance est apprécié à partir des groupes iso-ressources (GIR) ci-après :

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leur capacité de se déplacer.

Le classement en GIR 1 ou 2 est constaté dans le cadre de l'attribution de l'APA (allocation personnalisée pour l'autonomie); si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, le classement en GIR est constaté par le médecin-conseil de la mutuelle.

3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Tout membre participant et/ou bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la rente dépendance totale et de la prestation complémentaire de maintien à domicile, à l'exclusion de ceux qui se trouvent déjà en état de dépendance totale à la date d'adhésion à la mutuelle.

Lorsqu'il est fait acte d'adhésion au plus tard le 31 décembre de l'année qui suit celle :

- de son entrée dans le champ de recrutement,
- au cours de laquelle le lien permettant la réadmission est statutairement rétabli,

le membre participant a droit immédiatement aux prestations.

Pour les demandes d'extension de la couverture familiale dans le délai prévu à l'article 11.1.1, le bénéficiaire conjoint a droit immédiatement aux prestations.

Pour toutes demandes d'adhésion effectuées par un membre participant et/ou bénéficiaire conjoint au-delà des délais mentionnés ci-dessus, un **délai d'attente de 3 ans** est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion pour toute dépendance totale consécutive à une maladie. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'accident.

Tout état de dépendance totale qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation.

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

- Prestation Dépendance Totale : La prestation garantie est versée sous forme d'une rente mensuelle à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR. Le montant de la rente mensuelle est égal à 120€.

• Prestation complémentaire de maintien à domicile : Cette prestation annuelle est complémentaire à la prestation Dépendance Totale. Elle est versée en cas de maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne une seule fois par an à terme échu. Le montant de la prestation annuelle est égal à 500€.

4.2. Suspension

Les prestations sont versées aussi longtemps que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est vivant et en état de dépendance totale reconnu.

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint devra fournir à la date d'anniversaire du classement en GIR, un certificat médical précisant son état civil et son lieu de résidence, et le cas échéant justifiant le maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne.

A défaut de justificatifs, le paiement de la rente et de la prestation complémentaire est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

4.3. Cessation du paiement des prestations

La rente et la prestation complémentaire cessent d'être versées au 1^{er} jour du mois qui suit :

- la cessation de l'état de dépendance totale,
- le décès.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

5. Revalorisation de la rente

A partir de la prise d'effet de son versement, la rente est revalorisée chaque 1^{er} janvier de l'année N, sur la base de l'évolution du point de la Fonction Publique constatée entre le 1^{er} octobre de l'année N-1 par rapport au 1^{er} octobre de l'année N-2.

6. Modalités de gestion et de justification de l'état de dépendance totale

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date à laquelle le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint peut prétendre au service des prestations. Passé ce délai et pendant les 12 mois suivants, le versement de la rente débute à compter du **1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la demande** sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni. **Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter du classement en GIR n'est plus recevable.**

6.1. Déclaration de l'état de dépendance totale

Dès réception de la demande des prestations relative à la dépendance totale, la mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par le médecin conseil de la mutuelle.

6.2. Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal,
- un document certifiant l'attribution de l'APA au mutualiste, indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation, la date d'attribution et la date de révision éventuelle,
- si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, un questionnaire médical rempli par le médecin du mutualiste et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la mutuelle,
- dans le cadre d'une mesure de protection, un jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du mutualiste,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :

- un certificat médical attestant que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est atteint d'une dépendance totale, et justifiant du maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne.

Au cours du paiement des prestations, la mutuelle se réserve la possibilité de vérifier le maintien de l'état de dépendance totale du bénéficiaire de la garantie. En cas de refus de sa part, le paiement des prestations cessera de plein droit.

Article 17 - Perte Temporaire d'Autonomie

1. Objet

La garantie a pour objet de verser une prestation, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

2. Définition de la perte temporaire d'autonomie

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint :

- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles, et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,
- dont l'état est constaté médicalement par le médecin conseil de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

*maladies garanties :

- infarctus du myocarde
- accident vasculaire cérébral
- sclérose en plaques,
- cancers.

**accidents garantis :

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et /ou du bénéficiaire conjoint et provoquée exclusivement par un événement extérieur imprévu et soudain.

N'est pas considéré comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale.

Est garantie la situation de perte temporaire d'autonomie suite à un accident, lorsque le mutualiste est atteint de :

- lésions traumatiques graves : perte d'un membre, d'une main, d'un pied, ou victime d'un traumatisme crânien,
- cécité : acuité visuelle corrigée égale au plus à 1/20 avec rétrécissement du champ visuel inférieur à 20°.
- surdité : atteinte auditive supérieure à 70 décibels de perte,
- brûlures graves : brûlures au 3^e degré couvrant au moins 20 % de la surface du corps et attestée par le diagnostic d'un chirurgien plasticien.

La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

3. Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie à l'exclusion de celui qui :

- bénéficie d'une pension de retraite ou d'une pension de retraite pour invalidité/inaptitude au travail,
- a atteint l'âge légal de la retraite.

4. Prestations

4.1. Modalités de versement et montant

La prestation garantie est versée sous forme d'une prestation payable trimestriellement à terme à échoir, à l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours continus à compter de la date d'établissement du certificat médical par le médecin du mutualiste et dont la situation de perte temporaire d'autonomie sera confirmé par le médecin conseil de la mutuelle.

Si, dans un délai inférieur à 60 jours, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint, est victime d'une rechute*** due à la même maladie ou au même accident garanti (e), il n'y aura pas application d'un nouveau délai de franchise et les prestations seront versées immédiatement.

*****On entend par rechute reconnue comme telle par la Sécurité sociale, un arrêt de travail imputable à une maladie ou un accident ayant donné lieu à une prise en charge par la mutuelle qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin d'indemnisation. Pour le mutualiste qui n'est pas en activité, la rechute doit être constatée par un certificat médical établi par le médecin du mutualiste.**

Le montant de la prestation est égal à 400€ par trimestre. Chaque trimestre est versé en totalité sans application de prorata temporis. La durée maximale de versement est de 4 trimestres (continus ou discontinus).

Chaque nouvelle maladie ou accident garanti(e) ouvre droit à une nouvelle période de 4 trimestres maximum. Toutefois, en cas de nouvelle maladie ou accident garanti(e) survenant pendant une période d'indemnisation, le nouveau droit à prestation met un terme à la prestation en cours. Aucun délai de franchise n'est appliqué dans ce cas.

4.2. Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse au 1^{er} jour du trimestre qui suit :

- la fin de la perte temporaire d'autonomie,
- la reconnaissance de l'état de dépendance totale,
- le décès,
- en tout état de cause, au terme du versement du 4^e trimestre.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

5. Exclusions

La garantie est accordée à l'exclusion des conséquences résultant de la participation à des paris, défis, duels, rixes dans lesquels le mutualiste a pris une part active, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger.

6. Modalités de gestion et de justification de la situation de perte temporaire d'autonomie

6.1. Déclaration de la perte temporaire d'autonomie

A réception de la déclaration de la perte temporaire d'autonomie, la mutuelle se réserve le droit de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par un médecin conseil de la mutuelle.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter de l'établissement d'un certificat médical n'est plus recevable.

6.2. Justificatifs à produire

- le formulaire de demande de prestations signé du mutualiste,
- un certificat médical indiquant l'accident et ses conséquences ou la nature de la maladie, la date de début et la durée probable de la situation de perte temporaire d'autonomie,
- du procès-verbal de la gendarmerie ou coupure de presse en cas d'accident,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

En cas de rechute :

- un certificat médical attestant des mêmes conséquences de l'accident ou de la même nature de la maladie qui a ouvert droit à la prise en charge initiale.

Au cours du paiement de la prestation, la mutuelle se réserve la possibilité de vérifier le maintien de la situation de perte temporaire d'autonomie du bénéficiaire de la garantie. En cas de refus de sa part, le paiement de la prestation cessera de plein droit.

Article 18 - Handicap et dépendance

Ces allocations sont délivrées par MGEN Action sanitaire et sociale.

18-1 - Handicap

Cette allocation concerne les mutualistes de moins de 60 ans atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles, présentant un état chronique et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance Totale.

18-2 - Dépendance

Cette allocation concerne les mutualistes de plus de 60 ans se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance Totale.

Article 19 - Soins coûteux durables

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants.

Article 20 - Soins coûteux ponctuels

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, en matière de pharmacie (voir rubrique pharmacie de l'annexe « Santé »).

Article 21 - Prestation particulière

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale. Elle concerne les mutualistes relevant des dispositifs handicap, dépendance ou soins coûteux de MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 22 - Aide au mutualiste aidant

Une aide annuelle est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale lorsque le mutualiste assiste son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1^{er} degré, en état de dépendance totale.

Chapitre 6 Complément de revenus

Article 23 - Allocations journalières

1 - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant en activité, en cas de diminution du revenu servant de base au calcul de la cotisation MGEN résultant d'une maladie ou d'un accident.

1.1. Participant fonctionnaire

Le membre participant fonctionnaire a droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé ordinaire de maladie, congé de longue maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé.

1.2. Participant stagiaire

Le membre participant stagiaire a droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé ordinaire de maladie, congé de longue maladie, congé de longue durée, congé sans traitement pour raison de santé.

1.3. Participant non fonctionnaire ou non stagiaire

Le membre participant relevant du régime général de Sécurité sociale a droit aux prestations du présent article pendant les périodes où il bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité sociale relatives à l'assurance maladie, à l'assurance maternité, à un accident du travail.

2 - Prestation

Niveau de garantie

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale à hauteur de 77 % de l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant la perte de traitement. L'assiette ne peut être ni inférieure à celle correspondant à la cotisation plancher, ni supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond. Le niveau de la garantie ne saurait être inférieur à 75 % du traitement indiciaire brut, à la date d'arrêt de travail.

Montant de la prestation

Le montant versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources ci-après définies :

En cas de demi traitement supérieur aux indemnités journalières Sécurité sociale (montant brut), les ressources correspondent à 50% du TIB et à l'intégralité de l'indemnité de résidence brute.

En cas de demi traitement inférieur aux indemnités journalières Sécurité sociale (montant brut), les ressources correspondent au montant des indemnités journalières de Sécurité sociale.

En cas de disponibilité d'office pour raison de santé, les ressources correspondent aux indemnités journalières Sécurité sociale (montant brut) ou à l'allocation d'invalidité temporaire.

En cas de congé sans traitement pour raison de santé, les ressources correspondent aux indemnités journalières Sécurité sociale (montant brut) ou pension d'invalidité (à caractère temporaire) du régime général.

En cas de congé maternité ou d'accident de travail, les ressources correspondent aux indemnités journalières Sécurité sociale (montant brut).

Cas particulier

Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par la Sécurité sociale, la prestation est versée, pendant ce délai, sous déduction des indemnités journalières Sécurité sociale reconstituées.

3 - Suppression de la prestation

Le droit aux allocations journalières est supprimé lorsque le membre participant est admis à la retraite.

Le droit aux allocations journalières est supprimé également lorsque le membre participant fonctionnaire :

- a l'âge ouvrant droit à pension avec jouissance immédiate sauf si le membre participant justifie d'une ancienneté de services validables insuffisante pour bénéficier d'une retraite à taux plein,
- ou a atteint la limite d'âge correspondant à son emploi.

Le droit aux allocations journalières est supprimé également lorsque le membre participant non-fonctionnaire :

- a l'âge ouvrant droit à retraite sauf si le membre participant justifie d'une ancienneté insuffisante pour bénéficier d'une retraite à taux plein (50 %),
- ou a atteint la limite d'âge correspondant à son emploi.

Article 24 - Allocations d'invalidité

1 - Conditions d'attribution

Les allocations d'invalidité sont attribuées au membre participant contraint, pour cause d'invalidité, de cesser l'activité professionnelle ayant permis son adhésion à la MGEN.

1.1. Participant fonctionnaire

Le membre participant fonctionnaire a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité.

1.2. Participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de moins de 60 ans

Le membre participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de moins de 60 ans a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

1.3. Participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de plus de 60 ans

Le membre participant stagiaire ou non fonctionnaire âgé de plus de 60 ans a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'inaptitude au travail.

2 - Garantie

2.1. Niveau de garantie

Suite à cessation, pour cause d'invalidité, de l'activité professionnelle justifiant son adhésion à la MGEN, les allocations d'invalidité complètent les revenus du membre participant à hauteur du niveau de garantie, égal à 50 % du traitement indiciaire brut (TIB) afférent à l'échelon le plus élevé de l'emploi et grade dont il relève (lorsqu'une grille tarifaire existe).

Le niveau de garantie est au minimum égal :

- à 50 % du TIB à la date de mise en invalidité,
- au montant de la Base de Référence Garantie (BRG*).

2.2. Montant de la prestation

Le montant versé est calculé de la manière suivante : niveau de garantie sous déduction des ressources.

On entend par ressources les seuls revenus imposables issus des pensions résultant du travail du membre participant ; les revenus issus d'une épargne personnelle volontaire, les pensions de réversion, pensions alimentaires, revenus fonciers ne sont pas pris en compte.

Le montant annuel de la prestation est égal :

- au minimum à 1/30^e de la BRG*,
- au maximum au montant total de la BRG*.

Cas d'une carrière incomplète :

- lorsque le membre participant a débuté son activité professionnelle, ayant permis son adhésion auprès de la MGEN, après l'âge de 35 ans,

et/ou

- lorsque le membre participant, pour convenance personnelle, a eu des périodes d'activités à temps partiel ou des congés, qui ont entraîné un écart d'au moins 3 ans entre l'ancienneté réelle (prise en compte à la date de retraite pour invalidité) et l'ancienneté maximum qu'il aurait pu acquérir à cette date.

*BRG : Pour l'année 2009, le montant de la BRG est de 9959 euros.

Dans ces deux cas, le montant de la prestation est au maximum égal au montant de la pension que le membre participant aurait perçu en ayant exercé son activité jusqu'à l'âge limite applicable pour sa catégorie professionnelle.

3 - Modalités de versement de la prestation

La prestation est attribuée pour une année civile. Son règlement est effectué mensuellement.

3.1. suspension

Le versement de la prestation est suspendu :

- en cas de séjour, pendant une année civile complète, dans un établissement de soins avec prise en charge des frais de séjour par la Sécurité sociale,
- ou en cas de reclassement en invalidité 1^{re} catégorie.

3.2. suppression

Le versement de la prestation est supprimé :

- lorsque l'intéressé redevient capable d'occuper un emploi rémunéré,
- ou au premier jour du mois qui suit le décès,
- ou dès que les revenus pris en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieurs à la garantie MGEN.

Chapitre 7

Corem - Garanties additionnelles

Article 25 - Complément retraite mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre l'Union Mutualiste Education Retraite (UMER), dont la MGEN est membre, et l'Union Mutualiste Retraite (UMR) :

- le membre participant,
- et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s),

peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime Corem qui a pour objet le service d'un complément retraite par points.

Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique. Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

Article 26 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérent au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas d'invalidité de celui-ci, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement

Article 27 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie. Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire MGEN ayant adhéré au régime Corem.

Chapitre 8

Soutien social et financier

Article 28 - Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

1 - Une aide exceptionnelle pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, infirmité ou décès, jusqu'à concurrence de 610 euros.

2 - Un prêt social, jusqu'à concurrence de 1 300 euros, pour les mêmes raisons, sans intérêt et sans frais. Il est remboursable dans un délai maximum de deux ans selon un échéancier personnalisé.

3 - Une avance spéciale lorsque sa situation administrative n'a pu être régularisée notamment pour raison de maladie, en attente d'un paiement de son administration.

Cette avance, sans intérêt, est plafonnée à 80 % de la somme attendue. Elle est remboursable en une seule fois, dès régularisation de la situation administrative.

4 - Un prêt service, à taux bonifié, d'une durée de 12 à 60 mois, accordé par la Casden Banque Populaire, pour faire face à une situation grave, imprévisible et exceptionnelle. Il n'est pas cumulable avec le prêt social. Le montant de ce prêt peut varier de 1 500 euros à 7 500 euros. Il est limité à 2 500 euros à partir de 70 ans. Ce prêt est remboursable par mensualité d'au moins 50 euros.

5 - Un prêt installation MGEN, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt assuré par la Casden bonifié par la MGEN et la Casden). Le montant de ce prêt peut varier de 800 à 2 000 euros.

Ce prêt est remboursable en 24 mensualités maximum.

Le membre participant doit :

- formuler sa demande de prêt par écrit,
- et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

Les aides exceptionnelles, les prêts sociaux et les avances spéciales sont pris sur une dotation que détermine annuellement l'assemblée générale. Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale.

Les allocations prévues à cet article ne sont pas renouvelables.

Chapitre 9

Décès

Article 29 - Prestation pour frais funéraires

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire en remboursement des frais funéraires.

Article 30 - Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

1° Prestation invalidité décès

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

2° Contrat facultatif décès ou perte totale et irréversible d'autonomie

Peuvent adhérer au contrat collectif facultatif souscrit par MGEN auprès de MGEN Vie les membres participants avant 65 ans (veille du 66^e anniversaire).

Ce contrat a pour objet de garantir à l'adhérent, le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

Il donne lieu à versement d'une cotisation spécifique. Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises au contractant lors de la souscription.

Article 31 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

Le membre participant MGEN et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s) peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par la MGEN auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :

- la couverture des frais d'obsèques,
- l'assistance (assistance administrative, matérielle, soutien psychologique...).

L'adhésion à ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises à l'adhérent lors de la souscription.

Article 32 - Orphelinat

Cette allocation est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale. Elle est destinée à contribuer à l'entretien et à l'éducation des bénéficiaires enfants ou bénéficiaires enfants étudiants.

Chapitre 10

Contrat collectif facultatif prévoyance conjoint

Article 33

Le membre bénéficiaire conjoint de la MGEN a la faculté d'adhérer jusqu'à la veille de son 61^e anniversaire, au contrat collectif facultatif prévoyance conjoint souscrit par la MGEN auprès de MGEN Vie et MGEN Filia en vue de bénéficier :

- d'une garantie décès (versement d'un capital en cas de décès ou de PTIA),

à laquelle il peut adjoindre s'il est salarié de droit privé, avant la veille de son 56^e anniversaire :

- une garantie incapacité de travail (versement d'indemnités journalières forfaitaires),
- une garantie invalidité (versement d'une rente d'invalidité).

Ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises au contractant lors de la souscription.

Titre 3

Réalisations sanitaires et sociales

Article 34 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale assure l'administration et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Action sanitaire et sociale.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale bénéficient, par priorité, des soins et services dispensés par ces établissements.

Article 35 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN Centres de santé

MGEN Centres de santé assure l'administration et la gestion de centres de santé et d'optique. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Centres de santé.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé peuvent bénéficier des soins et services qui y sont dispensés.

Titre 4

Cotisations et compléments

Article 36 - Cotisations

I. Actifs

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire ou de la rémunération bruts, l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités. Ce taux est adapté pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

II. Retraités

1° - La cotisation est fixée en pourcentage du montant brut de la pension personnelle du membre participant ou, à défaut, s'il relève de l'article 10-II-B des statuts, de la pension de réversion dont il est titulaire. Ce taux est adapté pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

2° - Le retraité percevant plusieurs pensions personnelles cotise sur la ou les seules pensions acquises au titre d'une ou plusieurs activités ouvrant droit à adhésion.

Le retraité cotisant au titre d'une ou plusieurs pensions personnelles ne cotise pas au titre d'une éventuelle pension de réversion.

L'assiette de cotisation comprend :

- pour les fonctionnaires, la pension personnelle servie par l'administration et la retraite complémentaire obligatoire (retraite additionnelle de la fonction publique instituée par la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites) acquise au titre de l'activité ouvrant droit à l'adhésion,
- pour les autres retraités, la totalité de la pension du régime général et la ou les retraites complémentaires obligatoires (Ircantec ou autres) acquises au titre de l'activité ouvrant droit à adhésion.

3° - Le montant de la cotisation des membres participants retraités âgés de plus de 65 ans qui antérieurement au 1^{er} janvier 1986, soit avaient refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre, est identique au montant de la cotisation appelé auprès des membres participants retraités, mais minoré de la part de cotisation affectée à la souscription du contrat PID.

III. Maintenus

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire brut ou de la rémunération brute, l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités. Le traitement indiciaire (ou la rémunération) servant de base au calcul de la cotisation est le traitement moyen (ou la rémunération moyenne) des douze mois précédant le début de la cessation temporaire d'activité ayant donné lieu à la situation de maintien.

Article 37 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 33-1 du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile. Toutefois, s'agissant du bénéficiaire enfant étudiant, le complément de cotisation couvre une année universitaire (1^{er} octobre au 30 septembre).

Ce complément est calculé au prorata, en fonction des mois entiers de la période de couverture.

Il concerne :

1. Le bénéficiaire conjoint

Le complément est dû pour le bénéficiaire conjoint relevant de l'article 11-I des statuts.

2. Le bénéficiaire enfant

Le complément est dû pour chaque bénéficiaire enfant relevant de l'article 11-II des statuts. Il n'est pas dû à compter du 4^e enfant couvert.

3. Le bénéficiaire enfant étudiant

Le complément est dû pour chaque enfant étudiant relevant de l'article 11-III des statuts. Il n'est pas dû à compter du 4^e enfant couvert.

Règlement mutualiste 3

Garanties des membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères

Indemnité pour Perte de Traitement (IPT)
et Invalidité Permanente et Absolue (IPA)

Ce règlement est accessible sur le site internet
www.mutuelle-mae.fr



Annexes aux règlements mutualistes MGEN

- **Tableaux des cotisations - Membres participants**
- **Tableaux des compléments de cotisations - Membres bénéficiaires**
- **Santé**
- **Hospitalisation**
- **Optique**
- **Prestations SEM**
- **Santé offre Jeunes**
- **Notice d'information - Conditions générales du contrat caution locative**
- **Notice d'information - Caution acquisition MGEN**
- **Notice d'information - Garantie invalidité supplémentaire au régime Corem**

Tableaux des cotisations - Membres participants

Sections départementales

| Catégories | | Cotisation ^{(1) (2)} calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s) | Cotisation plancher annuelle | Cotisation plafond annuelle |
|--|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| Actif | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | 2,8 % | 389 € | 1 444 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | 80 % de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans | 311 € | 1 155 € |
| Retraité | | 3,35 % | 458 € | 1 444 € |
| Maintenu | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | Cotisation équivalente à la cotisation mensuelle moyenne acquittée en qualité de MP actif les 12 mois précédant la cessation temporaire d'activité ayant donné lieu à maintien. | 389 € | 649 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | | 311 € | |
| Bénéficiaire de la CMU | | 1,12 % | 131 € | 577 € |
| Veuf(ve) | | Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel | | |
| | | 597 € | | |
| IUFM 1 ^{re} année Pour une couverture du 1/09/09 au 30/09/2010 | | 191 € | | |
| Orphelin (défini à l'article 20 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite | | | | |
| Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans | | 78 € | | |
| Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans | | 219 € | | |

Section extra métropolitaine

| Catégories Groupe S1, S2 | | Cotisation ^{(1) (2)} calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s) | Cotisation plancher annuelle | Cotisation plafond annuelle |
|--|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| Actif | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | 3,36 % | 466 € | 1 732 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | 80 % de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans | 373 € | 1 386 € |
| Retraité | | 3,36 % | 466 € | 1 732 € |
| Veuf(ve) | | 3,13 % | 434 € | 1 613 € |
| Maintenu | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | Cotisation équivalente à la cotisation mensuelle moyenne acquittée en qualité de MP actif les 12 mois précédant la cessation temporaire d'activité ayant donné lieu à maintien. | 466 € | 778 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | | 373 € | |
| Orphelin (défini à l'article 20 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite | | Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel | | |
| Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans | | 87 € | | |
| Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans | | 240 € | | |

| Catégories Groupe M1, S3 | | Cotisation ^{(1) (2)} calculée sur : • traitement indiciaire brut + primes et indemnités, • montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s) | Cotisation plancher annuelle | Cotisation plafond annuelle |
|--|--|--|------------------------------|-----------------------------|
| Actif | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | 5,60 % | 777 € | 2 887 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | 80 % de la cotisation annuelle du MP Actif à partir de 30 ans | 622 € | 2 310 € |
| Retraité | | 5,60 % | 777 € | 2 887 € |
| Veuf(ve) | | 5,37 % | 745 € | 2 768 € |
| Maintenu | À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) | Cotisation équivalente à la cotisation mensuelle moyenne acquittée en qualité de MP actif les 12 mois précédant la cessation temporaire d'activité ayant donné lieu à maintien. | 777 € | 1 297 € |
| | Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) | | 622 € | |
| Orphelin (défini à l'article 20 des statuts) dont le salaire est inférieur au salaire mensuel d'appoint limite | | Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel | | |
| Agé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans | | 144 € | | |
| Agé d'au moins 18 ans et de moins de 28 ans | | 405 € | | |

(1) La cotisation globale nette de la taxe sur les conventions d'assurance, est répartie entre les différentes mutuelles auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :

- 85,41 % affectés à la MGEN, 4,98 % des cotisations des membres participants actifs et maintenus sont affectés à la prestation « allocation d'invalidité »
- 2,90 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale,
- 0,72 % affectés à MGEN Centres de santé,
- 0,93 % affectés à MGEN Filia, dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile »,
- 10,04 % affectés à MGEN Vie, dont 4,31 % de la cotisation sont affectés à la prestation « naissance ».

Cette répartition de la cotisation globale sera révisée, à effet du 1^{er} janvier 2010, par le conseil d'administration de janvier 2010. La nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

(2) Le montant des cotisations est arrondi :

- à l'euro le plus proche en cas de prélèvement sur compte bancaire ou de paiement par chèque,
- au centime d'euro le plus proche en cas de précompte.

Les taux ou montants de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif de crédit d'impôt mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Tableaux des compléments de cotisations Membres bénéficiaires

Sections départementales

| Catégories | Complément de cotisation annuel |
|--|--|
| Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* • d'un membre participant retraité | 65 % de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾ |
| Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant maintenu • d'un membre participant bénéficiaire de la CMU | 65 % de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾ |
| Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant IUFM 1 ^{re} année | 215 € |
| Bénéficiaire enfant étudiant Du 1/10/2009 au 30/09/2010 | 219 € dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ^{(2) (3)} |
| Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite [SMAL]) Relevant du groupe Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite | 219 € ⁽³⁾ |
| Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel Bénéficiaire enfant bénéficiaire de la CMU | 78 € ⁽³⁾ |

Section extra métropolitaine

| Catégories Groupe S1, S2 | Complément de cotisation annuel |
|--|--|
| Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif* À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) • d'un membre participant retraité | 577 € 462 € 577 € |
| Bénéficiaire enfant étudiant | Du 1/10/2009 au 30/09/2010, 240 € dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ^{(2) (3)} |
| Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite [SMAL]) Relevant du groupe Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite | 240 € ⁽³⁾ |
| Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel | 87 € ⁽³⁾ |

| Catégories Groupe M1, S3 | Complément de cotisation annuel |
|---|--|
| Bénéficiaire conjoint • d'un membre participant actif À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire) Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire) • d'un membre participant retraité | 961 € 769 € 961 € |
| Bénéficiaire enfant étudiant | Du 1/10/2009 au 30/09/2010, 240 € dont 154 € affectés au contrat collectif MGEN-LMDE ^{(2) (3)} |
| Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans - jusqu'à 28 ans avec des ressources inférieures au Salaire Mensuel d'Appoint Limite [SMAL]) Relevant du groupe Handicap ou Soins coûteux durables avec des ressources inférieures à 165 % du Salaire Mensuel d'Appoint Limite | 405 € ⁽³⁾ |
| Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) • ayant droit Sécurité sociale du membre participant • assuré social à titre personnel | 144 € ⁽³⁾ |

(1) Dans la limite d'un plancher égal à 65 % de la cotisation plancher du membre participant et d'un plafond égal à 65 % de la cotisation plafond du membre participant. Le montant annuel des compléments de cotisation plancher et plafond est arrondi à l'euro le plus proche.

(2) Le complément de cotisation des Bénéficiaires Enfants Etudiants résultant pour partie de la cotisation fixée par la LMDE, l'assemblée générale MGEN de juillet 2010 prendra connaissance de cette dernière, et fixera le montant pour la période du 01/10/2010 au 30/09/2011. Les mutualistes en seront informés par l'appel de cotisation et/ou la revue nationale d'information.

(3) Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des enfants bénéficiaires à partir du 4^e enfant couvert.

* **Membre participant actif travaillant à temps partiel** : le complément de cotisation conjoint est calculé sur la totalité du traitement que le membre participant percevrait à temps plein.

Les taux ou montants de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif de crédit d'impôt mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Santé

| Nature des frais | Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits |
|--|--|
| 1. Honoraires médicaux 1.1. Règle générale • honoraire des médecins, sages-femmes..... • honoraire des auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes..... 1.2. Assuré exonéré du ticket modérateur 1.3. Assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité 1.4. Actes techniques réalisés dans le parcours de soins par des médecins ayant signé l'option de coordination* | 30 % 40 % néant 20 % 45 % |
| 2. Analyses - Actes de laboratoire • règle générale..... • assuré exonéré du ticket modérateur..... • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 40 % néant 20 % |
| 3. Accessoires et pansements - Petit appareillage et orthopédie • règle générale..... • assuré exonéré du ticket modérateur..... • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 35 % néant 20 % |
| 4. Pharmacie • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %..... • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 %..... • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %..... • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 100 %..... • médicaments remboursés à 80 % par la Sécurité sociale aux bénéficiaires du fonds spécial d'invalidité..... • spécialités pharmaceutiques irremplaçables remboursées à 100 % par la Sécurité sociale..... | néant 60 % 35 % néant 20 % néant |
| 5. Forfait contraception (contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée. Demande de remboursement appréciée à la date de prescription | Dans la limite de 40 € par personne et par année civile |
| 6. Ostéopathie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2 | 22,50 € par séance dans la limite de 2 séances par an |
| 7. Soins externes (mutualiste non exonéré du ticket modérateur) En hôpitaux publics, centres médicaux ou dentaires mutualistes, centres créés et gérés par des collectivités locales ou la Sécurité sociale • honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes..... • honoraires des auxiliaires médicaux, analyses..... • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %..... • médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 %..... • produits radio-actifs..... | 30 % 40 % 35 % 65 % 35 % |
| 8 Participation forfaitaire visée par l'article R 322-8 du Code de la Sécurité sociale | 18 € |
| 9. Frais de transport • règle générale..... • assuré exonéré du ticket modérateur..... • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 35 % néant néant |
| 10. Cures thermales • frais de surveillance médicale..... • pratiques médicales complémentaires..... • frais de traitement en établissement thermal..... • frais d'hébergement..... Frais de transport • prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 65 %..... • prestation supplémentaire Sécurité sociale accordée à 100 %..... | 30 % 30 % 35 % du forfait thermal 50 % du forfait de la Sécurité sociale 35 % néant |
| 11. Optique (sur prescription médicale) La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier • prestations hors réseau agréé • prestations dans le réseau agréé Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. | Voir annexe optique |
| 12. Psychothérapie Selon les conditions définies à l'article 4 du règlement mutualiste 2 | 8 € par séance dans la limite de 150 séances |
| 13. Amniocentèse Selon les conditions définies à l'article 6 du règlement mutualiste 2 | Aide financière d'un montant maximum de 183 € par amniocentésée |

* Conformément à l'arrêté du 3 février 2005, publié au journal officiel du 11 février 2005, portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

| Nature des frais | Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits |
|--|---|
| 14. Dentaire | |
| 14.1. Soins (remboursables par la Sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels) | |
| • règle générale..... | 30 % |
| • assuré exonéré du ticket modérateur..... | néant |
| • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 20 % |
| Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale | |
| • règle générale..... | 80 % |
| • assuré exonéré du ticket modérateur..... | 50 % |
| • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 70 % |
| 14.2. Prothèses dentaires amovibles | |
| 14.2.1. Définitives | |
| • Résine ou matière plastique | |
| - de 1 à 7 dents..... | 122 € |
| - de 8 à 13 dents..... | 199 € |
| - 14 dents..... | 229 € |
| • Métallique ou plaque base métal (PBM) ou stellite | |
| - de 1 à 7 dents..... | 206 € |
| - de 8 à 13 dents..... | 290 € |
| - 14 dents..... | 336 € |
| 14.2.2. Provisoires | |
| - de 1 à 7 dents..... | 92 € |
| - de 8 à 14 dents..... | 183 € |
| 14.3. Prothèses dentaires fixes | |
| Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN) | |
| 14.3.1. Définitives | |
| • couronne et/ou pilier de bridge..... | 122 € |
| • intermédiaire de bridge..... | 107 € |
| 14.3.2. Provisoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) | |
| • couronne et/ou pilier de bridge..... | 31 € |
| • intermédiaire de bridge..... | 31 € |
| 14.3.3. Inlay core remboursés par la Sécurité sociale | |
| • règle générale..... | 80 % |
| • assuré exonéré du ticket modérateur..... | 50 % |
| • assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité..... | 70 % |
| Prestation conventionnelle | |
| Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : | |
| - du montant de la prestation conventionnelle, | |
| - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. | |
| Cette disposition s'applique aux prothèses définies aux paragraphes 14.3.1. et 14.3.2., à l'exclusion des intermédiaires de bridge. Se renseigner auprès de la section départementale. | |
| 14.4. Implantologie | |
| 14.4.1. 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)..... | 518 € |
| 14.4.2. 1 couronne définitive sur implant (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)..... | 122 € |
| 14.5. Réparations | |
| 14.5.1. Sur appareil résine..... | 23 € |
| 14.5.2. Sur appareil métallique..... | 46 € |
| 14.5.3. Rebasage..... | 46 € |
| 14.6. Cas particuliers | |
| 14.6.1. Attelle et prothèse de contention..... | 183 € |
| 14.6.2. Traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - Gouttières occlusales..... | 122 € |
| 14.7. Orthodontie | |
| Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN) | |
| 14.7.1. Traitement pris en charge par la Sécurité sociale..... | 50 % |
| 14.7.2. Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale..... | 90 % |
| <i>(après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN)</i> | |
| • finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7 ^e semestre uniquement | |
| • traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum | |
| Prestation conventionnelle | |
| Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie : | |
| - du montant de la prestation conventionnelle, | |
| - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. | |
| Cette disposition s'applique aux traitements définis au paragraphe 14.7. Se renseigner auprès de la section départementale. | |
| 15. Autres prothèses, sur prescription médicale | |
| 15.1. Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature) | |
| • prothèse de première intention..... | 145 € |
| • prothèse définitive..... | 328 € |
| • prothèse de renouvellement avec moulage..... | 412 € |
| • prothèse de renouvellement sans moulage..... | 298 € |
| • prothèse oculaire en verre..... | 130 € |
| 15.2. Prothèses auditives (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) | |
| • mutualiste de moins de 20 ans..... | 641 € par appareil |
| • mutualiste, de 20 ans ou plus, atteint de cécité..... | 641 € par appareil |
| • mutualiste, de 20 ans ou plus, non atteint de cécité..... | 488 € par appareil |
| Forfait annuel pour entretien et réparation..... | 84 € par appareil |
| 15.3. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) | |
| • postiches et perruques..... | 229 € |
| 15.4. Prothèses mammaires externes (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) | |
| • par prothèse..... | 122 € |

Hospitalisation

Maladie - Chirurgie - Maternité

| Nature des frais | Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits |
|--|---|
| Prestation non conventionnelle Quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec la MGEN | |
| 1. Honoraires médicaux 1.1. Ticket modérateur..... 1.2. Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale..... 1.3. Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement..... | 20 % 18 € 30 % |
| 2. Hébergement et frais de séjour 2.1. Règle générale..... 2.2. Assuré exonéré du ticket modérateur..... | 20 % néant |
| 3. Forfait journalier hospitalier 3.1. Séjour dans un établissement psychiatrique..... 3.2. Séjour dans un autre établissement..... | Dans la limite de : 12 € par jour 16 € par jour |
| 4. Chambre particulière selon l'activité (court séjour, psychiatrie, maternité, soins de suite) Se renseigner auprès de la section départementale | Forfait de 16 € à 31 € par jour |
| 5. Frais d'accompagnant Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation, pour l'accompagnant d'un mutualiste : <ul style="list-style-type: none"> • de moins de 14 ans, • ou de plus de 70 ans, • ou en situation de handicap. | 25 € par nuit |
| Prestation conventionnelle Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN, il peut bénéficier : <ul style="list-style-type: none"> - du montant de la prestation conventionnelle, - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Pour les honoraires médicaux, le règlement fédéral d'hospitalisation (RFH) prévoit la prise en charge complète à hauteur des honoraires négociés avec le professionnel de santé. Se renseigner auprès de la section départementale. | |

Optique

| Nature des frais (sur prescription médicale) | Prestations avant 18 ans | | Codification Sécurité sociale | Prestations à partir de 18 ans | | Codification Sécurité sociale |
|---|---|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|
| | Par verre | | | Par verre | | |
| | Prestations hors réseau agréé | Prestations dans le réseau agréé* | | Prestations hors réseau agréé | Prestations dans le réseau agréé* | |
| Verre unifocal de faible et moyenne correction <i>sphère de - 6.00 à + 6.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre compris entre 0.25 et 4.00</i> | 18,75 € | 25 € | 2261874 2200393 2283953 | 37,50 € | 50 € | 2203240 2259966 2284527 |
| Verre unifocal de forte correction <i>sphère au-delà de 6.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à 4.00</i> | 30 € | 40 € | 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036 | 63,75 € | 85 € | 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519 |
| Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction <i>sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre</i> | 45 € | 60 € | 2259245 2240671 | 97,50 € | 130 € | 2290396 2227038 |
| Verre progressif ou multifocal de forte correction <i>sphère au-delà de 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de 8.00 en présence d'un cylindre</i> | 52,50 € | 70 € | 2238792 2234239 | 120 € | 160 € | 2245384 2202239 |
| Monture | | | | | | |
| L'unité (1) | 28 € | | | 46 € | | |
| Lentilles cornéennes | | | | | | |
| Prises en charge par la Sécurité sociale | 92 € / an / oeil | | | 92 € / an / oeil | | |
| Non prises en charge par la Sécurité sociale | 54 € / an / oeil | | | 54 € / an / oeil | | |
| Suppléments divers | | | | | | |
| Prisme incorporé, quelle que soit sa puissance | 15 € | | 2287862 | 13 € | | 2247905 |
| Système antiptosis | 28 € | | 2293957 | 28 € | | 2200795 |
| Filtre chromatique ou ultraviolet | 17 € | | 2222408 | 23 € | | |
| Verres iséïconiques | 35 % de la base de remboursement Sécurité sociale | | 2204066 | 35 % de la base de remboursement Sécurité sociale | | 2278219 |
| Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries | 18 € | | 2246716 | 21 € | | 2274109 |
| Filtre d'occlusion partielle, l'unité | 4 € | | 2269025 (2) | Néant | | Néant |
| Prisme souple, l'unité | 12 € | | 2227920 (2) | Néant | | Néant |
| Supplément pour monture de lunettes à coque | 16 € | | 2227908 (2) | Néant | | Néant |

* Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations ci-dessus.

La liste des opticiens agréés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN

(1) A partir de 13 ans : remboursement limité à l'achat d'une monture de lunettes par période de 3 ans (soit l'année de l'achat + 2 années civiles)

(2) Tarifs concernant les enfants avant leur 6^e anniversaire

| Nature des frais (sur prescription médicale) | Prestations Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits |
|---|--|
| Chirurgie réfractive de l'oeil (dont kératotomie) | 365 € / oeil Dans la limite des dépenses engagées. Seules deux participations peuvent être attribuées à la même personne au cours de sa vie. |
| Système à vision télescopique (s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture) | 130 € / oeil |

Prestations SEM

| Nature des frais | Prestation |
|--|---|
| Groupe S1, S2 <i>Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) à la fois en France et à l'étranger</i> | |
| Frais médicaux <i>(en France et à l'étranger)</i> | Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB. |
| Hospitalisation | |
| Hospitalisation en France | Cf. annexe « Hospitalisation » : Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève. |
| Hospitalisation à l'étranger | Complément MGEN : 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger). Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN international ⁽¹⁾ . |
| Groupe S3 <i>Adhérents bénéficiaires d'une couverture sociale de base (CSB) en France et éventuellement à l'étranger</i> | |
| Frais médicaux | |
| Frais médicaux en France | Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB. |
| Frais médicaux à l'étranger | |
| a) Pharmacie | 70 % de la dépense engagée. |
| b) Autres frais médicaux <i>cf. annexe « Santé » points 1 à 3 et 5 à 11</i> | Prestation MGEN majorée correspondant à 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale. |
| Hospitalisation | |
| Hospitalisation en France | Cf. annexe « Hospitalisation » : Application des règlements hospitalisation de la MGEN et de la législation française dont l'adhérent relève. |
| Hospitalisation à l'étranger | <ul style="list-style-type: none"> • Au maximum 150 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger) • Dispense d'avance des frais dans un établissement du réseau MGEN International ⁽¹⁾. |
| Cas particuliers | Sous réserve d'accord préalable |
| Maisons de soins de suite et de réadaptation | 80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger. |
| Maisons d'enfants à caractère sanitaire non spécialisé | 80 % du tarif de la Caisse des Français à l'étranger. |
| Groupe M1 <i>Adhérents bénéficiaires partiellement d'une couverture sociale de base (CSB) : soit en France ; soit à l'étranger</i> | |
| Frais médicaux | |
| Frais médicaux en France | |
| a) Frais médicaux <i>cf. annexe « Santé » points 1 à 15 sauf point 14.7</i> | 80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale + le cas échéant différence entre le tarif MGEN et le tarif de la Sécurité sociale. |
| b) Orthodontie | 100 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale. |
| Frais médicaux à l'étranger | Cf. annexe « Santé » : complément MGEN s'ajoutant à l'intervention de la CSB. |
| Hospitalisation | |
| Hospitalisation en France | Cf. annexe « Hospitalisation » : Application de la législation de la Sécurité sociale française et des règlements hospitaliers de la MGEN. 80 % du tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale. |
| Hospitalisation à l'étranger | Complément MGEN : 70 % ou 50 % d'un prix de journée global (tarif de la Caisse des Français à l'étranger). |

(1) Appel préalable de MGEN International. Dispositions appliquées aux seuls mutualistes gérés par la SEM au premier euro (*bénéficiaires du régime obligatoire de Sécurité sociale français ou du régime volontaire de la Caisse des Français de l'étranger + mutualistes MGEN*).

Santé offre jeunes

Prestations bénéficiaires enfants étudiants (du 01/10/2009 au 30/09/2010)
Prestations bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans (à partir du 01/01/2010)

| Nature des frais | Prestations | |
|---|---|---|
| | Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité ou forfaits | |
| | Prestations* servies pour les bénéficiaires enfants étudiants issues du contrat collectif (MGEN-LMDE) souscrit par la MGEN auprès de la LMDE ⁽¹⁾ | Prestations servies pour les bénéficiaires enfants de 18 ans à 28 ans, selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN |
| Médecin traitant, médecin correspondant, médecin d'accès direct | | 30 % |
| Autre médecin (hors parcours de soins) | | 30 % |
| Pharmacie (y compris stérilet et implant contraceptif) | Vignette bleue Vignette blanche | 65 % 60 % |
| Hospitalisation médicale ou chirurgicale** | | 35 % |
| Transport** | | 20 % à 0 % |
| Soins externes dans un établissement public hospitalier** | | 35 % |
| Forfait journalier hospitalier psychiatrie** | | 40 % à 0 % |
| Autre forfait journalier hospitalier** | | 12 € |
| Soins dans établissements conventionnés à 100 % avec la LMDE | | 16 € |
| Chirurgie sans hospitalisation | 40 % à 0 % | Néant |
| IVG hospitalière (médicamenteuse ou instrumentale) | | 30 % à 0 % |
| IVG médicamenteuse en ville | | 20 % |
| Laboratoire | | 30 % |
| Auxiliaires médicaux | | 40 % |
| Orthopédie / Prothèse** | | 40 % |
| Optique** | | 35 % à 0 % |
| Soins dentaires** | | 35 % |
| Prothèse dentaire | | 30 % |
| Consultation annuelle de prévention bucco-dentaire | | 30 % |
| Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale | | 18 € |
| Actes de prévention ⁽⁵⁾ | | Oui |
| Forfait contraception (pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patchs contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) ^{(2) (3)} | | 55 € / an (13,75 € / trimestre) |
| Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain) ^{(2) (4)} | | 10 € / an |
| Forfait test de grossesse ^{(2) (4)} | | 10 € / an |
| Forfait préservatifs féminins et masculins ^{(2) (4)} | | 25 € / an |
| Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale ^{(2) (3)} | | 90 € / an |
| Forfait arrêt tabac ^{(2) (3)} (substituts nicotiniques) | | 90 € (2 forfaits de 45 € par an) |
| Forfait diététique ⁽⁶⁾ | | 15 € x 3 / an |
| Protections auditives (jetables, réutilisables ou moulées) ^{(2) (4)} | | 10 € / an |
| Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ^{(2) (3)} | | 15 € / an |
| Forfait psychothérapie (5 consultations / an) ⁽⁷⁾ | | 16 € / consultation |
| Forfait ostéopathie ⁽⁸⁾ | | 20 € x 2 / an |
| Mutexam | Oui | Néant |
| Allocation mutualiste de solidarité | Oui | |
| Fonds d'aide à la compensation du handicap | Oui | |
| Soins consécutifs à un accident garanti | 365 % à 300 % | |
| Etudiants salariés - Indemnité journalière hospitalière ⁽⁹⁾ | 15 € / jour | |

** Voir complément MGEN page suivante

Nature des frais

Selon les modalités d'application prévues au règlement mutualiste 2 MGEN

Prestations

Sur le tarif conventionnel, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits Prestations servies par la MGEN pour les BEE (à titre dérogatoire pour l'année universitaire en cours) et pour les BE non étudiants

Optique

- monture, l'unité,
- verres,
- lentilles Prises en charge par la Sécurité sociale
Non prises en charge par la Sécurité sociale

Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres, les suppléments divers et les lentilles cornéennes dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Voir annexe Optique MGEN
(montants indiqués sous déduction
du ticket modérateur)

Dentaire**■ Soins dentaires inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale**

- règle générale,
- assuré exonéré du ticket modérateur,
- assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité.

■ Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale**• Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné) :

- règle générale,
- assuré exonéré du ticket modérateur,
- assuré bénéficiaire du fonds spécial d'invalidité.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un praticien conventionné avec la MGEN, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Ces dispositions s'appliquent aux prothèses dentaires fixes (définies aux paragraphes 14.3.1 et 14.3.2 de l'annexe Santé) à l'exclusion des intermédiaires de bridge. Se renseigner auprès de la section.

(montants indiqués sous déduction
du ticket modérateur)

80 %

50 %

70 %

(montants indiqués sous déduction
du ticket modérateur)

80 %

50 %

70 %

■ Orthodontie**• Prestation non conventionnelle** (quand le mutualiste n'a pas recours à un praticien conventionné avec la MGEN) :

Traitement pris en charge par la Sécurité sociale,

Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste conseil de la MGEN),

- finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7^e semestre uniquement,
- traitement actif commencé après 16 ans : 4 semestres maximum.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Ces dispositions s'appliquent aux traitements définis au paragraphe 14.7 de l'annexe Santé. Se renseigner auprès de la section.

50 %

90 %

Prothèse auditive (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

- Atteint de cécité ou moins de 20 ans
- Autres cas

641 € - TM par appareil

488 € - TM par appareil

Hospitalisation (maladie, chirurgie, maternité)**• Prestation non conventionnelle**

Chambre particulière. Se renseigner auprès de la section.

• Prestation conventionnelle

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné MGEN, il bénéficie :

- du montant de la prestation conventionnelle,
- de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Se renseigner auprès de la section.

Forfait de 16 € à 31 € / jour selon
l'activité (court séjour, psychiatrie,
maternité, soins de suite)

Amniocentèse

Dans la limite de 183 €

(*) Les taux de remboursement de la mutuelle s'appliquent sur les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur à la date de l'assemblée générale de La Mutuelle des Etudiants du 16 mai 2009. Sauf décision contraire de l'assemblée générale, la modification des taux de remboursement ou des tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale est sans incidence sur les prestations mutualistes.

(1) Les prestations comprises dans le contrat collectif MGEN-LMDE sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et aux textes d'application R. 871-1 et R. 871-2. Elles prévoient notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Elles ne couvrent notamment pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L.322-2 du Code précité. La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

(2) Pour les BEE, remboursement forfaitaire fractionné par année universitaire et par personne, dans la limite des sommes déboursées. Pour les garanties infra-annuelles, le montant du forfait est modulé en fonction de la durée de la garantie souscrite.

(3) Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée. Pour le forfait «arrêt tabac», remboursement également sur présentation d'un décompte de Sécurité sociale. Pour le forfait médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste. La facture est établie obligatoirement par une pharmacie d'officine.

(4) Remboursement sur présentation d'une facture nominative acquittée. Pour les préservatifs féminins et masculins, la facture est établie obligatoirement par une officine de pharmacie. Pour les protections auditives (moules, jetables ou réutilisables) la catégorie de ces protections doit être mentionnée sur la facture acquittée.

(5) Selon les dispositions de l'arrêté du 08 juin 2006, les actes de prévention comprennent : vaccins, rappels remboursés par la Sécurité sociale, détartrage annuel dentaire.

(6) Forfait de 15 € par consultation dans la limite de 3 consultations par an réalisées par un diététicien. Remboursement sur présentation d'une facture acquittée.

(7) Forfait de 16 € par consultation dans la limite de 5 consultations par an, réalisées par un psychologue clinicien.

(8) Forfait de 20 € par consultation dans la limite de 2 consultations par an. Versement sur présentation d'une facture acquittée. Pour les BEE, consultation à réaliser par un professionnel de santé entrant dans le champ de la convention LMDE/GIM (Groupe initiatives mutuelles).

(9) À compter du 4^e jour consécutif (de la même hospitalisation occasionnée par une maladie, accident ou opération chirurgicale), dans la limite de 30 jours par année universitaire.

Prestations de la couverture internationale MGEN

La couverture internationale incluse dans l'offre Jeunes MGEN comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenu à l'étranger. *Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :*

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

La garantie frais médicaux

| Nature des frais | Montant des prestations santé |
|--|--|
| <p>SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique</p> | <p>Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de la CSB et dans la limite de la dépense engagée. Prise en charge des soins externes (hors dentaires et équipements optiques) dans la limite des frais engagés et d'un plafond annuel de 23 000 €. Pour toute prestation, la MGEN demandera le remboursement de la part prise en charge par le régime obligatoire.</p> <p>1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE</p> <p>Prise en charge de 100 % de la facture présentée (après négociation dans le réseau par TCS, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. TCS règle la totalité de la facture moins la franchise.</p> <p>Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 60 US \$, • Consultation spécialiste : 100 US \$, • Consultation aux urgences* : 300 US \$, • Scanner : 300 US \$, • IRM : 300 US \$, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 40 US \$ pour une séance d'une heure. <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE</p> <p>Prise en charge de 100 % de la facture présentée sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p> <p>Franchises aux Brésil, Mexique, Chine et Hong-Kong compris, Japon, Singapour et Confédération Helvétique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 20 € si facture ≥ 75 €, • Consultation spécialiste : 30 € si facture ≥ 100 €, • Consultation aux urgences* : 100 € si facture ≥ 500 €, • Scanner : 100 €, • IRM : 100 €, • Actes de radiologie 20 € si facture ≥ 90 €, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 20 € pour 10 séances. <p>* La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission.</p> <p>3. AUTRES PAYS</p> <p>Prise en charge de 90 % des frais réels dans la limite du plafond. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à la MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p> |
| <p>SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optique</p> | <p>DENTAIRE : Prise en charge par la MGEN uniquement des soins non prévisibles ou suite à accident (soins + prothèses)</p> <ul style="list-style-type: none"> • prothèses suite à accident : prise en charge sur la base du remboursement de la couronne céramo métallique au sein du réseau conventionné MGEN en France (maximum 332 € par prothèse), • soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise. <p>OPTIQUE : Cf. Annexe optique MGEN</p> |
| <p>HOSPITALISATION</p> | <p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB</p> <p>1/ Prestation non conventionnelle (établissement hors du réseau agréé IMA/MGEN international)</p> <p>Une hospitalisation hors du réseau IMA résultant d'un choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence), ne fera pas l'objet d'une prise en charge d'IMA (pas de contrôle médical ni de dispense d'avance de frais). Hors du réseau d'établissements hospitaliers agréés, les adhérents doivent acquitter la totalité de la facture puis se faire rembourser auprès de leur Sécurité sociale ou CSB et auprès de la MGEN au titre de leur complémentaire. Prise en charge à hauteur de 70 % des frais réels dans la limite des frais engagés et d'un plafond de 75 000 € par hospitalisation.</p> <p>2/ Prestation conventionnelle (établissement dans le réseau agréé IMA/MGEN international)</p> <p>Une dispense d'avance des frais d'hospitalisation est accordée à tous les Bénéficiaires de l'offre Jeunes, sous réserve qu'ils contactent au préalable IMA/MGEN international pour une orientation vers un établissement hospitalier agréé IMA/MGEN international. Les bénéficiaires devront alors rembourser la MGEN de la part des frais d'hospitalisation avancée pour le compte de leur régime obligatoire, la MGEN étant subrogée dans leurs droits. Prise en charge à hauteur de 100 % des frais réels dans la limite du plafond de 150 000 € par hospitalisation.</p> |

Couverture internationale supplémentaire facultative

La couverture internationale supplémentaire facultative comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenus à l'étranger. Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la MGEN auprès de IMA, au bénéfice :

- des Bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des Bénéficiaires Enfants Étudiants.

Le Bénéficiaire de l'offre Jeunes MGEN bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuant des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- avoir sa résidence principale à l'étranger et effectuant des séjours d'études et touristiques dans un autre pays que celui de résidence et autre que la France,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB) en France et à l'étranger.

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale supplémentaire facultative intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française.

Elle donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

La garantie frais médicaux

| Nature des frais | Montant des prestations santé |
|--|---|
| SOINS EXTERNES HORS dentaires et équipement optique | <p>Prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p> <p>1. ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p> <p>Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste : 15 US \$, • Consultation spécialiste : 20 US \$, • Consultation aux urgences* : 60 US \$, • Scanner : 60 US \$, • IRM : 60 US \$, • Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 10 US \$ la séance complète. <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG compris, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE et AUTRES PAYS La couverture internationale supplémentaire facultative vient en complément de la couverture comprise de l'offre. Elle intervient à hauteur de 80 % du montant restant à charge, franchise incluse. Plafond total de 123 000 € si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative).</p> |
| SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optique | <p>DENTAIRE Prise en charge de tous les soins et prothèses. Forfait complémentaire de 500 € par an.</p> <hr/> <p>OPTIQUE Forfait complémentaire de 150 € par an (verres, montures, lentilles).</p> |
| HOSPITALISATION | <p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, la MGEN complète la prise en charge de la CSB Hospitalisation hors d'un établissement hospitalier du réseau, résultant du choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de prise en charge possible par IMA, donc pas de contrôle médical ni de paiement de la part d'IMA. Les adhérents doivent effectuer la totalité du paiement à l'établissement, puis se faire rembourser par leur RO*, puis par la MGEN. * RO ou CSB (Couverture sociale de base) : LMDE, autre centre de Sécurité sociale étudiante, CPAM... La demande de remboursement au RO est effectuée dans la cas où la Sécurité sociale de l'adhérent n'est pas gérée par la MGEN. - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire facultative, - plafond total de 125 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (75 000 € en inclusion + 50 000 € dans la couverture internationale supplémentaire facultative). <p>Hospitalisation dans les établissements hospitaliers agréés du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispense d'avance des frais : paiement par IMA de la totalité des frais à l'hôpital sauf les 20 % restant à charge en cas de dépassement éventuel du plafond, - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre Jeunes et dans la limite du plafond prévu dans le complément facultatif, - plafond total de 250 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire facultative (150 000 € en inclusion + 100 000 € dans le complément facultatif). <p>IMA, via ses médecins contrôle le diagnostic, les soins envisagés au regard du diagnostic, négocie le devis des soins, puis effectue le paiement de la facture directement à l'hôpital.</p> |

Notice d'information Contrat d'adhésion collectif annuel MGEN-LMDE

Le contrat est souscrit :

Par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN),

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Registre National des mutuelles sous le numéro 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans - 75748 PARIS CEDEX 15

Auprès de La Mutuelle des Etudiants (LMDE),

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée au Registre National des mutuelles sous le numéro 431 791 672, dont le siège social est situé 37 rue Marceau - 94200 Ivry-Sur-Seine,

Le contrat est régi par le code de la mutualité et les conditions générales définies ci-après :

La LMDE est substituée par MGEN (Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, RNM 775685399, 3, square Max Hymans - 75748 PARIS CEDEX 15) pour la constitution des garanties relevant des branches 1 et 2 pour la délivrance des engagements nés ou à naître de la LMDE, relativement aux risques apportés ou à apporter à l'égard des membres participants de la LMDE et de leurs ayants droit, tels que ces risques sont définis, selon son objet, à l'article 2 de ses statuts et à son règlement mutualiste, sans exception, ni réserve, mais seulement pour ces engagements, à l'exclusion de toute autre gestion et notamment de celle prise par la LMDE dans le cadre de son activité de gestionnaire du régime obligatoire ou de ses activités relevant du livre III du code de la mutualité et exercées à titre accessoire ou de toute autre activité liée à sa propre gestion ou à une gestion pour le compte de tiers.

Si l'agrément accordé à la MGEN lui est retiré, le bulletin d'adhésion sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée à l'adhérent.

L'autorité de contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09 - est chargée du contrôle de la LMDE.

Titre I - Dispositions générales

Article 1 - Objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir aux bénéficiaires enfants étudiants des membres participants de la MGEN, le versement de prestations santé en complément du régime général de Sécurité sociale, des actions de prévention et de promotion de la santé et de la solidarité.

Plus précisément, le présent contrat a pour objet de garantir les bénéficiaires enfants étudiants tels que définis à l'article 3, des risques définis au titre II.

Le terme « bénéficiaire enfant étudiant » désigne la personne bénéficiaire du présent contrat.

Article 2 - Prise d'effet, durée et résiliation du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} octobre 2009 et se poursuit jusqu'au 30 septembre 2010.

Il se renouvelle ensuite, par année universitaire, par tacite reconduction à chaque 1^{er} octobre, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties, au moyen d'une lettre recommandée adressée au moins trois mois avant cette date.

En cas de résiliation, la garantie cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat dans les conditions posées par le code de la mutualité.

Toute modification du présent contrat fera l'objet d'un avenant rédigé dans les mêmes formes.

Article 3 - Composition du groupe assuré Bénéficiaires des prestations

Sont garantis, et ce à titre obligatoire les « bénéficiaires enfants étudiants » tels que définis par les statuts de la MGEN, qui prévoit la possibilité pour le membre participant MGEN d'étendre la couverture à son enfant étudiant et lui faire acquérir ainsi la qualité de bénéficiaire enfant étudiant si ce dernier répond aux conditions suivantes :

- avoir 16 ans à la date du 1^{er} octobre de l'année universitaire en cours
- avoir la qualité d'étudiant.

Article 4 - Prise d'effet et durée de l'adhésion de la garantie

L'adhésion et la garantie prennent effet à la date à laquelle l'enfant du membre participant MGEN acquiert la qualité de bénéficiaire enfant étudiant au regard des critères définis par l'article 3, ou à la date à laquelle le contrat collectif prend effet si l'enfant étudiant fait déjà partie du groupe assuré.

L'adhésion et le droit à garantie cessent de produire leurs effets en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- lorsque les conditions de l'article 3 ne sont plus remplies,
- en cas de non paiement du complément de cotisation dans les conditions de l'article L. 221-8-I du code de la Mutualité,
- à la date d'effet de résiliation du contrat dans les conditions de l'article 2,
- décès du bénéficiaire enfant étudiant.

Article 5 - Devis et expertise

Qu'ils soient demandés par la LMDE ou produits spontanément par le béné-

ficiaire enfant étudiant, la LMDE se réserve le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

Article 6 - Prescription

En application de l'article L. 221-11 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Article 7 - Subrogation

Conformément à l'article 29-3 de la loi du 5 juillet 1985, la LMDE est subrogée de plein droit au bénéficiaire enfant étudiant 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 LMDE a exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du bénéficiaire enfant étudiant.

Article 8 - Contrat solidaire et responsable

La cotisation n'est pas fixée en fonction de l'état de santé des assurés.

Le contrat est conforme aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et aux décrets d'application R. 871-1 et R. 871-2. Il prévoit notamment la prise en charge totale de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention prévues sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

Il ne couvre notamment pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées à l'article L. 322-2 du Code précité.

Article 9 - Représentation des bénéficiaires enfants étudiants au sein de La Mutuelle des Etudiants

A la date de leur adhésion, les bénéficiaires enfants étudiants deviennent membres participants de la Mutuelle des Etudiants. Leur représentation dans les instances de la Mutuelle des Etudiants s'exerce dans les conditions prévues aux statuts de la LMDE.

Article 10 - Information des bénéficiaires enfants étudiants

Conformément à l'article L. 221-6 du code de la mutualité, la LMDE établit une notice qui définit les garanties prévues par le présent contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réévaluation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La MGEN est tenue de remettre cette notice à chaque membre participant MGEN. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants MGEN pour leurs bénéficiaires enfants étudiants, la MGEN est également tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la LMDE.

La LMDE est tenue de fournir un extrait de ses statuts et de son règlement mutualiste à chaque bénéficiaire enfant étudiant.

Article 11 - Renseignements

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du présent contrat doivent être formulées auprès de la LMDE.

Article 12 - Informatique et libertés

Les renseignements concernant le bénéficiaire enfant étudiant de la MGEN figurent sur les fichiers de La Mutuelle des Etudiants. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, il peut en demander la communication ou la rectification et s'opposer à toute diffusion en s'adressant à :

La Mutuelle des Etudiants (LMDE)
Service Juridique
37, rue Marceau
94200 Ivry-Sur-Seine

Titre II - Prestations garanties

Article 13 - Définition des prestations garanties

Le bénéficiaire enfant étudiant défini à l'article 3 bénéficie, au titre des prestations du présent contrat :

- des prestations complémentaires santé telles que définies à l'article 14 du présent contrat,
- des actions de préventions, de promotion de la santé et de la solidarité,
- et plus généralement de toute action relevant de l'objet social de La Mutuelle des Etudiants tel que défini à l'article 2 de ses statuts.

Article 14 - Prestations garanties

A compter du 1^{er} octobre 2009, les prestations garanties par la LMDE au titre du contrat sont les suivantes :

| | 12 mois | 9 mois | 8 mois | 7 mois | 6 mois | 5 mois | 4 mois | 3 mois |
|---|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Offre jeunes | | | | | | | | |
| Forfait contraception (pilule contraceptive de nouvelles générations, anneau vaginal et patches contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale) (13,75 € par trimestre) | 55 € (4 trim.) | 41,25 € (3 trim.) | 41,25 € (3 trim.) | 41,25 € (3 trim.) | 27,50 € (2 trim.) | 27,50 € (2 trim.) | 27,50 € (2 trim.) | 13,75 € (1 trim.) |
| Vaccins, rappels et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale | 90 € | 67,50 € | 60 € | 52,50 € | 45 € | 37,50 € | 30 € | 22,50 € |
| Forfait Arrêt Tabac (substituts nicotiques ouvrant droit au forfait Sécurité sociale) | 90 € (2 forfaits de 45 €) | 67,50 € (2 forfaits de 33,75 €) | 60 € (2 forfaits de 30 €) | 52,50 € (2 forfaits de 26,25 €) | 45 € (1 forfait de 45 €) | 37,50 € (1 forfait de 37,50 €) | 30 € (1 forfait de 30 €) | 22,50 € (1 forfait de 22,50 €) |
| Forfait préservatifs féminins et préservatifs masculins | 25 € | 18,75 € | 16,50 € | 14,50 € | 12,50 € | 10,50 € | 8,50 € | 6,50 € |
| Forfait protections auditives (moulées, jetables ou réutilisables) | 10 € | 7,50 € | 6,50 € | 6 € | 5 € | 4 € | 3,50 € | 2,50 € |
| Forfait contraception d'urgence (pilule du lendemain) | 10 € | 7,50 € | 6,50 € | 6 € | 5 € | 4 € | 3,50 € | 2,50 € |
| Forfait test de grossesse | 10 € | 7,50 € | 6,50 € | 6 € | 5 € | 4 € | 3,50 € | 2,50 € |
| Forfait médicaments (acnée, allergie) prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale | 15 € | 11,25 € | 10 € | 8,75 € | 7,50 € | 6,25 € | 5 € | 3,75 € |

Article 15 - Risques exclus

Les risques exclus de la garantie visée à l'article 14 sont ceux définis au règlement mutualiste de la LMDE.

Article 16 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire enfant étudiant, après les remboursements de toute nature auxquels il a 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 Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la LMDE ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la LMDE seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la LMDE sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le Bénéficiaire enfant étudiant est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la LMDE ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

Article 17 - Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et dans les départements d'Outre Mer.

Titre III - Cotisation**Article 18 - Montant de la cotisation**

La garantie mentionnée à l'article 14 du présent contrat est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle de 154 € par bénéficiaire.

En cas d'adhésion d'un Bénéficiaire enfant étudiant en cours d'année universitaire, la cotisation est calculée prorata temporis. Tout mois commencé est dû.

Article 19 - Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation peut être révisé annuellement.

Article 20 - Exigibilité et règlement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation due par la MGEN à La Mutuelle des Etudiants, dans les 10 jours de son échéance, et après une mise en demeure par lettre recommandée, le contrat d'adhésion collectif est résilié dans les conditions de l'article L. 221-8 I du code de la Mutualité.

Dans ce cas, La Mutuelle des Etudiants informe chaque membre participant concerné de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée.

Notice d'information Contrat d'assurance pour l'assistance pour la « couverture internationale » des bénéficiaires enfants étudiants et non étudiants de moins de 28 ans, entre IMA assurances et la MGEN

LA MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE
CONVENTION d'ASSISTANCE pour la « COUVERTURE INTERNATIONALE » des
Bénéficiaires Enfants Etudiants et non Etudiants de moins de 28 ans (avec
tiers-payant)

Préambule

La convention d'assistance Internationale est assurée par INTER MUTUELLES ASSISTANCE ASSURANCES, SA au capital de 5 000 000 euros entièrement libéré, régie par le Code des assurances, sise 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au RCS sous le numéro 481.511.632, et mise en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA GIE¹).

¹ Groupement d'Intérêt Economique au capital de 3 750 000 €, dont le siège est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculé au registre de Niort sous le n° 433.240.991.

IMA GIE intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants :

Depuis les Etats-Unis : 1 888 251 0765

Depuis le reste du monde : 00 33 (0)5 49 76 66 77*

* Mayotte : 05 49 76 66 77...

Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel : Evénement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Animaux de compagnie : Les animaux de compagnie sont les animaux domestiques dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée, vivant au domicile du bénéficiaire.

Bagages à main : Les bagages à main qu'IMA GIE peut prendre en charge sont les effets transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 30 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur. Sont assimilés aux bagages à main, et gérés comme tels, les vélos, VTT et autres bicyclettes.

Conjoint : Conjoint de droit : l'époux/épouse, ou le partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité). Par conjoint de fait, il faut entendre le concubin.

Domicile : La demeure légale et officielle d'habitation du souscripteur en France ou à dans le pays de stage ou d'études. Les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence de leurs parents assurés.

Evénement climatique majeur : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.

Frais d'hébergement : Frais de la nuit à l'hôtel, et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

France : Sont assimilés à la France, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et la principauté de Monaco.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier incluant au moins une nuit.

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.

N.B. : Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

Lieu d'études : Localité dans laquelle se trouve le domicile du lieu de stage, d'études, de formation, de recherche d'emploi ou de séjour linguistique.

Proche : Parent du bénéficiaire.

Séjour d'étude : Le séjour d'étude comprend les études, les stages, les formations, les recherches d'emploi et les séjours linguistiques effectués par le bénéficiaire à l'étranger dans le cadre de sa scolarité.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration ou de chirurgie qui justifie d'un équivalent d'hospitalisation de courte durée (anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse).

Soins externes : Toutes les consultations, tous les examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement avec sortie immédiate, les soins dentaires ou optiques, réalisés en cabinet ou à l'hôpital, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique.

1. Domaine d'application

1.1 Bénéficiaires

Tout Bénéficiaire Enfant Etudiant d'un membre participant de la MGEN domicilié :
- en France dans le cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude,

assuré au titre d'une couverture internationale souscrite auprès de la MGEN, nommément désignée audit contrat, et bénéficiant d'une couverture sociale obligatoire en France.

1.2 Déplacements garantis

Les garanties s'appliquent :

- pendant les séjours d'études effectué par le bénéficiaire à l'étranger : études, séjours linguistiques, formation recherche, d'emploi ou stages quelle que soit leur durée,
- et pour tout séjour touristique à l'étranger effectué par le bénéficiaire, pour une durée pouvant aller jusqu'à un an.

1.3 Territorialité

Les garanties d'assistance aux personnes décrites dans la suite de ce document s'appliquent sans franchise kilométrique dans le lieu d'études du bénéficiaire, sauf pour la mise en œuvre des secours primaires qui ne sont pas du ressort de l'assistance, et à l'occasion d'un déplacement touristique à l'étranger, pendant la durée de validité de la couverture internationale de la MGEN.

1.4 Evénements générateurs

Ces garanties s'appliquent à la suite d'événements survenant dans le lieu d'études ou au cours d'un déplacement (voir modalités à l'article 2.3), tels que définis ci-après :

- maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire
- décès ou risque de décès imminent et inéluctable du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires
- vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement
- événement climatique majeur.

1.5 Mise en œuvre des prestations garanties

a) IMA GIE met en œuvre les garanties de la présente convention et assume, pour le compte de la MGEN, la prise en charge des frais y afférents.

b) Les garanties qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.

- La responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étranger, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

- De la même façon, la responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait été préconisés par IMA GIE.

- IMA GIE 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.

- En outre, IMA GIE ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique 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.

- Enfin, IMA GIE 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.

c) Ces garanties sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA GIE ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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

e) Les garanties, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la couverture Internationale MGEN.

1.6 Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée 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 IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

1.7 Prescription

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

1.8 Accès aux données personnelles

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA ASSURANCES.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

2. Frais médicaux

2.1 Orientation médicale hospitalière

IMA GIE est liée par convention avec des établissements hospitaliers à travers le monde.

Ces établissements agréés par IMA GIE ont été sélectionnés en fonction :

- de critères de compétences médicales concernant les plateaux techniques,

- de conditions financières convenues avec IMA GIE afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux patients compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré.

En conséquence, l'appel préalable à IMA GIE est la règle, qu'il émane du bénéficiaire, de toute personne disposée à lui porter aide ou de l'établissement hospitalier agréé par IMA GIE.

2.2 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans le pays de séjour d'études

2.2.1 Hospitalisation et soins ambulatoires

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement agréé par IMA GIE, IMA GIE délivre un accord de prise en charge et procède au règlement des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de la MGEN, dans la limite de 150 000 € par événement médical ou de 250 000 euros en fonction du contrat souscrit auprès de la MGEN.

Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle effectue dans le même temps la garantie des frais médicaux dans ce pays.

Lorsque IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, la MGEN assure directement ses garanties.

2.2.2 Soins externes aux Etats Unis

Pour faciliter l'accès aux soins externes, dans pays reconnu très cher, la MGEN met en place un fond de roulement de 7500 USD à disposition d'Inter Mutuelles Assistance. Celui-ci sera géré, sous leur contrôle, par leur correspondant aux Etats Unis TCS.

TCS met à disposition des étudiants une carte, permettant de recourir au réseau de prestataires médicaux, et faisant mention explicite des franchises inhérentes au contrat souscrit.

Les pièces justificatives originales seront transmises directement à la MGEN SEM par TCS, assorties d'un bordereau récapitulatif permettant de connaître l'état du fond de roulement. Une copie de ce bordereau est transmise en parallèle à Inter Mutuelles Assistance pour assurer le suivi. On convient que la fréquence des envois sera fonction de l'utilisation, et que le fond est abondé dès lors que le plancher de 2 000 USD est atteint.

2.2.3 Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de la MGEN dans les cas suivants :

- Suivi obstétrical** (visites, examens complémentaires...) : pré et post-natal, dans la mesure où ce suivi entre dans le cadre d'un forfait accouchement,
- Chambre particulière** (de catégorie standard) : dès l'instant où elle n'entraîne pas de surévaluation des prestations médicales et/ou hospitalières, et ce, pour une durée maximale de 30 jours,
- Soins pré et postopératoires** : les actes accessoires tels que les consultations pré et postopératoires liées à une pathologie unique dès lors que les praticiens et/ou l'hôpital acceptent la négociation d'un package,
- Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat** : en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA GIE,
- Soins itératifs et onéreux** : sur seul accord exprès de la MGEN.

2.3 Paiement des frais médicaux pour le compte de la MGEN dans un pays autre que celui de séjour d'étude

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans un pays autre que celui de son pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou les soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'événement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

3. Garanties d'assistance

3.1 Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

3.1.1 Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise et prend en charge le transport du patient :

S'il s'agit d'un séjour d'étude :

- vers l'hôpital adapté le plus proche si l'événement survient sur le lieu d'études
- vers l'hôpital de son lieu d'études ou dans un hôpital adapté si l'événement survient lors d'un déplacement
- ou le cas échéant au domicile de son lieu d'études

Si la situation l'exige, notamment dans l'intérêt médical du patient, les médecins d'IMA GIE peuvent décider du transport sanitaire du patient bénéficiaire en France.

S'il s'agit d'un séjour touristique :

- dans un hôpital adapté proche de l'événement,
- au domicile du patient en France ou dans un hôpital adapté proche du domicile.

Pour un patient ayant bénéficié d'un transport sanitaire, IMA GIE peut prendre charge, en cas de nécessité médicalement justifiée, et sur décision des médecins d'IMA GIE, son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.2 Retour dans le lieu d'études

A la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA GIE organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du lieu d'études.

3.1.3 Prolongation du séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins d'IMA GIE alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par IMA GIE à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.1.4 Poursuite du voyage

Si les médecins d'IMA GIE jugent que l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, IMA GIE prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

3.2 Assistance en cas décès

3.2.1 Décès d'un bénéficiaire

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

3.2.2 Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA GIE organise et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3.2.3 Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable
En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement du bénéficiaire en France :

- jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques,
- jusqu'au lieu où se trouve le proche dont le décès est imminent et inéluctable, sur décision des médecins d'IMA GIE,

et le voyage de retour au domicile du lieu d'études.

3.3 Garanties complémentaires

3.3.1 Voyage aller/retour d'un proche

Lorsque, au cours d'un déplacement le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche demeurant dans le lieu d'études et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

De même, si le bénéficiaire réside seul dans ce pays, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche résidant en France et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

Si le blessé ou malade est handicapé, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

3.3.2 Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, de perte ou de destruction de papiers d'identité, de moyens de paiement ou de titres de transport, IMA GIE conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

3.3.3 Bagages à main, animaux de compagnie

A l'occasion du transport sanitaire d'un bénéficiaire, les animaux de compagnie qui l'accompagnent et ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA GIE.

3.3.4 Frais de secours et de recherche

a) Frais de secours

En cas d'accident, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée.

b) Frais de recherche

En cas de disparition d'un bénéficiaire hors de son pays de séjour d'étude, IMA GIE prend en charge à concurrence de 15 000 €, dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagés par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Cette prestation n'est pas applicable dans le cadre de compétitions sportives professionnelles et en France.

3.3.5 Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour d'étude ou de séjour touristique, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. A défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

3.3.6 Événement climatique majeur

a) Attente sur place

Lorsque le bénéficiaire ne peut poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, IMA GIE prend en charge les frais d'hébergement à concurrence de 50 € par nuit, et ce pour une durée de 7 nuits.

b) Retour du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire doit interrompre son séjour hors du pays de séjour d'étude en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, IMA GIE organise et prend en charge son retour au domicile du séjour d'étude.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en œuvre après accord d'IMA GIE et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés.

IMA GIE se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

3.3.7 Frais de télécommunications

Les frais de télécommunications engagés par le bénéficiaire pour joindre IMA GIE à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement sont remboursés par IMA GIE sur justificatifs.

3.4 Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

3.4.1 Avance de fonds

IMA GIE peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire en déplacement une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile.

3.4.2 Frais de justice à l'étranger

IMA GIE avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage. Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile, dans un délai d'un mois.

3.4.3 Caution pénale à l'étranger

IMA GIE effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10 000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à IMA GIE dans un délai d'un mois suivant son versement.

4. Services d'informations

4.1 Conseils médicaux

Des conseils médicaux pour un déplacement à l'étranger pourront être donnés par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

4.2 Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

Notice d'information Conditions générales du contrat caution locative

Lexique

Le **membre participant**, tel que défini par les statuts de la MGEN, est signataire d'un contrat de bail à usage exclusif d'habitation principale. Il est également désigné **locataire**. Le co-signataire du contrat de bail est désigné **co-locataire**.

Le **baillieur** est la personne physique ou morale, propriétaire du bien à usage exclusif d'habitation principale. Le **bail** est le contrat, portant sur le bien loué, conclu entre le baillieur et le(s) locataire(s).

Le **loyer** désigne le prix de la location du bien. Les **charges** locatives, accessoires au loyer, correspondent aux charges et taxes récupérables sur le locataire.

Le terme **impayé** désigne le défaut de paiement du loyer et des charges locatives par le(s) locataire(s) après la date d'exigibilité prévue par le bail.

La **garantie** désigne la caution locative MGEN garantissant les loyers et les charges locatives impayés. La MGEN est nommée le **garant MGEN**.

La **caution solidaire d'une personne physique** garantit le remboursement au garant MGEN, du montant des loyers et charges locatives impayés, réglés au baillieur en lieu et place du (des) locataire(s).

Article 1 - Objet

Le contrat caution locative a pour but de permettre aux jeunes à la recherche d'un logement, de pouvoir présenter une garantie de solvabilité au baillieur.

Le contrat caution locative a pour objet de garantir au baillieur, le paiement des loyers et des charges locatives en cas d'impayés du (des) locataire(s) dans les conditions définies au présent contrat.

Le contrat caution locative est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Le présent contrat conclu entre le garant MGEN, le(s) locataire(s), et le baillieur est composé des présentes conditions générales et des conditions particulières.

Article 2 - Conditions d'accès à la garantie

La garantie est ouverte aux membres participants de la MGEN. Dans le cas où un locataire et un co-locataire sont signataires du bail, chacun d'eux doit être signataire de la demande d'adhésion au contrat caution locative.

Article 3 - Champ d'application de la garantie

Pour pouvoir adhérer au contrat caution locative, le bien loué doit respecter

4.3 Assistance linguistique

Le bénéficiaire en déplacement hors du pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA GIE qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

4.4 Messages urgents

IMA GIE se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA GIE ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

5. Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA GIE :

- les soins externes : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais médicaux engagés en France : ils sont assurés par la MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais d'hébergement en France,
- l'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, les voyages à visée thérapeutique,
- les soins dentaires réalisés en externe, quel que soit leur montant,
- les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,
- les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente,
- Les frais nés de la participation de l'adhérent à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.

les conditions cumulatives suivantes :

- Bien à usage exclusif d'habitation principale. Les locaux accessoires au bien à usage d'habitation principale (tels que garage, cave, parking...) entrent dans le champ d'application de la garantie, à condition qu'ils soient inclus dans le même bail que le bien à usage d'habitation.
- Bien situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la garantie.
- Location ayant donné lieu à la signature d'un contrat de bail rédigé conformément à la législation en vigueur et respectant les dispositions cumulatives suivantes :
 - le montant mensuel initial du loyer et des charges locatives (provisions) mentionné dans le bail ne peut être supérieur à 1000 euros. A compter de l'année 2009, ce montant maximum de 1000 euros sera revu chaque année en fonction de la variation annuelle de l'indice de référence des loyers publié par l'INSEE. Cette révision prendra effet le 1^{er} avril de chaque année, une fois publié l'indice de référence des loyers du 4^e trimestre de l'année N-1 (année précédant celle de la révision),
 - le nombre maximum de locataires signataires du bail est fixé à deux personnes. Dans le cas où deux locataires sont signataires du bail, ce dernier prévoit une clause d'indivisibilité et de solidarité pour toute la durée du bail, laquelle permet au baillieur de réclamer le règlement du loyer et charges locatives indifféremment à l'un ou l'autre des locataires,
 - la durée contractuelle du bail est supérieure ou égale à un an,
 - une clause résolutoire (permettant la résiliation du bail à l'initiative du baillieur) est prévue en cas de défaut de paiement des loyers.

La garantie n'est pas accordée dans le cas d'un bail ayant déjà pris effet (locataires déjà présents dans les lieux au jour de la demande d'adhésion), sauf en cas de renouvellement de la garantie dans les conditions prévues à l'article 4.2.

Article 4 - Prise d'effet et durée de la garantie

4.1. La garantie est accordée pour une durée de 3 ans à compter de la date d'effet du bail, sous réserve de la signature du présent contrat par chacune des parties (le garant MGEN, le(s) locataire(s), le baillieur).

4.2. A l'issue de la durée citée ci-dessus (cf. 4.1), et en cas de reconduction du bail, la garantie est renouvelable, une fois, pour une durée de 3 ans, sous réserve de l'accord exprès du garant MGEN.

En cas de demande de renouvellement de la garantie, le garant MGEN procé-

dera à une nouvelle étude du dossier. Le garant MGEN pourra exiger du bailleur, du (des) locataire(s), toutes pièces justificatives nécessaires à une nouvelle étude du dossier, ainsi que toute garantie (telle la caution solidaire d'une personne physique si nécessaire, mentionnée à l'article 6).

Article 5 - Etendue de la garantie

La garantie est limitée à dix huit mensualités de loyers et charges locatives (révisées annuellement) impayées, sur la durée contractuelle de 3 ans (énoncée à l'article 4.1).

En cas de demande de renouvellement de la garantie dans les conditions énoncées à l'article 4-2, la garantie sera de nouveau limitée à 18 mensualités de loyers et de charges locatives (révisées annuellement) impayées.

Article 6 - Conditions financières d'adhésion à la garantie

Les locataires peuvent adhérer au présent contrat au regard notamment des conditions suivantes :

- Le revenu mensuel* du (des) locataire(s) est égal ou supérieur à deux fois et demie le montant du loyer plus charges locatives mensuels, et un au moins des deux locataires justifie de la qualité de fonctionnaire (titulaire, stagiaire) ou de salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée). Ces deux conditions sont cumulatives.
- La garantie est confortée en cas de besoin par la caution solidaire d'une personne physique. Celle-ci est rendue obligatoire dès lors que :
 - le revenu mensuel* du (des) locataire(s) est compris entre deux et deux fois et demie le montant du loyer plus charges locatives mensuels,

ou

- le(s) locataire(s) est (sont) titulaire(s) d'un contrat de travail à durée déterminée.
- La garantie est refusée si le revenu mensuel* du(des) locataire(s) est inférieur deux fois le montant du loyer plus charges locatives mensuels.

La personne physique qui se porte caution solidaire devra disposer d'un revenu mensuel* égal ou supérieur à deux fois et demie le montant mensuel du loyer et des charges locatives, et présenter les justificatifs suivants :

- une photocopie de la pièce d'identité,
- une photocopie des trois derniers bulletins de salaire (à défaut une attestation de l'employeur précisant le montant du salaire ou du traitement net mensuel),
- pour les fonctionnaires titulaires, l'arrêté de nomination; pour les salariés, une attestation de l'employeur précisant que le salarié est sous contrat à durée indéterminée et que la période d'essai est achevée.

* On entend par revenu mensuel, le traitement ou salaire net mensuel. Sont donc notamment exclus les allocations de toute nature (logement, familiales...), les indemnités de toute nature (chômage...), le revenu minimum d'insertion, les pensions alimentaires...

Article 7 - Démarches à accomplir pour bénéficier de la garantie

Dès réservation de son logement, le(s) locataire(s) constitue(nt) un dossier composé des pièces suivantes :

- La demande d'adhésion ainsi que le présent contrat paraphé et signé, et le cas échéant, l'acte de caution solidaire personne physique, rempli, daté et signé par cette dernière,
- Une photocopie de la pièce d'identité,
- Une photocopie des trois derniers bulletins de salaire (à défaut une attestation de l'employeur précisant le montant du salaire ou du traitement net mensuel),
- L'arrêté de nomination pour les fonctionnaires titulaires ; pour les stagiaires, tout document émanant de l'administration justifiant de cette qualité,
- Pour les salariés (CDI, CDD, agents non titulaires) une attestation de l'employeur précisant si la personne bénéficie :
 - d'un contrat de travail à durée indéterminée, avec indication que la période d'essai est achevée,
 - ou d'un contrat de travail à durée déterminée, avec indication de la date de fin de contrat.
- La proposition datée et signée de l'agence ou bailleur précisant la durée du bail, sa date d'effet, le montant du loyer et des charges locatives mensuels, ainsi que l'adresse du bien loué
- Le relevé d'identité bancaire et une autorisation de prélèvement.

Article 8 - Cotisation

Le montant annuel de la cotisation est fixé en pourcentage du montant annuel du loyer et des charges locatives indiqués dans le bail. Le taux de cotisation est fixé à 2 %.

Dans le cas où une Caution solidaire personne physique est apportée par le(s) locataire(s), le taux de cotisation est réduite 1,50%.

La garantie est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation sur la durée du contrat. Elle est appelée annuellement sur la durée du contrat et payable en une ou plusieurs fois.

Le garant MGEN remet au membre participant un document indiquant notamment le montant de la cotisation et un échéancier de paiement.

En cas de non paiement, le garant MGEN pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse, indifféremment auprès d'un des deux locataires.

Article 9 - Mise en jeu de la garantie

Formalités en cas d'impayés - Obligation du bailleur

En cas d'impayés du (des) locataire(s), le bailleur adresse au(x) locataire(s) un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception, lui (leur) demandant de régulariser les loyers et charges impayés.

Le bailleur adresse au garant MGEN - **Unité de gestion Prestations et Services - Secteur habitat - BP 293 -75921 Paris cedex 19**, une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, indiquant le décompte

détaillé des loyers et des charges locatives impayés au jour de la déclaration. Il y joint la(les) copie(s) des courriers de relance adressés au(x) locataire(s). La mise en demeure doit être adressée dans un délai maximum de deux mois suivant l'impayé, sous peine de forclusion.

Paiement des prestations - obligation du garant MGEN

Le garant MGEN est tenu de payer au bailleur les loyers et charges locatives impayés, dans les 15 jours ouvrés suivant la réception de la mise en demeure et dans les limites fixées à l'article 5.

Recouvrement - obligation des locataires

Suite au règlement effectué par le garant MGEN au bailleur, le garant MGEN dispose d'un recours, fondé sur les articles 2305 et 2306 du Code civil, contre le(s) locataire(s).

A cet effet, le remboursement des sommes versées au bailleur au titre de la garantie sera exigé du (des) locataire(s), selon des modalités définies d'un commun accord entre les parties sans que le plan de remboursement puisse dépasser 24 mois, et le cas échéant de la caution solidaire de la personne physique par tous les moyens de droit.

Article 10 - Risques exclus

Sont notamment exclus de la garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge du garant, les frais liés :

- aux dommages matériels causés au bien loué,
- aux indemnités d'occupation,
- aux accessoires de la dette (intérêts stipulés dans le bail, frais éventuels de procédure amiable ou judiciaire, dommages et intérêts...),
- au non paiement des loyers, lorsque ce non paiement est légitimé ou consécutif à des dispositions d'ordre général prises par une assemblée ou un organisme représentant les locataires, ou par une autorité légale.

Article 11 - Engagements des parties

Engagements du (des) locataire(s)

Le(s) locataire(s) s'engage(nt) :

- à fournir des informations exactes et sincères pour la constitution du dossier de cautionnement. Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat,
- à informer le garant MGEN, sous quinzaine de tout congé donné au bailleur ou reçu de ce dernier,
- solidairement au paiement de la cotisation définie à l'article 8,
- à rembourser au garant MGEN la totalité des sommes que celui-ci serait appelé à verser au bailleur en cas de mise en jeu de la garantie.

Engagements du bailleur

Le bailleur s'engage :

- à remettre au garant MGEN dans un délai maximum de 15 jours suivant la date de signature du présent contrat, une copie du bail, les présentes conditions générales paraphées et les conditions particulières signées. A défaut, la garantie sera caduque,
- à adresser dans les huit jours au garant MGEN une quittance subrogative suite au règlement effectué par cette dernière. A défaut de retour dans les huit jours suivant la date de règlement effectué par la MGEN, le garant se réserve le droit de réclamer au bailleur les sommes que la MGEN lui a versées au titre du (des) loyer(s) et des charges locatives impayés,
- à mettre en jeu la garantie dans le respect des conditions décrites à l'article 9,
- à porter à la connaissance du garant MGEN, dans les formes et délais prévus par la loi, toute procédure judiciaire liée au non paiement des loyers engagée à l'encontre du (des) locataire(s),
- à respecter à l'égard du garant MGEN, les formes et délais prévus par la loi en cas de mise en jeu de la clause résolutoire ayant pour objet la résiliation du bail.

Engagements du garant MGEN

Le garant MGEN s'engage à régler au bailleur le loyer et les charges locatives impayés, dans les conditions définies au présent contrat.

Article 12 - Cessation de la garantie

La garantie cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- terme du présent contrat,
- résiliation, novation du bail,
- cession de bail par le(s) locataire(s) signataire(s) du présent contrat, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat,
- décès ou départ brusque et imprévisible du (des) locataire(s) signataire(s) du présent contrat sans respect du préavis contractuel, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat,
- divorce, séparation de corps ou de fait des époux, sauf si le bail se poursuit au bénéfice d'un locataire déjà adhérent au présent contrat.

Le(s) locataire(s) et le bailleur s'engagent à avertir sans délai le garant MGEN de la survenance de l'un de ces événements.

La garantie locative s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement telles que prévues par la loi.

Article 13 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 14 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

Notice d'information Caution acquisition MGEN

Article 1 - Objet de la garantie

En application du règlement mutualiste 2 MGEN, le contrat de caution acquisition (ci-après désigné la caution) a pour objet de garantir à l'organisme prêteur le remboursement des prêts immobiliers (capital, intérêts, accessoires) contractés par le membre participant de la MGEN (ci-après désigné l'emprunteur).

L'organisme prêteur appelle en garantie la MGEN (ci-après désigné le garant) lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur, adhérents au présent contrat, ne peuvent plus faire face à leur obligation de remboursement. Le garant pourra ensuite exiger de ces derniers le remboursement des sommes versées par tous les moyens de droit.

L'emprunteur doit obligatoirement être membre participant de la MGEN dans les conditions définies par ses statuts, et être fonctionnaire titulaire/stagiaire ou salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée), ou retraité titulaire d'une pension.

La caution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

Article 2 - Champ d'application de la caution

2.1. Opérations immobilières

Seuls les prêts immobiliers destinés au financement d'une acquisition, construction, amélioration de l'habitat ou rachat de prêts immobiliers, d'un bien se rapportant à la liste définie ci-dessous, peuvent être objet de la caution :

- la résidence principale, la résidence secondaire, la résidence de retraite,
- la résidence pour enfant étudiant à charge au sens du Code général des Impôts ou bénéficiaire d'une pension alimentaire apparaissant sur l'avis d'imposition du demandeur. La résidence doit se situer dans la ville ou sa périphérie où l'enfant poursuit ses études,
- la résidence pour enfant en situation de handicap,
- la résidence à usage gracieux pour ascendant au 1^{er} degré, à charge en raison de sa situation financière ou de son état de santé,
- l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de la résidence,
- l'acquisition d'un terrain non constructible rattaché à la résidence principale, permettant d'agrandir l'espace de vie,
- la piscine ou le terrain de tennis rattaché(e) à la résidence principale,
- la résidence acquise auprès d'une Société Civile Immobilière de construction vente à la condition expresse que ladite société soit dissoute dès l'acquisition du bien par le membre participant.

Dans la liste ci-dessus, on entend par « résidence » la maison ou l'appartement à usage d'habitation. Cependant, dans le cas de la résidence principale, est également visée la péniche à usage d'habitation.

Les opérations immobilières destinées à la location même temporaire de la résidence sont exclues du champ d'application de la caution.

Le bien immobilier doit être situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la caution.

2.2. Prêts cautionnables

Le prêt cautionné doit appartenir à l'une des trois catégories définies ci-dessous :

- prêt amortissable à taux fixe ou révisable,
- prêt relais avec différé d'amortissement ou non d'une durée de 2 ans maximum, à condition que l'immeuble offert en garantie ne soit pas déjà grevé de sûretés réelles (hypothèque ou privilège du prêteur de deniers),
- prêt à taux 0 %, sauf si celui-ci est contracté auprès de la Banque Postale.

2.3. Organismes prêteurs

Les organismes prêteurs bénéficiaires de la caution sont les établissements de crédit, avec lesquels le garant a conclu une convention en vigueur au jour de l'étude du dossier, à savoir :

- les Caisses d'Epargne Ecureuil,
- l'Union de Crédit pour le Bâtiment,
- la Casden - Banque Populaire,
- la Banque Postale,
- le Crédit Mutuel Enseignant des départements des Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges.

Article 3 - Prise d'effet et durée de la caution

La caution est accordée à compter de la date d'effet du contrat d'assurance de prêt. Elle est attribuée pour la durée du (des) prêts(s) objet(s) de la caution, dans la limite de 30 ans.

Article 4 - Etendue de la caution

La caution couvre le montant des prêts relatifs à l'opération immobilière, telle que définie à l'article 2.1, dans la limite d'un montant fixé à 550 000 euros.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur demandent à bénéficier d'une nouvelle caution pour une autre opération immobilière, le montant plafond de 550 000 euros sera minoré du montant de capital restant dû au titre des autres opérations immobilières en cours cautionnées par le garant.

Article 5 - Conditions d'attribution de la caution

Pour demander à bénéficier de la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur doivent constituer un dossier composé des éléments demandés par la section départementale. Ils doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

5.1. Conditions d'âge

L'emprunteur et le co-emprunteur doivent être âgés de moins de 69 ans lors de la demande de caution.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur dépasse(nt) l'âge limite de 75 ans en cours de prêt, la caution est refusée, à moins que l'organisme prêteur accepte que l'engagement du garant prenne fin au 75^e anniversaire de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur, et non pas à la fin du prêt.

5.2. Conditions financières

Sont prises en compte dans le cadre de l'analyse financière du dossier, les ressources de l'emprunteur et le cas échéant les ressources du co-emprunteur si ce dernier justifie de la qualité de fonctionnaire titulaire/stagiaire ou de salarié bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée) ou de retraité titulaire d'une pension.

Le garant procède à l'étude financière du dossier au regard notamment des critères financiers suivants :

- les charges de l'emprunteur et du co-emprunteur (5.2.1),
- les ressources de l'emprunteur, et le cas échéant du co-emprunteur (5.2.2),
- le quotient familial (5.2.3),
- l'apport personnel (5.2.4).

5.2.1. Charges

- les remboursements des prêts objet de la caution,
- les remboursements des prêts non objet de la caution, mais liés à l'opération,
- les remboursements des crédits en cours non liés à l'opération cautionnée,
- les pensions et allocations versées par l'emprunteur ou le co-emprunteur (pensions alimentaires, prestations compensatoires, autres pensions...),
- les loyers et charges locatives.

5.2.2. Ressources

- les traitements ou salaires, les pensions de retraite et les indemnités ou primes à caractère récurrent,
- les revenus locatifs pris en compte à hauteur de 75% des revenus issus des biens mis en location,
- les prestations familiales à condition qu'elles soient versées sur toute la durée du prêt.

5.2.3. Quotient familial

Le nombre de personnes au sein du foyer (notamment le nombre d'enfants) est pris en compte dans l'étude financière du dossier.

5.2.4. Apport personnel

Un apport personnel est exigé de la part des emprunteurs dans le cas où le montant des prêts est supérieur à 130 000 euros.

Cet apport personnel ne peut être constitué par un recours à l'emprunt. Son montant, exprimé en pourcentage du coût total de l'opération (frais de notaire et d'agence compris), est fixé à :

- 10 % pour l'acquisition d'un logement ancien sans travaux,
- 15% pour l'acquisition d'un logement ancien avec travaux,
- 20% pour l'acquisition d'un logement neuf.

5.3. Condition d'assurance

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution financière, doivent adhérer pour les prêts objet de la caution au contrat d'assurance collectif souscrit par le garant auprès de CNP assurances, en couverture des risques Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) et Incapacité Totale de Travail (ITT). L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution financière, doivent être obligatoirement assurés chacun à hauteur de 100% des montants cautionnés.

Le cas échéant, après étude des conditions de ressources, le garant pourra demander à l'emprunteur et/ ou au co-emprunteur d'adhérer au contrat chômage souscrit par le garant auprès de CNP Assurances.

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur, bénéficiaire du régime de l'Assedic ou équivalent au sens du Code du travail, devra (devront) obligatoirement souscrire ledit contrat d'assurance chômage si le garant l'exige.

5.4. Conditions matrimoniales

Pour les couples mariés sous le régime de la séparation de biens ou de la participation aux acquêts et pour les concubins, l'achat doit être fait en indivision et la répartition précisée dans le dossier de demande. La caution n'est accordée que si les co-indivisaires sont cautions solidaires réciproques.

Pour les couples mariés sous le régime de la communauté réduite aux acquêts ou de la communauté universelle et pour les couples ayant conclu un PACS, le conjoint doit être co-emprunteur solidaire.

Un membre participant en instance de divorce ne peut bénéficier du cautionnement du garant que s'il est marié sous le régime de la séparation de biens.

5.5. Condition de propriété

Le membre participant doit ou devra être propriétaire au moins à hauteur de 50 % du bien objet de la caution.

5.6. Décision d'attribution de la caution

Après étude du dossier au regard des critères juridiques, administratifs, et financiers, mentionnés dans la présente notice, le garant notifie sa décision d'accord ou de refus au membre participant emprunteur. A cet effet, il s'appuie sur l'étude des documents juridiques et financiers fournis par l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier.

Article 6 - Cotisation

La caution est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation.

Le montant de cette cotisation est calculé en appliquant à chaque tranche de montant emprunté, les taux de cotisation suivants :

- De 0 à 80 000 euros, le montant de la cotisation est de 30 euros intégrant les frais de dossier,
- De 80 000 à 130 000 euros, le taux de cotisation est de 0,10 % (frais de dossier inclus),
- De 130 000 à 550 000 euros, le taux de cotisation est de 0,40 % (frais de dossier inclus).

Exemples :

- pour un prêt de 60 000 euros, le montant de la cotisation s'éleva à 30 euros.
- pour un prêt de 110 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $30 \text{ €} + [(110\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,10\%] = 60 \text{ €}$
- pour un prêt de 500 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $30 \text{ €} + [(130\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,10\%] + [(500\,000 \text{ €} - 130\,000 \text{ €}) \times 0,4\%] = 1\,560 \text{ €}$

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance des prêts (en couverture des risques décès, PTIA, ITT et/ou chômage), autre que le contrat souscrit par le garant auprès de CNP Assurances, le montant de la cotisation sera multiplié par deux.

La caution est payable en une seule fois par prélèvement automatique sur le compte du membre participant au moment de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

En cas de remboursement anticipé du (des) prêt(s), la cotisation n'est pas remboursable.

En cas de non paiement, le garant pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse indifféremment auprès de l'emprunteur ou du co-emprunteur, tenus solidairement.

Article 7 - Mise en jeu de la caution

La caution ne peut être mise en jeu qu'à la condition que le contrat de prêt conclu entre l'organisme prêteur, l'emprunteur et le co-emprunteur soit valablement formé.

Lorsque la caution est actionnée, le garant se substitue à l'emprunteur et au co-emprunteur dans tout ou partie de leurs obligations à l'égard de l'organisme prêteur, dans les conditions et limites définies par la présente notice. Une fois la substitution intervenue, le garant, conformément aux articles 2305 et 2306 du Code civil, dispose d'un recours contre l'emprunteur et le co-emprunteur défaillants pour recouvrer sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Le garant pourra inscrire une hypothèque sur le bien objet du (des) prêt(s) ou sur tout autre bien immobilier, appartenant à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur, ce afin de garantir sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Article 8 - Engagement des parties

8.1. L'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à accepter les dispositions de la présente notice et à fournir des informations exactes et sincères pour la constitution du dossier de cautionnement.

Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat, et supprime l'obtention de la caution pour toute demande ultérieure.

L'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à adresser à l'organisme prêteur les attestations d'engagement de caution du garant et d'assurance de prêts, et s'engagent aussi au paiement de la cotisation dans les conditions définies à l'article 6.

8.2. En cas de rachat partiel anticipé de prêt immobilier, la caution ne peut être accordée qu'après production par le bénéficiaire de la mainlevée des hypothèques grevant le bien objet du (des) prêts cautionné(s) ou d'un état hypothécaire vierge.

8.3. Par la signature de la présente notice, les emprunteurs attestent que :

- le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s) n'est grevé d'aucune sûreté réelle,
- le terrain ou la résidence rattachée à l'opération immobilière objet du (des) prêt(s) cautionné(s) n'est grevé d'aucune sûreté réelle.

L'emprunteur, le co-emprunteur et le co-acquéreur, s'engagent également en cours de prêt à ne pas consentir d'hypothèque au profit de tiers sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s), sans avoir obtenu au préalable l'accord du garant, et à avertir la MGEN en cas d'inscription d'hypothèque judiciaire.

Lors de la demande d'adhésion à la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à renseigner et signer la promesse d'affectation hypothécaire au profit du garant sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s).

Au cours du (des) prêt(s) cautionnés, l'emprunteur et le co-emprunteur s'engagent à inscrire ladite hypothèque à leurs frais et à la première demande du garant dans les cas suivants :

- non paiement de trois échéances consécutives du (des) prêt(s) cautionné(s),

- inscription de garanties (hypothèque,...), consenties ou non, sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s),
- changement de statut professionnel entraînant la radiation du contrat chômage,
- maintien de l'engagement de caution par le garant suite au rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 2.3 de la notice d'information ou au transfert ultérieur du bien vers une société civile immobilière (art. 9 alinéa 3).

Article 9 - Cessation de la caution

La caution devient caduque en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- remboursement à terme du ou des prêts cautionnés,
- remboursement anticipé total des prêts cautionnés,
- non acceptation par l'emprunteur de l'offre préalable de crédit à l'issue des délais légaux,
- caducité, nullité, résolution ou novation du (des) contrat(s) de prêt objet(s) de la caution,
- rachat du ou des prêts par un organisme autre que ceux cités à l'article 2.3 de la présente notice d'information,
- modification de l'offre de prêt n'ayant pas fait l'objet d'un agrément par le garant,
- non conclusion, nullité ou résolution de l'opération immobilière pour laquelle le(s) prêt(s) a (ont) été demandé(s).

La caution s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement telles que prévues par la loi.

La survenance de l'un des événements suivants :

- rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 2.3 de la présente notice,
 - transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière,
 - renégociation du (des) prêts cautionné(s) auprès du même organisme prêteur,
- entraîne une nouvelle étude du dossier par le garant qui peut aboutir soit au maintien de l'engagement caution (éventuellement sous réserve de l'inscription de l'hypothèque prévue à l'article 8 du présent règlement et dans les mêmes conditions), soit à l'extinction de l'engagement de caution.

Les emprunteurs s'engagent à avertir sans délai le garant de la survenance de l'un de ces événements.

Article 10 - Confidentialité

Le garant s'engage à traiter comme confidentielles les informations qu'il aura reçues des emprunteurs dans le cadre de l'exécution des services de caution, d'assurance de prêts et de chômage.

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 12 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

| | | |
|--------------|------------------|-----------------|
| L'emprunteur | Le co-emprunteur | Le co-acquéreur |
| Date | Date | Date |

Notice d'information Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie invalidité additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de la MGEN au sens du Code de la mutualité.

La Mutuelle : MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, assureur de la garantie invalidité additionnelle Corem.

La garantie : La garantie invalidité additionnelle au Corem.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 255, rue de Vaugirard 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par l'UMER auprès de l'UMR au bénéfice notamment des mutualistes de la MGEN.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par l'UMER auprès de l'UMR au bénéfice notamment des mutualistes de la MGEN.

Garantie

Article 1 - Adhésion à la Garantie - Objet de la garantie

La Garantie invalidité additionnelle au Corem, prévue à l'article 24 du règlement mutualiste 2 de la MGEN, a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - Définition de la garantie - Montant de la prestation

La garantie prévoit la prise en charge, par la MGEN, du montant des versements effectués sur le Corem par l'adhérent à la garantie. Le montant de la prestation annuelle correspond à la moyenne annuelle des versements de cotisations effectués sur le Corem au cours des trois dernières années civiles, hors rachat de cotisations défiscalisées, sur lesquels une cotisation au titre de la garantie a été acquittée.

Article 3 - Conditions d'adhésion à la garantie

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans. Une demande d'adhésion présentée en cours d'arrêt de travail ou en période d'invalidité n'est pas recevable.

Article 4 - Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie.

Article 5 - Bénéficiaire de la prestation

La prestation est versée à l'adhérent à la garantie lorsqu'il est contraint, pour cause d'invalidité, de cesser son activité professionnelle, c'est-à-dire :

- s'il est fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité,
- s'il est stagiaire de la fonction publique ou non fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Le versement de la prestation prend fin au premier des événements suivants :

- la liquidation par le membre participant de ses droits à rente du produit Corem,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant.

Article 6 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas d'invalidité, le membre participant doit constituer un dossier de demande de prestation auprès de sa section départementale accompagné des pièces justificatives suivantes :

- pour les fonctionnaires, copie du titre de pension,
- pour les non fonctionnaires, copie de la notification d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie.

Article 7 - Risques exclus

La survenance du risque de cessation d'activité professionnelle, tel que défini à l'article 5, pendant les trois premières années d'adhésion, n'ouvre pas droit à prestation.

Cotisations

Article 8 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 3,20 %.

En cas d'arrêt des versements au régime Corem par l'adhérent, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations* au Corem des trois dernières années civiles précédant l'année d'arrêt des versements. Ce taux est fixé à 3,20 %.

*hors rachat de cotisations défiscalisées permis par le régime Corem.

Article 9 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Dispositions générales

Article 10 - Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion à la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

L'adhésion prend fin au premier des événements suivants :

- à la date de liquidation des droits à pension vieillesse du membre participant,
- à la date de liquidation des droits à rente du produit Corem,
- au 60^e anniversaire du membre participant,
- à la date du décès du membre participant,
- à la date de résiliation de la garantie,
- en cas de réalisation du risque garanti.

Article 11 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322-44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 12 - Information des membres participants

En application de l'article 75 des statuts de la MGEN, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 13 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 14 - Réclamations

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple à MGEN - Service Réclamations, 3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15.

Article 15 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la MGEN.

Article 16 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

MGEN Action sanitaire et sociale

sommaire

47 Statuts

52 Règlement
mutualiste

Statuts

Titre 1 Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Formation

Une mutuelle appelée MGEN Action sanitaire et sociale est établie à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité. Elle a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L 111-3 du code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Son immatriculation au registre national des mutuelles est le numéro 441 921 913.

Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de mettre en œuvre une action sociale,
- de gérer des réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales ou culturelles,
- de participer au service public hospitalier,
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 3 - 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.

Article 4 - Convention de gestion

MGEN Action sanitaire et sociale délègue, par convention, partie de sa gestion à la MGEN.

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 5 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis à l'article 6.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

Article 6 - Champ de recrutement des adhérents individuels

Seuls les membres participants de la MGEN définis aux articles 6 à 10 et 20-1^o des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Action sanitaire et sociale, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN prévus aux articles 11 et 20-1^o des statuts de la MGEN sont bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 6 à 13 et 21 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance

Article 9 - Démission, suspension et résiliation

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 14 à 19 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Action sanitaire et sociale entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2

Administration de la mutuelle

Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Vie et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale, il est procédé, aux termes des articles 24, 25 et 26 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation

Les délégués de la mutuelle se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 12 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

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.

Article 13 - Règles de quorum

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 18, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation 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 qui 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 ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

Article 14 - Modalités de vote

Les décisions visées au 1. de l'article 13 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon.

Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 15 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 13 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 16 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 15 des présents statuts.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 17 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) le montant des droits d'entrée,
- d) les montants ou taux de cotisations,
- e) les prestations offertes,
- f) 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- g) l'émission de titres participatifs, 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 rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- i) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- j) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

- k) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- l) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 18 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 19 - Composition et élection

Le conseil d'administration n'est composé que de membres participants.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 18 administrateurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

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

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

Article 20 - Renouvellement

Le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

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

En cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 21 - 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. Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans dans l'année du renouvellement du conseil d'administration.

Article 22 - Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

A - Électeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures. Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

B - Candidatures

Les candidatures sont individuelles. Elles sont déposées auprès du président de MGEN Action sanitaire et sociale responsable de l'organisation des élections.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

C - Élections

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

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

D - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

E - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

F - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 23 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation à la gestion.

Article 24 - Convocation et ordre du jour

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

Article 25 - Délibérations du conseil d'administration

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

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 2 - Attributions du conseil d'administration

Article 26 - Compétences

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration 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 infor-

mations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- b) de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité,
- c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- d) de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,
- e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,
- f) des transferts financiers entre mutuelles et unions.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 27 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 3 - Obligations des administrateurs

Article 28 - Indemnités

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, l'assemblée générale peut allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour.

Article 29 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la 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.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Les décisions, auxquelles a pris part un administrateur dont l'élection est nulle au regard des deux alinéas précédents, restent valables.

Article 30 - Autre interdiction

Aucune rémunération liée d'une 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 31 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire

consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers à moins qu'ils n'en bénéficient aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election, composition, réunion

Article 32 - Election

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 33 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont notamment :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un trésorier général,
- un secrétaire général.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 34 - Le président

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

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions 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 articles L 510-8 et L 510-10 du Code de la mutualité. 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. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, 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 délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président délégué.

Article 35 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Les membres du bureau national peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui leur incombent, et leur déléguer leur signature pour des objets nettement déterminés.

Chapitre 4

Organisation des sections de la mutuelle

Article 36 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 37 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour.

Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 38 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 39 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts 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,

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 40 - Modes de placements

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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 41 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce.

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

Chapitre 6

Fonctionnaires détachés à MGEN Action sanitaire et sociale

Article 42 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 2 de ses statuts, MGEN Action sanitaire et sociale fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel gérés par elle.

Titre 3

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 43 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 44 - Paiement des cotisations

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

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 45 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

Titre 1

Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Action sanitaire et sociale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 6 des statuts de MGEN Action sanitaire et sociale, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN, « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN », s'imposent à eux.

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

Les allocations prévues titre 2 du présent règlement sont des allocations et services d'action sociale, relevant de l'article L. 111.1-1-3 du Code de la mutualité, sur lesquelles l'assemblée générale se prononce annuellement.

Article 4 - Prescription

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les allocations et/ou services doit parvenir au conseil d'administration dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Titre 2

Allocations, services et réalisations sanitaires et sociales

Chapitre 1

Allocations et services

Article 5 - Handicap et dépendance

1° Allocation handicap

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de moins de 60 ans, atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles, présentant un état chronique constaté par le médecin-conseil de la MGEN et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de la MGEN.

Les membres participants qui, au moment de leur adhésion, exer-

çaient en qualité de travailleurs en situation de handicap peuvent bénéficier de l'allocation en cas d'aggravation de leur état postérieurement à l'adhésion.

2° Allocation dépendance

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de plus de 60 ans, se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable constatée par le médecin-conseil de la MGEN, et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de la MGEN.

3° Modalités de versement des allocations

Elle sont attribuées annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle. Elle peuvent être modulées en fonction du handicap, du degré de dépendance, du besoin d'assistance, du quotient familial ou des aides extérieures.

4° Correspondant mutualiste

Le comité de section de la MGEN peut désigner un correspondant mutualiste chargé de veiller sur la situation matérielle et morale de chaque personne relevant du groupe handicap ou dépendance.

Article 6 - Soins coûteux durables

Les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants peuvent, après avis favorable du médecin-conseil de la MGEN, bénéficier d'une participation spécifique de la mutuelle.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 7 - Soins coûteux ponctuels

Les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, hors restes à charge en matière de pharmacie définis en annexe aux règlements mutualistes MGEN, peuvent, après avis favorable du médecin conseil de la MGEN, bénéficier d'une participation pour soins coûteux ponctuels.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 8 - Prestation particulière

Les mutualistes bénéficiaires de l'allocation handicap, dépendance, ou soins coûteux, ou de la prestation Dépendance totale de la MGEN, peuvent, pour des frais ponctuels liés au handicap ou à la dépendance tels que le matériel lourd et l'aménagement du domicile ou du véhicule, bénéficier d'une prestation spécifique de la mutuelle.

Article 9 - Aide au mutualiste aidant

Lorsque le mutualiste 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), une aide annuelle est accordée en tenant compte de la situation familiale et des ressources du mutualiste aidant.

Article 10 - Orphelinat

1° Objet

Cette allocation est destinée à contribuer à l'entretien et à l'éducation du bénéficiaire de la prestation.

2° Bénéficiaires

Elle est attribuée aux enfants ayant la qualité de bénéficiaires enfants ou de bénéficiaires enfants étudiants au moment du décès d'un ou des deux parents.

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

L'orphelin perd la qualité de bénéficiaire et ne peut plus prétendre à l'allocation :

- en cas de mariage,
- ou lorsque son salaire annuel excède 12 fois le salaire mensuel d'appoint limite retenu par les caisses d'allocations familiales (SMAL),
- en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre de l'année de son 28^e anniversaire.

3° Montant et versement de l'allocation

L'allocation est définie annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle et ne peut être versée qu'au titre de l'année en cours par rapport à la date de la demande.

Elle peut être modulée en fonction de la situation familiale et sociale de l'orphelin.

Elle est versée :

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

4° Forclusion

Sous peine de forclusion, les demandes d'allocations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter du décès du parent.

5° Correspondant mutualiste

Le comité de section de la MGEN peut désigner un correspondant mutualiste auprès de chaque orphelin : il suit l'évolution de sa situation matérielle et morale.

Article 11 - Réservations de lits, places

MGEN Action sanitaire et sociale intervient auprès de certains établissements, principalement des maisons de retraite ou des établissements pour personnes handicapées, pour réserver des lits, places et offrir un service de crèches au bénéfice de ses mutualistes.

Article 12 - Centres de vacances pour personnes handicapées

MGEN Action sanitaire et sociale, seule ou dans le cadre de partenariats avec des organismes spécialisés, organise des séjours en centres de vacances pour des personnes handicapées, mutualistes ou enfants de ses mutualistes.

Chapitre 2 Réalizations sanitaires et sociales

Article 13

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère vingt-neuf (29) établissements sanitaires et médico-sociaux :

- Maison d'enfants à caractère sanitaire (Chanay),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Arès),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Institut Bouquet » (Caire-Val),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Donation Brière » (Fontenay-en-Parisis),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Sainte-Feyre),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « La Chimotaie » (Cugand),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Denis Forestier » (La Verrière)

- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes « Gabrielle Hielle » (Huby-saint-Leu),
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Saint-Cyr-sur-Mer),
- Clinique médicale de Maisons-Laffitte,
- Centre de soins de suite et de réadaptation Pierre Chevalier (Hyères),
- Hôpital gériatrique « Denis Forestier » (La Verrière),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « La Chimotaie » (Cugand),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « L'Arbizon » (Bagnères-de-Bigorre),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Alexis Léaud » (Saint-Jean-d'Aulps) et hôpital MGEN Camille Blanc (Evian),
- Centre médical « Alfred Leune » (Sainte-Feyre),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « La Menaudière » (Chissay-en-Touraine),
- Centre de soins de suite et de réadaptation « Trois-Epis »,
- Centre national médico-éducatif et d'adaptation du Roynas,
- Centre de vacances « La Porte Neuve » (Riec-sur-Belon),
- Centre de santé mentale de Bordeaux,
- Centre de santé mentale de Grenoble,
- Centre de santé mentale de Lille,
- Centre de santé mentale de Lyon,
- Centre de santé mentale de Rouen,
- Centre de santé mentale de Toulouse,
- Clinique de Rueil-Malmaison,
- Centre de santé mentale et de réadaptation de Paris,
- Institut Marcel Rivière (La Verrière).

Article 14

L'accès des services et établissements créés par la mutuelle, à l'exception de ceux participant au service public hospitalier, est réservé, par priorité, aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires.

Les conditions d'admission sont celles définies au règlement intérieur de chaque établissement.

Titre 3 Cotisations

Article 15

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

Elle représente 2,90 % de la cotisation MGEN nette de la taxe sur les conventions d'assurance (*taux 2009 appelé à être révisé par le Conseil d'administration en janvier 2010*).

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN Centres de santé

sommaire

55 Statuts

60 Règlement
mutualiste

Statuts

Titre 1 Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Formation

Une mutuelle appelée MGEN Centres de santé est établie à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité. Elle a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 30 juin 2004.

Son immatriculation au registre national des mutuelles est le numéro 477 901 714.

Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet, au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires de gérer des réalisations sanitaires, sociales ou médico-sociales. Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 3 - 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.

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 4 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis à l'article 5.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

Article 5 - Champ de recrutement des adhérents individuels

Seuls les membres participants de la MGEN définis aux articles 6 à 10 et 20-1^o des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Centres de santé.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Centres de santé, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 6 des présents statuts, à ce titre, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 6 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN, prévus aux articles 11 et 20-1^o des statuts de la MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

Article 7 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 6 à 13 et 21 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance

Article 8 - Démission, suspension et résiliation

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 14 à 19 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Centres de santé entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2

Administration de la mutuelle

Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 9 - Composition

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Vie et MGEN Action sanitaire et sociale étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Centres de santé, il est procédé, aux termes des articles 24, 25 et 26 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 10 - Convocation

Les délégués de la mutuelle se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 11 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

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.

Article 12 - Règles de quorum

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 17, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation 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 qui 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 ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

Article 13 - Modalités de vote

Les décisions visées au 1. de l'article 12 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon.

Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 14 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 12 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 15 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 14 des présents statuts.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 16 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) le montant des droits d'entrée,
- d) les montants ou taux de cotisations,
- e) les prestations offertes,
- f) 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- g) l'émission de titres participatifs, 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 rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- i) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- j) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- k) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- l) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réser-

vés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 18 - Composition et élection

Le conseil d'administration n'est composé que de membres participants.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 18 administrateurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

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

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale de MGEN Union, de la MGEN et des mutuelles que cette dernière a créées.

Article 19 - Renouvellement

Le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

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

En cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 20 - 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. Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans dans l'année du renouvellement du conseil d'administration.

Article 21 - Représentation des salariés au conseil d'administration

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration.

A - Electeurs

Les représentants des salariés de la mutuelle sont élus par les membres titulaires du comité d'établissement et les délégués du personnel titulaires, en fonction au moment du dépôt des candidatures. Chaque électeur dispose d'une voix. En cas de cumul de mandats de représentant élu au comité d'établissement et de délégué du personnel, le titulaire indique en quelle qualité il prend part au vote. Dans cette hypothèse, le titulaire et le suppléant de la fonction qui n'a pas été choisie, participent au vote.

B - Candidatures

Les candidatures sont individuelles. Elles sont déposées auprès du président de MGEN Centres de santé responsable de l'organisation des élections.

Peuvent être candidats les salariés remplissant les conditions suivantes :

- sous contrat à durée indéterminée ayant au moins un an d'ancienneté au moment de l'élection,
- âgés de plus de 18 ans,
- n'ayant encouru aucune des condamnations prévues aux articles L. 6 et L. 7 du Code électoral.

C - Elections

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

Les deux candidats ayant recueilli le plus grand nombre de voix sont élus pour 5 ans.

En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au candidat le plus ancien dans un emploi au sein de la mutuelle.

D - Vacance

En cas de vacance, il est pourvu au remplacement par le candidat ayant obtenu le plus grand nombre de voix immédiatement après les représentants élus.

E - Obligation de discrétion

Les représentants des salariés sont tenus à une obligation de discrétion, notamment à l'égard des questions présentées comme telles par le président de séance.

F - Incompatibilités

Les fonctions de représentant des salariés au conseil d'administration sont incompatibles avec l'exercice d'une fonction de représentation de l'organisme employeur dans quelque délégation que ce soit.

Article 22 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation à la gestion.

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

Article 24 - Délibérations du conseil d'administration

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

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

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.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 2 - Attributions du conseil d'administration

Article 25 - Compétences

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration 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.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente

à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- b) de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité,
- c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- d) de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,
- e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,
- f) des transferts financiers entre mutuelles et unions.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 26 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 3 - Obligations des administrateurs

Article 27 - Indemnités

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, l'assemblée générale peut allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour.

Article 28 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la 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.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur de celle-ci qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Les décisions, auxquelles a pris part un administrateur dont l'élection est nulle au regard des deux alinéas précédents, restent valables.

Article 29 - Autre interdiction

Aucune rémunération liée d'une 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 30 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers à moins qu'ils n'en bénéficient aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Election, composition, réunion

Article 31 - Election

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 32 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont notamment :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un trésorier général,
- un secrétaire général.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 33 - Le président

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

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions 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 articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité. 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. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

En cas de décès, de démission et de perte de la qualité d'adhérent du président, 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 délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président délégué.

Article 34 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Les membres du bureau national peuvent, sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à des salariés de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui leur incombent, et leur déléguer leur signature pour des objets nettement déterminés.

Chapitre 4 Organisation des sections de la mutuelle

Article 35 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 36 - **Assemblée générale de section de vote**

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour. Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 37 - **Produits**

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 38 - **Charges**

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses charges relatives aux services offerts 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,

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 39 - **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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 40 - **Commissaires aux comptes**

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce.

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

Chapitre 6

Fonctionnaires détachés à MGEN Centres de santé

Article 41 - **Détachement**

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 2 de ses statuts, MGEN Centres de Santé fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social gérés par elle.

Titre 3

Obligation de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 42 - **Respect des statuts et règlement(s)**

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 43 - **Paiement des cotisations**

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

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 44 - **Modifications des garanties**

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

Titre 1 Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Centres de santé sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 5 des statuts de MGEN Centres de santé, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN, « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN », s'imposent à eux.

Article 3 - Dispositions particulières

Les activités mentionnées au titre 2 du présent règlement sont des services d'action sociale, relevant de l'article L. 111.1-1-3 du Code de la mutualité.

Titre 2 Réalizations sanitaires et sociales

Article 4 - Centres de santé et d'optique

MGEN Centres de santé administre et gère cinq (5) centres de santé et un centre d'optique :

- Centre de santé de Lyon,
44 rue Feuillat, 69424 Lyon cedex 3
- Centre de santé de Nancy,
6 rue Désilles, 54000 Nancy
- Centre de santé de Nice,
33/35 rue Clément Roassal, 06000 Nice
- Centre de santé de Paris,
178 rue de Vaugirard, 75015 Paris
- Centre de santé de Strasbourg,
4 place du Pont-aux-Chats, 67085 Strasbourg cedex
- Centre d'optique de Paris,
10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon, 75015 Paris

Article 5 - Conditions d'accès

Les centres de santé et d'optique sont ouverts aux membres participants de la mutuelle et à leurs bénéficiaires, ainsi qu'à tous les assurés sociaux.

Titre 3 Cotisations

Article 6

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

Elle représente 0,72 % de la cotisation MGEN nette de la taxe sur les conventions d'assurance (*taux 2009 appelé à être révisé par le Conseil d'administration en janvier 2010*).

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN Vie

sommaire

63 Statuts

68 Règlement
mutualiste 1

73 Règlement
mutualiste 2

Garanties des membres participants
de la Mutuelle des Affaires Etrangères

73 Règlement
mutualiste 3

Garanties de l'offre référencée
Ministère de l'Agriculture et de la Pêche
et EPA « les Haras nationaux »

Statuts

Titre 1 Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Formation

Une mutuelle appelée MGEN Vie est établie à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité. Elle a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Son immatriculation au registre national des mutuelles est le numéro 441 922 002.

MGEN Vie 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.

Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- d'encourager la maternité par le versement d'une prestation spécifique en cas de naissance d'enfant(s) (branche 21),
- de verser ou proposer des prestations en cas de décès (branche 20).

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

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

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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 3 - 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.

Article 4 - Convention de gestion

MGEN Vie délègue, par convention, partie de sa gestion à la MGEN. MGEN Vie autorise la MGEN à subdéléguer, en application de l'article L. 116-3 du Code de la mutualité, tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 5 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis à l'article 6.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ». La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 6 - Champ de recrutement des adhérents**6-1. Champ de recrutement des adhérents individuels**

6.1.1. Les membres participants de la MGEN définis aux articles 6 à 10 et 20-1° des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Vie.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Vie, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement mutualiste 1.

6.1.2. Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères (MAE), définis à l'article 20-2° des statuts de la MGEN, sont membres participants de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste 2.

6-2. Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhérent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivant au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de la MGEN, prévus aux articles 11 et 20-1° des statuts de la MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Vie.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 6 à 13 et 21 des statuts de la MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance**Article 9 - Démission, suspension et résiliation**

Les conditions de démission, de suspension des garanties et de résiliation pour non paiement de la cotisation ou pour sortie du champ de recrutement applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 14 à 18 des statuts de la MGEN.

Toute démission, suspension des garanties ou résiliation de MGEN Vie entraîne démission, suspension des garanties ou résiliation de l'adhésion à la MGEN.

Titre 2

Administration de la mutuelle

Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition de l'assemblée générale

Les adhérents de la MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Vie, il est procédé, aux termes des articles 24, 25 et 26 des statuts de la MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation

Les délégués de la mutuelle se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 12 - Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

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.

Article 13 - Règles de quorum

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 18, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation 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 qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est égal au moins au quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

Article 14 - Modalités de vote

Les décisions visées au 1. de l'article 13 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon.

Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 15 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 13 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 16 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 15 des présents statuts.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 17 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) le montant des droits d'entrée,
- d) les montants ou taux de cotisations,
- e) les prestations offertes,
- f) 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- h) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes.

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

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 18 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2 **Conseil d'administration**

Section 1 - Composition, élection

Article 19 - Composition et élection

Le conseil d'administration n'est composé que de membres participants.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 12 administrateurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

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

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

Article 20 - Renouvellement

Le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans. Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis successivement au remplacement des postes des tiers suivants devenus vacants en cours de mandat.

En cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 21 - 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. Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans dans l'année du renouvellement du conseil d'administration.

Article 22 - Formation des administrateurs

La mutuelle propose à ses administrateurs un programme de formation à la gestion.

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

Article 24 - Délibérations du conseil d'administration

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

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

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.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 2 - Attributions du conseil d'administration

Article 25 - Compétences

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration 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.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- b) de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité,
- c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certi-

fié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,

d) de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,
e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,

f) des transferts financiers entre mutuelles et unions.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 26 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 3 - Obligations des administrateurs

Article 27 - Indemnités

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, l'assemblée générale peut allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour.

Article 28 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la 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.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

Les décisions, auxquelles a pris part un administrateur dont l'élection est nulle au regard des deux alinéas précédents, restent valables.

Article 29 - Autre interdiction

Aucune rémunération liée d'une 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 30 - Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers à moins qu'ils n'en bénéficient aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Election, composition, réunion

Article 31 - Election

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 32 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 4 membres et se compose de la manière suivante :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un trésorier général,
- un secrétaire général.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 33 - Le président

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

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions 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 articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité. 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. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

En cas de décès, de démission et de perte de la qualité d'adhérent du président, 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 délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président délégué.

Article 34 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Chapitre 4 Organisation des sections de la mutuelle

Article 35 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à la MGEN.

Article 36 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour. Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

Chapitre 5 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 37 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 38 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts 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,

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 39 - 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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 40 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 3 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 13-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 41 - Marge de solvabilité

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

Article 42 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce.

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

Titre 3 Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1 Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 43 - Respect des statuts et règlement (s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de la MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlement(s) des mutuelles. La signature du bulletin unique d'adhésion comporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 44 - Paiement des cotisations

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

Chapitre 2 Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 45 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste 1

Titre 1

Règles générales applicables

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations. Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Vie sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 6 des statuts de MGEN Vie, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Vie et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN », s'imposent à eux.

Article 3 - Prescription

Pour être recevable, toute réclamation portant sur les prestations doit parvenir au conseil d'administration dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Titre 2

Prestations

Article 4 - Prestation naissance

La mutuelle attribue au membre participant une prestation de 160 euros à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, admis en qualité de bénéficiaire. Cette prestation est annuelle et forfaitaire.

• **Naissance** : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de sa mutualisation.

• **Adoption** : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement définitif d'adoption plénière ou, le jugement d'adoption étranger, produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Sous peine de forclusion, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant.

Article 5 - Prestation pour frais funéraires

C'est une prestation annuelle en remboursement des frais funéraires engagés pour le décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire survenu entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation a été acquittée. Son versement intervient dans la limite des frais engagés à concurrence de 765 €, sur production des pièces justificatives.

Elle est versée à la personne qui justifie avoir effectivement supporté les frais d'obsèques ou aux héritiers de l'adhérent décédé.

Sous peine de forclusion, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter du décès.

Article 6 - Garantie décès supplémentaire au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérent au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas de décès, un capital à ses proches.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement (article 9).

Article 7 - Prestation Invalidité Décès (PID)

7-1. Objet

La prestation a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

N'ouvrent pas droit à la PID :

- les membres participants retraités qui, antérieurement au 1^{er} janvier 1986, avaient refusé la garantie décès du contrat 10GD535 souscrit par la MGEN auprès de CNP Assurances ou n'avaient pas pu y souscrire,
- les membres participants retraités ayant opté avant le 1^{er} janvier 1986 pour une allocation annuelle,
- les veufs et veuves titulaires d'une pension de réversion devenus, à ce titre, membres participants,
- les membres participants soumis à une cotisation forfaitaire.

7-2. Date d'effet et fin de la garantie

La garantie prend effet le jour de la date d'effet de l'adhésion à la MGEN en qualité de membre participant.

Elle cesse de produire ses effets :

- pour la garantie PTIA seulement, au 65^e anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie PTIA,
- à la date à laquelle le membre participant perd la qualité de membre participant.

7-3. Définitions

7-3-1. Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie ouvre droit au versement du capital au décès si le membre participant avant son 65^e anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La PTIA doit être reconnue par le médecin conseil de la mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus.

7-3-2. Définition de l'enfant à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de moins de 20 ans mutualistes MGEN le jour du sinistre, s'ils sont effec-

tivement à la charge du membre participant, et les enfants handicapés recensés au groupe handicap de la MGEN (tel que prévu au règlement mutualiste de MGEN Action sanitaire et sociale), le jour du sinistre, s'ils sont effectivement à la charge du membre participant.

7-4. Prestations garanties

7-4-1. Garantie des membres participants actifs

Le capital garanti est égal à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des douze mois précédant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce capital est au moins égal à 85 % de l'assiette de la cotisation annuelle afférente à l'indice nouveau majoré 318 de la Fonction publique. Il est proratisé en cas d'activité à temps partiel. L'assiette ne peut être supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond.

Le capital garanti ne saurait être inférieur à 85 % du traitement indiciaire brut.

7-4-2. Membres participants retraités (pension personnelle), versant une cotisation au taux de 3,35 %

7-4-2-1. Membres participants retraités âgés de moins de 66 ans au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle survient le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie

La prestation garantie est égale à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le montant minimum est de 75 % de la prestation minimum prévue pour les membres participants actifs.

Le montant maximum est de 75 % de la prestation maximum prévue pour les membres participants actifs.

7-4-2-2. Membres participants retraités âgés de plus de 65 ans au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle survient le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie

La prestation est égale à 60 % de la prestation versée aux retraités de moins de 66 ans durant l'année civile du 66^e anniversaire du membre participant, puis à 50 %, 40 %, 30 % et 20 % les années suivantes, jusqu'au 31 décembre de l'année du 70^e anniversaire.

Au cours de ces cinq ans, le minimum est égal à 150 % de la prestation forfaitaire prévue pour les retraités de plus de 70 ans.

7-4-2-3. Plus de 70 ans au 1^{er} janvier

La prestation est forfaitaire d'un montant de 1 755 €.

7-4-3. Majoration pour charge de famille

Lorsque le membre participant a des enfants mutualistes MGEN à charge, âgée de moins de 20 ans ou recensés au groupe handicap de la MGEN, au jour du sinistre, une prestation complémentaire est prévue pour contribuer à leur entretien et à leur éducation dite « majoration pour charge de famille ». Elle correspond pour chacun de ces enfants à une somme égale à 25 % du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique.

7-5. Bénéficiaires des prestations garanties

7-5-1. En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Les prestations sont versées au membre participant.

Le versement des prestations au titre de la perte totale et irréversible libère MGEN Vie de toute obligation lors du décès ultérieur de ce dernier. Il met donc fin à la garantie « décès ».

7-5-2. En cas de décès

7-5-2-1. Bénéficiaires

Lorsque le membre participant a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

A défaut de désignation expresse, les prestations sont versées :

- 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 1^{er} degré de l'assuré,
- à défaut, à la MGEN.

Toutefois, les sommes versées au titre de la majoration pour charge de famille sont versées :

- aux enfants eux-même, lorsqu'ils sont majeurs et âgés de 18 à 20 ans, ou lorsqu'ils sont majeurs et en situation de handicap,
- lorsqu'ils sont mineurs à l'administrateur légal ou, à défaut, au tuteur sous contrôle des juges des tutelles.

7-5-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant 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'au membre participant. 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.

7-6. 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.

7-7. Prescription

Toutes actions dérivant de la présente prestation sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans pour le bénéficiaire.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

7-8. Modalités de gestion et de justification des sinistres

7-8-1. Demande de prestations

La demande de prestations doit indiquer précisément l'identité du membre participant ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

En ce qui concerne le risque de perte totale et irréversible d'autonomie, les demandes de prestations ne sont recevables que dans les six mois suivant la survenance du sinistre au titre duquel elles sont présentées.

Cette disposition ne sera pas appliquée si MGEN Vie ne subit pas de préjudice du fait du retard de déclaration. Il en va de même si le membre participant peut justifier que le retard est dû à un cas fortuit ou à un cas de force majeure.

7-8-2. Justifications en cas de décès

En cas de décès, doivent être produits à l'appui de la demande :

- un extrait de l'acte de décès ou une fiche d'état civil en tenant lieu,
- un certificat médical indiquant si la cause de décès est ou n'est pas naturelle,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

7-8-3. Justifications et procédures en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA 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,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Dès réception de la déclaration de sinistre relative à la PTIA, la mutuelle se réserve le droit de faire examiner l'assuré par un médecin qu'il désigne à cet effet.

Aux vues des conclusions du rapport médical, la mutuelle notifie sa décision d'acceptation ou de rejet au membre participant. Au cas où la décision de rejet est contestée par le membre participant, son médecin et celui choisi par la Mutuelle doivent désigner un confrère chargé de procéder à un nouvel examen. A défaut d'entente à ce sujet, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le tribunal de grande instance du domicile du membre participant. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du troisième sont à la charge de la partie perdante.

Titre 3 Cotisations

Article 8

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

Elle représente 10,04 % de la cotisation MGEN nette de la taxe sur les conventions d'assurance (*taux 2009 appelé à être révisé par le Conseil d'administration en janvier 2010*).

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

Titre 4

Annexes au règlement mutualiste

Article 9

Notice d'information

Garantie décès supplémentaire au régime Corem

Le présent contrat est régi par la loi française et plus particulièrement par les dispositions du Code de la mutualité.

La garantie supplémentaire au Corem est un contrat individuel d'assurance sur la vie en cas de décès, annuel avec tacite reconduction.

La garantie prévoit le versement d'un capital à un bénéficiaire désigné par le membre participant, correspondant à la somme des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem. Elle est définie aux articles 1 à 7 de la présente notice. Le contrat ne prévoit pas de participation aux excédents. Il est sans faculté de rachat.

Les modalités de désignation du bénéficiaire sont définies aux articles 4 et 5.

Des conseils et informations complémentaires figurent en annexe. Le membre participant peut librement effectuer une désignation de bénéficiaire par acte authentique ou sous seing privé.

S'il n'a pas effectué de désignation, la prestation est versée à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS, à défaut, à son concubin notoire, à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1^{er} degré, à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la notice d'information. Il est important que le membre participant lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion (article L. 223-8 du Code de la mutualité).

• Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie décès supplémentaire au Corem et acquiert la qualité de membre participant de MGEN Vie au sens du Code de la mutualité.

La mutuelle : MGEN Vie, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, assureur de la garantie décès supplémentaire au Corem. Mutuelle du groupe MGEN.

La garantie : La garantie décès supplémentaire au Corem.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 255, rue de Vaugirard 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à la MGEN (en application des statuts de la MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 775 685 399, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris), et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par l'UMER auprès de l'UMR au bénéfice notamment des mutualistes de la MGEN.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de la MGEN (en application des statuts de la MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par l'UMER auprès de l'UMR au bénéfice notamment des mutualistes de la MGEN.

• Garantie

Article 1 - Adhésion à la garantie - Objet

La garantie décès supplémentaire au Corem, prévue à l'article 6 du règlement mutualiste de MGEN Vie, a pour objet de garantir le paiement d'un capital en cas de décès du membre participant survenant en période de garantie. L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans. Ils acquièrent ainsi la qualité de membres participants de MGEN Vie.

Article 2 - Définition de la garantie - Montant de la prestation

La garantie prévoit le versement, en cas de décès, d'une prestation en capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

Le montant de la prestation est égal à la totalité des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem, entre la date d'effet de son adhésion à la présente garantie et la date de son décès, et sur lesquels une cotisation au titre de la garantie a été acquittée.

Toutefois, en cas d'arrêt des versements au Corem, si le membre participant souhaite maintenir sa garantie dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 8, le montant de la prestation ne prendra pas en compte les rachats de cotisations défiscalisées permis par le Corem, relatifs à cette période de cotisation.

La garantie, ayant la nature d'un contrat d'assurance temporaire en cas de décès, est dépourvue de valeur de rachat.

Article 3 - Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie, sauf en cas de décès accidentel du membre participant.

Article 4 - Bénéficiaires de la prestation

Lorsque le membre participant a effectué une désignation particulière de bénéficiaires, la prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

Si le membre participant n'a pas effectué de désignation expresse, la prestation est versée en application de la clause bénéficiaire par défaut suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1^{er} degré,
- à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

La naissance du premier enfant du membre participant a pour effet de révoquer la désignation particulière de bénéficiaires, même si elle a été acceptée. Cette révocation, et plus généralement toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article. Le membre participant ou, après son décès le représentant légal du premier enfant du membre participant, a la charge d'informer la mutuelle de cet événement.

Article 5 - Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant 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'au membre participant. 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 à la garantie. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Article 6 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas de décès du membre participant, un dossier de demande de prestation devra être ouvert auprès de la section départementale du membre participant, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- un extrait de l'acte de décès ou une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date du décès du membre participant,
- toute pièce permettant de justifier la qualité du bénéficiaire (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage...),
- un certificat médical mentionnant les causes du décès,
- si le décès intervient durant la première année d'adhésion, toute pièce justifiant que le décès résulte d'un accident tel que le rapport de police ou de gendarmerie.

Article 7 - Risques exclus

La garantie décès est de nul effet si le membre participant se donne volontairement et consciemment la mort au cours de la première année de l'adhésion.

Exceptés les cas de décès accidentels, les risques survenus pendant la première année d'assurance ne sont pas couverts au titre de la garantie.

• Cotisations

Article 8 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 5,79 %.

En cas d'arrêt des versements de cotisation au Corem, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations au Corem des trois dernières années civiles. Ce taux est fixé à 5,79 %. La moyenne des cotisations annuelles, définie comme assiette des cotisations, ne prend pas en compte les rachats de cotisations défiscalisées permis par le Corem.

Article 9 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

• Dispositions générales

Article 10 - Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion à la garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

L'adhésion prend fin au premier des événements suivants :

- à la date de liquidation des droits à rente du Corem et au plus tard au 65^e anniversaire du membre participant,
- à la date de résiliation de la garantie,
- à la date du décès du membre participant.

Article 11 - Délai et modalités de renonciation à l'adhésion

Toute personne qui a adhéré à la garantie a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet, en application de l'article 223-8 du Code de la mutualité.

En cas d'exercice de cette faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie est annulée. La mutuelle restitue, dans un délai de trente jours calendaires, à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées par le membre participant au titre de son adhésion à la garantie.

La renonciation peut être faite par l'envoi, à l'UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1, d'un courrier reprenant les termes suivants : « *Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à la garantie décès additionnelle au Corem. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion à cette garantie, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente* ».

Article 12 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR - Centre de gestion MGEN - BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 13 - Information des membres participants et modification du contrat

En application de l'article 45 des statuts de MGEN Vie, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la(ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 14 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans pour le bénéficiaire.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article 15 - Réclamations

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser, par lettre simple, à : MGEN Vie - Service réclamations, 3, square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15.

Article 16 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Vie.

Article 17 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN - Gestion CNIL - 6B avenue Joseph Rollo - 78320 La Verrière.

Règlement mutualiste 2

Garanties des membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères

Garanties Décès et Rente de survie

Ce règlement est accessible sur le site internet

www.mutuelle-mae.fr

Règlement mutualiste 3

Garanties de l'offre référencée Ministère de l'Agriculture et de la Pêche et Etablissement Public Administratif « les Haras Nationaux »

Garanties Décès, Invalidité Permanente et Absolue,
Capital Education et Rente de Survie

Ce règlement est accessible sur le site internet

www.referencesanteprevoyance.com

MGEN Filia

sommaire

75 Statuts

82 Règlement
mutualiste 1

Assistance des membres
participants MGEN

83 Règlement
mutualiste 2

87 Règlement
mutualiste 3

Statuts

Titre 1 Formation, objet et composition de la mutuelle

Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Formation

Une mutuelle, appelée MGEN Filia, est établie à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité. Elle a été créée par l'assemblée générale de la MGEN (Mutuelle générale de l'Education nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Son immatriculation au registre national des mutuelles est le numéro 440 363 588.

MGEN Filia 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.

Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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 3 - 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.

Article 4 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à la MGEN.

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

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 5 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 6 et 7.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés "bénéficiaires".

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Article 6 - Champ de recrutement des adhérents individuels

1. Les membres participants de la MGEN définis aux articles 6 à 10 et 20-1^o des statuts de la MGEN sont membres participants de MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au 1. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 1.

Les dispositions des présents statuts des articles 7 à 18 ne leur sont pas applicables.

2. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 2.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 leur sont applicables.

2 bis. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- avoir été bénéficiaire conjoint d'un membre participant MGEN,
- avoir démissionné de la MGEN dans le cadre de l'adhésion à un dispositif conventionnel collectif extérieur au groupe MGEN,
- être bénéficiaire d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2 bis du présent article, bénéficient à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 2. Ils n'ont pas la faculté d'étendre la couverture dont ils bénéficient à leurs ayants droit.

Les dispositions des présents statuts de l'article 8 et des articles 12 à 18 leur sont applicables.

3. Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de la MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1.,
- ne bénéficiant pas d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 3. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement 3.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 leur sont applicables.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques sous-domiciliées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 8 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 6.2 ou 6.2 bis, 6.3 ou 6.3 bis et 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'entre le premier janvier de l'année suivant son dix-huitième anniversaire et le 31 décembre de l'année de son soixante cinquième anniversaire.

Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le mineur de plus de seize ans peut être membre participant de la mutuelle.

Article 9 - Mineurs de plus de seize ans

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Article 10 - Bénéficiaires

1 - Opérations individuelles

Un enfant est considéré comme « bénéficiaire » d'un membre participant, dès lors que la mutuelle a accepté la demande d'extension de la couverture familiale formulée par le membre participant.

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18^e anniversaire sous la condition que ce bénéficiaire enfant soit assuré social ou ayant droit sécurité sociale.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

2 - Opérations collectives

Le contrat collectif définit les bénéficiaires et les modalités d'extension de la couverture familiale à ceux-ci. En l'absence de dispositions spécifiques au sein dudit contrat, les dispositions prévues aux articles 10-1, 11 et 12 des présents statuts s'appliquent.

Article 11 - Acquisition de la qualité de membre participant par le bénéficiaire enfant

Le bénéficiaire enfant devient membre participant au 1^{er} janvier de l'année suivant son 18^e anniversaire, dans les conditions applicables à tout membre participant. Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le bénéficiaire de plus de 16 ans peut également acquérir la qualité de membre participant.

Article 12 - Date d'effet de l'adhésion et de l'extension de la couverture familiale

L'adhésion à la mutuelle et l'extension de la couverture familiale aux bénéficiaires du membre participant prennent effet au 1^{er} jour :

- du mois de la demande d'adhésion,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de quatre mois.

Section 2 - Démission, résiliation, déchéance

Article 13 - Démission et résiliation

1. Modalités de démission

- Démission à effet du 1^{er} janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

- Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle.

La démission prend effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

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 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de démission.

2. Modalités de résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les mêmes modalités que la démission.

Article 14 - Résiliation pour sortie du champ de recrutement

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, il sera mis fin à l'adhésion par la mutuelle.

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie 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 résiliation.

Article 15 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

1. Suspension

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.

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.

2. Résiliation

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

Article 16 - Réticence ou fausse déclaration

La garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 17 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires, ayant causé volontairement, aux intérêts de la mutuelle, un préjudice dûment constaté par une violation des lois et règlements constituant un crime ou un délit, notamment en cas de fraude ou de tentative de fraude, en vue de bénéficier des avantages prévus aux statuts.

Le membre dont la déchéance est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, sa déchéance peut être prononcée par le conseil d'administration.

La déchéance prend effet le 1^{er} jour du mois suivant celui où le membre participant en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

Article 18 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

La démission, la résiliation et la déchéance ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 14 des présents statuts.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de résiliation ou de déchéance, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, sous réserve des dispositions relatives à la forclusion, prévues aux règlements mutualistes.

Titre 2 Administration de la mutuelle

Chapitre 1 Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 19

Tous les membres participants sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections sont fixées par le conseil d'administration.

Une section de vote par département regroupe les membres participants dudit département. En outre, une section de vote est prévue pour les membres participants qui ne sont pas rattachés à une section de vote départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs ou le lieu de résidence pour les retraités est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre mer.

L'assemblée générale de la mutuelle est composée des délégués des sections de vote.

Article 20

Les membres participants de chaque section, adhérents de la mutuelle à titre individuel ou à titre collectif, élisent un délégué à l'assemblée générale de la mutuelle pour une année.

L'élection du délégué a lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal, majoritaire à un tour.

Pour l'élection du délégué en assemblée départementale de section de vote, tous les membres participants de la mutuelle ont la faculté de voter.

Il est procédé à l'élection du délégué :

- en assemblée générale de section de vote et,
- par correspondance pour les membres empêchés.

Chaque section élit de la même façon un délégué suppléant.

Les modalités complémentaires de l'organisation des opérations de vote sont arrêtées par le conseil d'administration et portées, par tout moyen, à la connaissance des membres participants.

Les assemblées départementales de section se tiennent obligatoirement dans les 6 mois précédant la date de convocation de l'assemblée générale de la mutuelle.

Article 21 - Délégués titulaires et suppléants

Le délégué titulaire empêché d'assister à l'assemblée générale est remplacé dans ses fonctions par le délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de section de vote, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de section de vote et en l'absence de délégué suppléant pour toute raison que ce soit, il est procédé, avant la prochaine assemblée générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué, qui achève le mandat de son prédécesseur. L'élection du nouveau délégué a lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Article 22 - Nombre de délégués

Chaque section de vote élit un délégué unique qui dispose, dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix calculé selon les modalités suivantes : 1 000 voix par 1 000 ou fraction de 1 000 adhérents. Le nombre d'adhérents par section de vote est comptabilisé au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Section 2 - Réunion

Article 23

Les délégués de la mutuelle se réunissent en assemblée générale au moins une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

Le conseil d'administration détermine le lieu de réunion des assemblées générales convoquées à titre ordinaire ou extraordinaire.

Article 24

L'ordre du jour de l'assemblée est arrêté par l'auteur de la convocation. Toutefois, les membres participants peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution.

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.

Article 25

1. Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 30, 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 qui délibère valablement si le nombre de ses délégués présents représente au moins le quart du nombre total des délégués.

2. Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

Article 26

Les décisions visées au 1. de l'article 25 des présents statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages des délégués présents. Les modifications statutaires sont adoptées de la même façon. Les décisions, autres que celles visées à l'alinéa précédent, sont adoptées à la majorité simple des mêmes délégués.

Article 27 - Conditions de la dissolution volontaire

La dissolution volontaire de la mutuelle ne peut être décidée que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet avec un ordre du jour indiquant l'objet de la réunion. Cette assemblée doit réunir la majorité des délégués ou le quart des délégués dans l'hypothèse citée à l'alinéa 2 du point 1 de l'article 25 des présents statuts et le vote doit être acquis à la majorité des deux tiers des délégués présents.

Article 28 - Conditions de la liquidation

La liquidation est prononcée en assemblée générale extraordinaire dans les mêmes conditions que celles prévues pour la dissolution à l'article 27 des présents statuts.

Section 3 - Attributions

Article 29

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) le montant des droits d'adhésion,
- d) les montants ou taux de cotisations,
- e) les prestations offertes,
- f) 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- g) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- h) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- i) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- j) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- k) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- l) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- m) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes.

Les décisions régulières prises par l'assemblée générale s'imposent à l'organisme et à ses membres.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer partie de ses pouvoirs à l'assemblée générale de MGEN Union.

Article 30

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an.

Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 31

Le conseil d'administration n'est composé que de membres participants.

Le nombre de membres du conseil d'administration est fixé à 12 administrateurs.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2^e tour).

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

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

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale de MGEN Union, de la MGEN, et des mutuelles ou de cette dernière à créées.

Article 32

Le conseil d'administration est renouvelable par tiers tous les deux ans.

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

Lors de la constitution initiale du conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 33

Les administrateurs ne peuvent exercer leurs fonctions au-delà de 65 ans.

Lorsque l'administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au prochain renouvellement du conseil d'administration.

Nul ne peut se porter candidat au conseil d'administration dès lors qu'il atteint 65 ans lors de l'année de renouvellement du conseil d'administration.

Article 34

La mutuelle propose à ses administrateurs, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation à la gestion.

Section 2 - Réunion

Article 35

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

Article 36

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

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

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.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé par le conseil d'administration lors de la séance suivante.

Section 3 - Attributions

Article 37

Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration 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.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- a) des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- b) de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité,
- c) de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- d) de l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants,

e) de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,

f) des transferts financiers entre mutuelles et unions.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également le rapport de solvabilité prévu à l'article L. 212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L. 212-6 du Code de la mutualité.

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le conseil d'administration peut déléguer partie de ses pouvoirs au conseil d'administration de MGEN Union.

Article 38 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux organes de gestion créés par la mutuelle.

Section 4 - Obligations des administrateurs

Article 39

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

Cependant, l'assemblée générale peut allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées.

La mutuelle rembourse également aux administrateurs les frais de garde d'enfants, de déplacement et de séjour.

Article 40

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de la 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.

Les administrateurs ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Un ancien salarié de MGEN Union, de la MGEN ou des mutuelles que cette dernière a créées ne peut être nommé administrateur de celle-ci qu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

La nullité des nominations intervenues en méconnaissance des deux alinéas précédents n'entraîne pas celle des délibérations auxquelles l'administrateur irrégulièrement nommé a pris part.

Article 41

Aucune rémunération liée d'une 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 42

Il est interdit aux administrateurs de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser leurs engagements envers les tiers à moins qu'ils n'en bénéficient aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election, composition, réunion

Article 43

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 44

Le bureau comprend au maximum 4 membres et se compose de la manière suivante :

- un président,
- un vice-président délégué,
- un trésorier général,
- un secrétaire général.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 45 - Président

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

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions 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 articles L. 510-8 et L. 510-10 du Code de la mutualité. 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. Il est compétent pour décider d'agir en justice ou défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs aux membres du bureau national.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, 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 délégué. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président délégué.

Article 46 - Délégation des membres du bureau

A l'exception de tous les pouvoirs qui lui sont expressément réservés par le Code de la mutualité, le bureau national peut déléguer partie de ses pouvoirs au bureau national de MGEN Union.

Chapitre 4

Organisation des sections de la mutuelle

Article 47

Les membres de la mutuelle, adhérents à titre individuel ou à titre collectif, sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.

Article 48

Sous la responsabilité du conseil d'administration, un correspondant est désigné dans chaque département pour une durée de 1 an.

Article 49

En cas de vacance de poste d'un correspondant et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine réunion du conseil d'administration qui procédera à la désignation du nouveau correspondant.

Article 50

Le conseil d'administration peut déléguer annuellement partie de ses pouvoirs aux correspondants départementaux.

Chapitre 5

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 51 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 1,
 - les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 2,
 - les cotisations et compléments de cotisation acquittés par les membres participants et bénéficiaires relevant du règlement 3,
 - la participation de solidarité versée, le cas échéant, par les membres dont le montant est arrêté par l'assemblée générale,
 - les contributions,
 - les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
 - les produits résultant de l'activité de la mutuelle,
- et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Article 52 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
 - les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
 - les versements faits aux unions et fédérations,
 - la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
 - les cotisations versées au fonds de garantie,
- 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 53 - 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. Il peut déléguer la réalisation de ces opérations au trésorier.

Article 54 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme d'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 25-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 55 - Marge de solvabilité

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

Article 56 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L.255-219 du Code de commerce.

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

Titre 3

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 57 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 58 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de sa cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

Article 59 - Restitution de la carte d'adhérent

En cas de démission, radiation ou déchéance du membre participant et/ou de son (ou ses) bénéficiaire(s), le membre participant restitue sa carte d'adhérent et/ou, le cas échéant, celle de son (ou ses) bénéficiaire(s).

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 60 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlements(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) 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.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Article 61 - Maxima des remboursements

Le remboursement des dépenses de maladie de la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective du mutualiste.

Article 62 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle. La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et 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 pour les prestations dues au titre de l'article 60, 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 le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 63 - Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, sous toutes les réserves prévues à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Règlement mutualiste 1

Assistance des membres participants MGEN

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-1 des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 6-1 des statuts de MGEN Filia, les membres participants et les bénéficiaires de la MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Filia et, à ce titre, les dispositions du règlement mutualiste 1 de la MGEN « Dispositions générales applicables aux membres participants et bénéficiaires de la MGEN » s'imposent à eux.

Chapitre 1 Prestations

Article 3 - Service d'aide à domicile

3-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée, en cas de maladie ou de dépendance et afin de faciliter la vie du groupe familial au domicile, au membre participant et à ses bénéficiaires, sauf s'ils bénéficient de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Elle prend la forme :

- d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou d'une aide en cas de présence de jeunes enfants par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou de conseils, éventuellement en relation avec d'autres organismes.

3-2 - Modalités et critères d'attribution

La prestation est attribuée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile.

Aucune prestation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir toutefois excéder 40 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère et 60 heures par mois pour l'intervention d'une travailleuse familiale.

La prestation se caractérise par deux types d'intervention :

- une aide ménagère,
- une travailleuse familiale.

Les montants sont déterminés en fonction de la situation du bénéficiaire de la prestation.

3-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère :

- 9 € pour un bénéficiaire en ménage, actif,
- 4 € pour un bénéficiaire en ménage, retraité,
- 11 € pour un bénéficiaire seul, actif,
- 4 € pour un bénéficiaire seul, retraité.

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale :

- 12 € pour un bénéficiaire en ménage, actif,
- 20 € pour un bénéficiaire en ménage, retraité,
- 14 € pour un bénéficiaire seul, actif,
- 20 € pour un bénéficiaire seul, retraité.

3-4 - Durée de la prestation

Pour les actifs, la prise en charge initiale, pour une aide ménagère, ne peut excéder une durée maximale de trois mois. Elle pourra être renouvelée dans la limite d'une année non reconductible. Pour une travailleuse familiale, la prise en charge initiale peut être de trois mois, renouvelable une fois maximum.

Pour les retraités, la prise en charge initiale peut être délivrée pour une durée comprise entre 1 mois et 1 an renouvelable.

Article 4 - Service d'aide à domicile Dépendance totale

4-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile. Elle concerne le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint qui perçoit la prestation complémentaire de maintien à domicile, prévue à la garantie Dépendance totale.

4-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

4-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

4-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 1 an, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation complémentaire de maintien à domicile.

Article 5 - Service d'aide à domicile Perte temporaire d'autonomie

5-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint bénéficiaire de la prestation Perte temporaire d'autonomie.

5-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une travailleuse familiale.

5-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

Pour l'intervention d'une travailleuse familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

5-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie.

Chapitre 2 Cotisation

Article 6

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à la MGEN.

Elle représente 0,93 % de la cotisation MGEN nette de la taxe sur les conventions d'assurance (*taux 2009 appelé à être révisé par le Conseil d'administration en janvier 2010*).

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

Règlement mutualiste 2

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-2 ou 6-2 bis des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, ACAM, 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Filia.

Article 3 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN Filia - Gestion des réclamations - BP 34363 - 34196 Montpellier Cedex 5.

Chapitre 1 Prestations

Article 4 - Prestations maladie et maternité

Les prestations maladie et maternité sont servies aux membres participants et à leurs bénéficiaires dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale :

- actes médicaux courants,
- dentaire,
- optique,
- prothèses,
- hospitalisation,
- pharmacie.

La prestation « Forfait contraception » est servie en cas d'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Les montants des remboursements effectués par la mutuelle figurent au tableau des prestations (article 10 du présent règlement).

Article 5 - Prestations d'aide aux personnes

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants et de leurs bénéficiaires un contrat collectif auprès de la Maif pour leur offrir des prestations en cas d'immobilisation ou de décès.

Une notice d'information sur ce contrat sera remise au membre participant. Elle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Le détail de l'intervention figure à l'article 11 du présent règlement.

Article 6 - Contrats facultatifs

6-1 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

Le membre participant MGEN Filia et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s)

peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par MGEN Filia auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :

- la couverture des frais d'obsèques,
- l'assistance (assistance administrative, matérielle, soutien psychologique...).

L'adhésion à ce contrat donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises à l'adhérent lors de la souscription.

6-2 - Casden, offres bancaires

Les adhérents MGEN Filia peuvent bénéficier d'offres bancaires de la Casden conçues spécifiquement pour eux.

Article 7 - Allocation de solidarité maternité

Dans le cadre de son action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, la mutuelle attribue au membre participant une allocation de 160 euros à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

• **Naissance** : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de sa mutualisation.

• **Adoption** : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement français définitif d'adoption plénière ou, le jugement d'adoption étranger produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Sous peine de forclusion, les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant.

Article 8 - Traitements nicotiques de substitution

La mutuelle intervient s'agissant des membres participants et bénéficiaires, dans la limite d'un forfait individuel de 50 euros par année civile, pour les traitements nicotiques de substitution remboursés par la Sécurité sociale.

La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle est limitée à un seul forfait au cours de la durée d'adhésion. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décompte(s) Sécurité sociale et de l'ensemble des factures acquittées.

La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.

Article 9 - Délais d'attente

Le membre participant ou bénéficiaire, s'il était mutualiste de la MGEN ou bénéficiait de prestations de même nature, a droit immédiatement à l'ensemble des prestations de la mutuelle.

A défaut, un délai d'attente de 9 mois est appliqué pour les prestations dentaire, optique, orthopédie non accidentelle et l'allocation de solidarité maternité.

Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

Article 10 - Tableau des prestations

| Nature des frais | Prestations MGEN Filia Sur la base du tarif conventionnel de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale ou forfaits |
|---|---|
| Actes médicaux courants * | |
| Honoraires médecins, sages femmes, soins externes, radiologies diagnostiques | |
| - Règle générale | 30 % |
| - Cas particulier : actes techniques réalisés dans le parcours de soins par des médecins ayant signé l'option de coordination ⁽¹⁾ | 45 % |
| Honoraires et auxiliaires médicaux | |
| Masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers..... | 40 % |
| Analyses et examens laboratoires | 40 % |
| Pharmacie | |
| - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %..... | néant |
| - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 35 %..... | 65 % |
| - Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %..... | 35 % |
| Participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale | 18 € |
| Transport | 35 % |
| Contraception | |
| Forfait contraception <i>(contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale)</i> | |
| Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée. Demande de remboursement appréciée à la date de prescription. | Dans la limite de 40 € par personne et par année civile |
| Dentaire * | |
| Soins dentaires | 30 % |
| Prestation non conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN.</i> | |
| Prothèses dentaires | |
| - Insrites à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)..... | 105 % |
| - Hors NGAP | |
| • par prothèse fixe (couronne ou pilier de bridge) | 107 € |
| • appareil amovible 1 à 3 dents ou intermédiaires de bridge (1, 2, ou 3) | 65 € |
| par dent supplémentaire..... | 15 € |
| • traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - gouttières occlusales..... | 115 € |
| Prestation conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie :</i> | |
| - du montant de la prestation conventionnelle, | |
| - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. | |
| <i>Cette disposition s'applique aux prothèses fixes. Se renseigner auprès de la section départementale.</i> | |
| Orthodontie | |
| Prestation non conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN.</i> | |
| Prise en charge par la Sécurité sociale..... | 20 % TR |
| Non prise en charge par la Sécurité sociale | néant |
| Prestation conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé conventionné avec la MGEN, il bénéficie :</i> | |
| - du montant de la prestation conventionnelle, | |
| - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. | |
| <i>Se renseigner auprès de la section départementale.</i> | |

| Optique | |
|--|--|
| Prestation hors réseau | |
| <i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN.</i> | |
| Forfait global optique | |
| Monture + verres unifocaux (quel que soit le niveau de correction)..... | Dans la limite de 110 € par personne et par année civile ⁽²⁾ |
| Monture + verres progressifs (quel que soit le niveau de correction)..... | Dans la limite de 170 € par personne et par année civile ⁽²⁾ |
| Lentilles | |
| Prises en charge par la Sécurité sociale..... | Dans la limite de 92 € par oeil et par année civile |
| Non prises en charge par la Sécurité sociale..... | Dans la limite de 54 € par oeil et par année civile |
| Prestation dans le réseau | |
| <i>Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier agréé par la MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations ci-dessus. La liste des opticiens agréés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site Internet MGEN Filia.</i> | |
| Appareillages, prothèses et dispositifs médicaux | |
| Sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale | |
| Prothèses auditives | 457 € |
| Autres prothèses | |
| Remboursées par la Sécurité sociale à 65 %..... | 85 % |
| Remboursées par la Sécurité sociale à 100 %..... | 50 % |
| Accessoires et pansements | |
| Petits appareillages et orthopédie | |
| Remboursés par la Sécurité sociale à 65 %..... | 35 % |
| Remboursés par la Sécurité sociale à 100 %..... | 0 % |
| Hospitalisation* (maladie, chirurgie, maternité) | |
| Prestation non conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec la MGEN.</i> | |
| Frais médicaux | 20 % / 18 € ⁽³⁾ / néant |
| Hébergement et frais de séjours | 20 % / néant |
| Forfait journalier hospitalier | |
| Séjours dans un établissement psychiatrique..... | limité à 12 € / jour |
| Séjours dans un autre établissement..... | limité à 16 € / jour |
| Chambre particulière | 23 € / jour |
| Accompagnement enfant (<i>accompagnement d'une personne de moins de 14 ans hospitalisée dans un établissement de court séjour</i>)..... | 15 € / jour |
| Prestation conventionnelle | |
| <i>Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec la MGEN, il peut bénéficier :</i> | |
| - du montant de la prestation conventionnelle | |
| - de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement | |
| <i>L'application de cette prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement. Se renseigner auprès de la section départementale.</i> | |

(1) Conformément à l'arrêté du 3 février 2005, publié au journal officiel du 11 février 2005, portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

(2) Avant 13 ans : remboursement applicable à l'ensemble des équipements optiques effectués dans l'année.
A partir de 13 ans : remboursement applicable à un achat de lunettes effectué dans l'année.

(3) Prise en charge de la participation forfaitaire visée par l'article R. 322-8 du Code de la Sécurité sociale.

* Concernant les actes médicaux courants, les soins dentaires et l'hospitalisation, le niveau des remboursements Sécurité sociale + MGEN Filia est plafonné au montant du tarif de responsabilité Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

Conditions de prise en charge de l'hospitalisation : Elle est subordonnée à celle de la Sécurité sociale et limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs) pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

Article 11 - Prestations d'aide aux personnes (nature de l'intervention)

Sur évaluation des besoins réalisés par le plateau d'assistance lors de l'appel, en fonction de l'aide rendue nécessaire par un événement garanti affectant un membre participant ou bénéficiaire, les prestations suivantes peuvent être servies :

11.1. En cas d'accident corporel ou de maladie non chronique d'un membre participant ou bénéficiaire

et s'il en résulte :

- une immobilisation à domicile supérieure à 5 jours (ou 2 jours s'il s'agit d'un enfant),
- ou une hospitalisation supérieure à 24 heures (ou 8 jours s'il s'agit d'une maternité),

(une maladie chronique est une maladie diagnostiquée depuis plus de 3 mois et dont le délai de guérison médicalement prévisible est supérieur à 3 mois).

- Garde des bénéficiaires enfants de moins de 16 ans. Cette garde est assurée par des personnels spécialisés, à concurrence de 30 heures réparties sur un mois, ou grâce au déplacement d'un proche à domicile, ou encore grâce au transport des bénéficiaires enfants chez ce proche.
- Conduite à l'école des enfants 2 fois par jour pendant 5 jours.
- Déplacement d'un proche au chevet du membre participant ou du bénéficiaire, ainsi qu'hébergement de ce proche, à concurrence d'un total de 300 euros.
- Réalisation des tâches ménagères (ménage, préparation des repas, entretien du linge) à concurrence de 2 heures par jour et de 30 heures réparties sur un mois.
- Garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animale, ou entretien de ces animaux à domicile, à concurrence d'un mois.
- Location d'un téléviseur dans la chambre d'hôpital, à concurrence d'un mois.
- Remboursement des frais de soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours. Cette prestation peut être servie, si le bénéficiaire enfant, en classe de primaire ou de secondaire, est immobilisé plus de 2 semaines, jusqu'à la reprise de la classe pendant l'année scolaire en cours et à l'exclusion des périodes de vacances, sous la forme de cours particuliers donnés à domicile, à concurrence de 3 heures et de 75 euros par jour ouvrable.

11.2. En cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire par suite d'accident ou de maladie

- Garde des bénéficiaires enfants de moins de 16 ans.
- Réalisation des tâches ménagères.
- Garde des animaux familiers dans les mêmes conditions que celles précisées au paragraphe 11.1.
- Aides aux démarches.

De plus, une avance de fonds d'un montant maximum de 1 500 euros, remboursables dans un délai d'un mois, peut être consentie pour aider à faire face aux dépenses immédiates.

11.3. Territorialité des garanties

- Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans la limite du territoire métropolitain.
- Pour les membres participants ou bénéficiaires domiciliés dans un département d'outre-mer, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de ce département.

La mise en œuvre de ces prestations est appréciée avec le membre participant ou bénéficiaire lors de son appel. Les dépenses engagées sans accord préalable du plateau d'assistance ne pourront être remboursées après-coup.

Ces prestations n'ont pas vocation à se substituer aux solidarités naturelles de famille ou de voisinage, ou aux prestations dues par les organismes sociaux, les garanties souscrites auprès du groupe MAIF, les employeurs, mais à les compléter s'il y a lieu.

Chapitre 2

Cotisations

Article 12 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Conformément à l'article 58 des statuts, le membre participant, relevant de l'article 6-2 ou 6-2 bis des statuts, acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge (du membre participant) atteint dans l'année civile de l'adhésion.

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire enfant qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire enfant atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

Le montant de la cotisation et/ou du complément de cotisation est minoré de 30 % pour les membres participants et/ou bénéficiaires enfants relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle. L'application de la minoration est conditionnée à la production par les intéressés de la justification de leur appartenance à ce régime.

Tableau des cotisations - Grille d'entrée

| Age du cotisant atteint dans l'année civile de son adhésion ou de l'extension de la couverture familiale | Cotisation ou complément de cotisation annuel (régime général de Sécurité sociale) |
|--|--|
| Moins de 19 ans | 267 € |
| 19 ans | 274 € |
| 20 ans | 276 € |
| 21 ans | 284 € |
| 22 ans | 292 € |
| 23 ans | 299 € |
| 24 ans | 307 € |
| 25 ans | 316 € |
| 26 ans | 324 € |
| 27 ans | 333 € |
| 28 ans | 343 € |
| 29 ans | 351 € |
| 30 ans | 361 € |
| 31 ans | 371 € |
| 32 ans | 381 € |
| 33 ans | 391 € |
| 34 ans | 402 € |
| 35 ans | 412 € |
| 36 ans | 423 € |
| 37 ans | 435 € |
| 38 ans | 446 € |
| 39 ans | 459 € |
| 40 ans | 492 € |
| 41 ans | 511 € |
| 42 ans | 520 € |
| 43 ans | 530 € |
| 44 ans | 541 € |
| 45 ans | 560 € |
| 46 ans | 572 € |
| 47 ans | 581 € |
| 48 ans | 590 € |
| 49 ans | 604 € |
| 50 ans | 617 € |
| 51 ans | 642 € |
| 52 ans | 656 € |
| 53 ans | 668 € |
| 54 ans | 681 € |
| 55 ans | 696 € |
| 56 ans | 711 € |
| 57 ans | 726 € |
| 58 ans | 742 € |
| 59 ans | 754 € |
| 60 ans | 770 € |
| 61 ans | 786 € |

| | |
|----------------|---------|
| 62 ans | 803 € |
| 63 ans | 824 € |
| 64 ans | 843 € |
| 65 ans | 864 € |
| 66 ans | 882 € |
| 67 ans | 903 € |
| 68 ans | 923 € |
| 69 ans | 945 € |
| 70 ans | 990 € |
| 71 ans | 1 015 € |
| 72 ans | 1 040 € |
| 73 ans | 1 066 € |
| 74 ans | 1 093 € |
| 75 ans | 1 120 € |
| 76 ans | 1 148 € |
| 77 ans | 1 177 € |
| 78 ans | 1 206 € |
| 79 ans | 1 236 € |
| 80 ans et plus | 1 267 € |

Les montants de cotisations ou de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif de crédit d'impôt mentionné aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les cotisations évoluent avec l'âge du membre participant et de son éventuel bénéficiaire. A âge équivalent, il est tenu compte de l'ancienneté de l'adhérent.

Chaque année, l'assemblée générale :

- fixe le taux d'évolution des cotisations et compléments de cotisation des mutualistes,
- actualise le tableau des cotisations acquittées par les mutualistes au moment de leur adhésion ou de l'extension de la couverture familiale.

Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des bénéficiaires enfants à partir du 3^e enfant couvert.

Un montant forfaitaire de 2 euros, intégré à la cotisation appelée, est dû au titre du contrat collectif souscrit auprès de la MAIF (article 5 du présent règlement).

Article 13 - Modalités de règlement

Les modalités de règlement de la cotisation et du complément de cotisation par le membre participant sont définies dans le bulletin d'adhésion.

Règlement mutualiste 3

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 6-3 ou 6-3 bis des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Chapitre 1 Prestations

Article 2 - Prestations maladie et maternité

Ces prestations sont assurées aux membres participants et à leurs bénéficiaires, en complément de la couverture sociale de base du pays ou territoire d'outre-mer concerné :

- actes médicaux courants,
- dentaire,
- optique,
- prothèses,
- hospitalisation,
- pharmacie.

Les montants des remboursements effectués par la mutuelle figurent au tableau des prestations (article 3 du présent règlement).

Article 3 - Tableau des prestations (à l'étude)

Article 4 - Délai d'attente

Le membre participant ou bénéficiaire, s'il était mutualiste de la MGEN ou bénéficiait de prestations de même nature, a droit immédiatement à l'ensemble des prestations de la mutuelle.

A défaut, un délai d'attente de 9 mois est appliqué pour les prestations hospitalisation, dentaire, optique.

Le délai d'attente débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

Chapitre 2 Cotisations

Article 5 - Cotisations des membres participants et des bénéficiaires

Conformément à l'article 57 des statuts, le membre participant, relevant de l'article 6-3 ou 6-3 bis des statuts, acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge (du membre participant) atteint dans l'année de l'adhésion (cf. tableau des cotisations et des compléments de cotisation).

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire enfant qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire enfant atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

Tableau des cotisations (à l'étude)

Chaque année, l'assemblée générale :

- fixe le taux d'évolution des cotisations et compléments de cotisation des mutualistes,
- actualise le tableau des cotisations acquittées par les mutualistes au moment de leur adhésion ou de l'extension de la couverture familiale.

Article 6 - Modalités de règlement

Les modalités de règlement de la cotisation et du complément de cotisation par le membre participant seront définies dans le bulletin d'adhésion.

MGEN : 3, Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15
Site Internet : www.mgen.fr

