

mgen^{*}

GROUPE **vyv**

MGEN
COMPLÉMENTER
PRÉVOYANCE



STATUTS & RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicables au 1^{er} janvier 2021

The logo for MGEN, consisting of the letters 'MGEN' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark green square.

3 Statuts

16 Règlement mutualiste Complémenter Prévoyance

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif. MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

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

MGEN est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

- 1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;
- 2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;
- 3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- 4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- 5 - d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;
- 6 - de mettre en œuvre une action sociale ;
- 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 du ministère de l'Education nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 32 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

Les personnes définies à l'article 7-1 des statuts peuvent adhérer à MGEN dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif facultatif ou obligatoire.

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

1 - Adhésion individuelle

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

- visées à l'article 7-1 des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

3 - Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section de rattachement.

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.

Pour toute personne relevant du champ de recrutement défini à l'article 7 des statuts, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées à l'article 8-1 ou 8-2 des statuts, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

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

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

- du mois suivant la demande,
- ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

Article 9 - Membres participants

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

Le membre participant de MGEN, adhérent de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, 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.

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 11 - Démission

1 - 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 à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites au point 3 du présent article.

2 - Démission en cours d'année

Le membre participant, couvert par une offre contenant des garanties en santé, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste ou au contrat, sans frais ni pénalités. La démission prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou le nouvel organisme assureur en application de la procédure prévue par l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.

Le membre participant, couvert par une offre contenant uniquement des garanties en prévoyance, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites au point 3 du présent article.

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès.

Le bénéficiaire majeur du membre participant décédé peut faire acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. Durant ce délai, le bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures. A défaut d'adhésion, la couverture du bénéficiaire prend fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

La couverture du bénéficiaire enfant de moins de 18 ans est maintenue dans les conditions antérieures jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans, sauf avis contraire de son représentant légal.

Article 12 - 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 modalités définies à l'article 11-3 des statuts MGEN.

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

Article 13 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

1 - Suspension

À 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.

2 - Résiliation

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

Toute demande de réintégration est soumise à accord avec MGEN actant ou prévoyant le remboursement intégral de la créance.

Article 14 - 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 15 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires ayant volontairement causé 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 et règlements mutualistes.

L'adhérent 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 1er jour du mois suivant celui où l'adhérent en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

En aucun cas, un mutualiste déchu de MGEN ne peut devenir membre participant ou bénéficiaire au titre d'une offre du groupe MGEN.

Article 16 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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 démission ou de la résiliation.

La démission, la résiliation et la déchéance entraîne la perte de la qualité de membre participant ainsi que la fin de l'extension de la couverture familiale.

En cas de résiliation à l'initiative du membre participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les allocations journalières, les allocations d'invalidité, les prestations Dépendance Totale et la Perte Temporaire d'Autonomie.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

➤ Chapitre 3

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

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

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

- des ministères de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de la Culture, et des établissements publics qui leur sont rattachés ;
- des ministères des Solidarités et de la Santé, du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion et des établissements publics qui leurs sont rattachés ;
- des ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

- du règlement mutualiste MGEN DUO ;
- du règlement mutualiste Complémenter Santé ;
- du règlement mutualiste Complémenter Prévoyance ;
- du règlement mutualiste MGEN Territoires et Education.

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 17 - Composition

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

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

Article 18 - Election des délégués

Les membres participants de chaque section élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants à l'assemblée générale pour deux ans dans les conditions suivantes :

- sections jusqu'à 7000 membres : 3 délégués,
- sections de 7001 à 77000 membres : 1 délégué supplémentaire par 7000 membres ou fraction de 7000 membres,
- sections de plus de 77000 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.

Le nombre de délégués suppléants est égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant fixé par tirage au sort.

1 - Candidatures

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

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

Seuls peuvent être candidats les membres du comité de section ou de gestion.

2 - Modalités d'élections

Pour les sections départementales, cette élection a lieu en assemblée générale de section de vote dont la date est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration.

Le comité de gestion de la section extra métropolitaine élit, parmi ses membres, les délégués à l'assemblée générale pour deux ans. Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

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

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section de vote. 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 sont précisées au règlement intérieur des sections et par les instructions du conseil d'administration.

Article 19 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 18.

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 20 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 21 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

Article 22 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 28-1 et 28-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 23 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les prestations offertes,
- d) les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

- h) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- i) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- j) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- k) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m) la nomination des commissaires aux comptes,
- n) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- o) la conclusion d'une convention de substitution,
- p) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,
- q) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

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

Article 24 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 25 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 48 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus 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 2nd tour). Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 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.

Article 26 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité. La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 27 - Représentation des salariés

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

Les modalités des élections de ces représentants sont précisées par le règlement intérieur du conseil d'administration.

Section 2 - Réunions

Article 28 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 29 - Obligation de confidentialité

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

Article 30 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 31 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 32 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Article 33 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- au dirigeant opérationnel,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 34 - Élection 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 35 - Vacance

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. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Article 36 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 37 - Élection

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

Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

Chapitre 4

Direction effective

Article 39 - Dirigeants effectifs

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

Article 40 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 41 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

Chapitre 5

Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 42 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 43 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

Chaque section départementale est administrée par un comité de section composé de 18 à 42 membres.

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.

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

Tout membre du comité 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.

AI - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,

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

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

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

B - Membres de droit

Les membres des conseils d'administration des mutuelles du groupe MGEN sont membres de droit 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.

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

Les membres participants sont conviés aux assemblées départementales lesquelles se décomposent en :

- Rencontres mutuelles, cadre annuel de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale annuelle.
- Assemblée générale de section de vote.

Tous les deux ans, l'assemblée générale de section de vote se réunit au cours de l'assemblée départementale, pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales annuelles.

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

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de ces assemblées.

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

Article 44 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

La SEM définie à l'article 50, est administrée par un comité de gestion composé :

- des détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- de 6 adhérents élus relevant de la SEM.

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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.

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge sont identiques à celles figurant à l'article 51-A1 des statuts pour les membres des comités de section.

A2- Suppléance

Les candidats non élus, issus de pays ou collectivités 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.

A3 - 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.

A4 - Contestations

Les élections au comité de gestion sont soumises à la validation du conseil d'administration.

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

Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à 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 - Membres de droit

Les membres du bureau national de MGEN Union sont membres de droit du comité de gestion.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 45 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

Les comités de section et le comité de gestion ont pour rôle de :

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

- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives,
et pour les seuls comités de section, d'organiser les temps démocratiques départementaux.

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 46 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 47 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 48 - Modes de placement

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

Article 49 - 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 28-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 50 - Marge de solvabilité

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

Article 51 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 52 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 53 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 54 - Missions des détachés

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

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

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

TITRE 3

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

Article 55 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 56 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 57 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF					
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 30 ans	95,82%	1,86%	0,48%	1,84%	0,00%
De 30 à 34 ans	94,56%	1,56%	0,80%	2,56%	0,52%
De 35 à 39 ans	96,53%	1,40%	0,72%	0,88%	0,47%
De 40 à 44 ans	98,05%	1,15%	0,59%	0,21%	0,00%
De 45 à 49 ans	98,12%	1,11%	0,57%	0,20%	0,00%
De 50 à 54 ans	98,40%	1,05%	0,54%	0,01%	0,00%
De 55 à 59 ans	98,44%	1,03%	0,52%	0,01%	0,00%
À partir de 60 ans	98,87%	0,63%	0,49%	0,01%	0,00%
MGEN Équilibre Actif					
Moins de 30 ans	83,66%	1,50%	0,39%	13,45%	1,00%
De 30 à 34 ans	85,84%	1,15%	0,59%	11,28%	1,14%
De 35 à 39 ans	88,72%	1,12%	0,57%	8,85%	0,74%
De 40 à 44 ans	90,92%	1,03%	0,52%	7,19%	0,34%
De 45 à 49 ans	91,37%	0,99%	0,51%	6,80%	0,33%
De 50 à 54 ans	92,21%	0,95%	0,49%	6,04%	0,31%
De 55 à 59 ans	92,49%	0,93%	0,48%	5,79%	0,31%
À partir de 60 ans	92,91%	0,57%	0,44%	5,79%	0,29%
MGEN Équilibre Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	72,13%	1,29%	0,34%	25,38%	0,86%
De 30 à 34 ans	77,92%	1,02%	0,52%	19,53%	1,01%
De 35 à 39 ans	80,89%	0,98%	0,50%	16,97%	0,66%
De 40 à 44 ans	83,91%	0,88%	0,44%	14,47%	0,30%
De 45 à 49 ans	85,30%	0,86%	0,44%	13,11%	0,29%
De 50 à 54 ans	88,60%	0,81%	0,42%	9,90%	0,27%
De 55 à 59 ans	89,15%	0,81%	0,42%	9,35%	0,27%
À partir de 60 ans	88,65%	0,49%	0,38%	10,23%	0,25%
MGEN Référence Actif					
Moins de 30 ans	84,00%	1,44%	0,37%	13,24%	0,95%
De 30 à 34 ans	86,63%	1,10%	0,55%	10,62%	1,10%
De 35 à 39 ans	89,50%	1,09%	0,56%	8,13%	0,72%
De 40 à 44 ans	91,61%	1,04%	0,53%	6,46%	0,36%
De 45 à 49 ans	92,26%	1,01%	0,52%	5,87%	0,34%
De 50 à 54 ans	92,83%	0,98%	0,50%	5,37%	0,32%
De 55 à 59 ans	93,03%	0,96%	0,49%	5,19%	0,33%
À partir de 60 ans	93,79%	0,60%	0,46%	4,86%	0,29%
MGEN Référence Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	73,32%	1,26%	0,32%	24,27%	0,83%
De 30 à 34 ans	78,87%	0,98%	0,50%	18,66%	0,99%
De 35 à 39 ans	81,37%	0,97%	0,50%	16,52%	0,64%
De 40 à 44 ans	83,82%	0,89%	0,45%	14,53%	0,31%
De 45 à 49 ans	85,11%	0,87%	0,45%	13,27%	0,30%
De 50 à 54 ans	88,39%	0,84%	0,43%	10,06%	0,28%
De 55 à 59 ans	88,89%	0,84%	0,43%	9,55%	0,29%
À partir de 60 ans	88,32%	0,52%	0,39%	10,52%	0,25%

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Intégrale Actif					
Moins de 30 ans	86,70%	1,24%	0,32%	10,90%	0,84%
De 30 à 34 ans	88,21%	0,96%	0,49%	9,38%	0,96%
De 35 à 39 ans	90,88%	0,95%	0,49%	7,04%	0,64%
De 40 à 44 ans	92,70%	0,90%	0,46%	5,63%	0,31%
De 45 à 49 ans	93,52%	0,88%	0,45%	4,85%	0,30%
De 50 à 54 ans	93,91%	0,85%	0,44%	4,52%	0,28%
De 55 à 59 ans	94,30%	0,84%	0,43%	4,16%	0,27%
À partir de 60 ans	95,12%	0,52%	0,40%	3,70%	0,26%
MGEN Intégrale Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	76,69%	1,09%	0,28%	21,20%	0,74%
De 30 à 34 ans	81,54%	0,88%	0,45%	16,27%	0,86%
De 35 à 39 ans	83,71%	0,86%	0,44%	14,42%	0,57%
De 40 à 44 ans	85,82%	0,79%	0,40%	12,72%	0,27%
De 45 à 49 ans	86,95%	0,78%	0,40%	11,60%	0,27%
De 50 à 54 ans	89,80%	0,75%	0,39%	8,81%	0,25%
De 55 à 59 ans	90,27%	0,75%	0,38%	8,36%	0,24%
À partir de 60 ans	89,77%	0,46%	0,35%	9,19%	0,23%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 70 ans	96,80%	2,30%	0,39%	0,00%	0,51%
À partir de 70 ans	96,92%	2,21%	0,38%	0,00%	0,49%
MGEN Équilibre retraité					
Moins de 70 ans	89,92%	2,09%	0,35%	7,41%	0,23%
À partir de 70 ans	91,55%	1,99%	0,34%	5,02%	1,10%
MGEN Référence retraité					
Moins de 70 ans	89,18%	2,24%	0,39%	7,95%	0,24%
À partir de 70 ans	90,87%	2,15%	0,37%	5,42%	1,19%
MGEN Intégrale retraité					
Moins de 70 ans	90,61%	1,94%	0,33%	6,90%	0,22%
À partir de 70 ans	92,06%	1,87%	0,32%	4,71%	1,04%

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

- 91,70 % affectés à MGEN
- 1,34 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale
- 0,44 % affectés à MGEN Centres de santé
- 6,10 % affectés à MGEN Vie
- 0,42 % affectés à MGEN Filia, dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile »

VENTILATION DE COTISATION MGEN DUO

(I) La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre MGEN et MGEN Vie auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :

- 4,51 % affectés à MGEN Vie
- 95,49 % affectés à la MGEN.

**VENTILATION DE COTISATION MGEN ALTERNATIVE SANTÉ PRÉVOYANCE
RÉPARTITION DE LA COTISATION (FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE) DU MEMBRE
PARTICIPANT ACTIF ENTRE MGEN ET MGEN VIE**

FRAIS DE SANTÉ			
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
MGEN	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%

PRÉVOYANCE			
	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	78%	84,62%	84,76%
MGEN Vie	22%	15,38%	15,24%

**VENTILATION DE COTISATION MGEN MINISTÈRES SOCIAUX
RÉPARTITION DE LA COTISATION - FRAIS DE SANTÉ
RÉPARTITION DE LA COTISATION - PRÉVOYANCE
(Pour tout âge et tout indice de la fonction publique)**

FRAIS DE SANTÉ					
	Santé Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Surcomplémentaire
MGEN	100%	100%	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%	0%	0%

PRÉVOYANCE				
	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	59,75%	72,59%	76,08%	66,10%
MGEN Vie	40,25%	27,41%	23,92%	33,90%

VENTILATION DE COTISATION MGEN ÉCOLOGIE ET TERRITOIRES

FRAIS DE SANTÉ		
	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%

PRÉVOYANCE		
MP Actifs	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	82,53%	81,73%
MGEN Vie	17,47%	18,27%

MP Retraités		
	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	0%	0%
MGEN Vie	100%	100%

Règlement mutualiste Offre Complémenter Prévoyance

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit les conditions dans lesquelles la mutuelle assure au profit des membres participants relevant de l'article 7-3 des statuts et leurs bénéficiaires dans le cadre d'opérations individuelles :

- des garanties incapacité de travail ;
- des garanties invalidité.

selon l'option choisie lors de l'adhésion. L'option retenue est mentionnée au certificat d'adhésion.

Option 1 : Garantie Indemnités Journalières couvrant uniquement l'incapacité de travail.

Option 2 : Garanties Indemnités Journalières et Invalidité couvrant l'incapacité de travail et l'invalidité.

Option 3 : Garanties Indemnités journalières, Invalidité et Perte de retraite couvrant l'incapacité de travail, l'invalidité et la perte de retraite.

Cinq niveaux d'indemnisation sont proposés à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 %.

Le niveau d'indemnisation retenu s'applique à l'ensemble des garanties composant l'option. Celui-ci est mentionné au certificat d'adhésion.

Article 2 - Conditions d'adhésion

La garantie prend effet au 1^{er} jour du mois de la demande ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de sept mois à compter de la demande à condition qu'à cette date l'agent ne soit pas en arrêt de travail pour raison médicale.

Cas des agents en arrêt de travail pour maladie ou accident ou à temps partiel pour raison thérapeutique à la date d'effet de la participation financière de l'employeur ou à la date de leur embauche :

Les agents en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la participation financière de leur employeur ou à la date de leur embauche ne peuvent pas adhérer aux garanties du présent règlement. Ils ne peuvent y adhérer qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité.

Il en est de même pour les agents à temps partiel pour raison thérapeutique à la date d'effet de la participation financière de leur employeur ou de leur embauche. Ils ne peuvent adhérer aux garanties du présent règlement qu'à l'issue d'une reprise effective de leur activité à temps complet

Article 3 - Formalités d'adhésion

Afin d'adhérer aux garanties choisies, l'intéressé doit retourner à la mutuelle le bulletin d'adhésion qui lui a été remis par la mutuelle, dûment complété, daté et signé. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle.

Article 4 - Délais d'attente

4-1 - Le délai d'attente à l'adhésion

Un délai d'attente d'un an est appliqué aux garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent règlement.

Toute incapacité de travail ouvrant droit à un congé de maladie ou à un temps partiel pour raison thérapeutique qui survient au cours de ce délai d'un an ainsi que toute invalidité faisant suite à cette incapacité ou survenant au cours de ce délai n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.

Les rechutes des congés de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie survenus au cours du délai d'attente n'ouvrent pas droit au versement des prestations prévues aux garanties indemnités journalières, invalidité et perte de retraite du présent règlement.

Toutefois, ce délai d'attente n'est pas appliqué en cas d'incapacité ou d'invalidité consécutive à un accident.

L'accident s'entend de toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité ou l'invalidité incombe au demandeur.

4-2 - Le délai d'attente en cas de changement d'option ou de niveau d'indemnisation

Pour toute demande de changement d'option ou de niveau d'indemnisation de la garantie maintien de salaire à la hausse, le délai d'attente s'applique uniquement sur la ou les garantie(s) supplémentaire(s) souscrite(s) ainsi que sur le niveau d'indemnisation supplémentaire souscrit.

Article 5 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, la mutuelle peut procéder à un contrôle médical. La mutuelle n'est pas tenue par l'avis de la Sécurité sociale et si le contrôle médical déclenché par la mutuelle conduit à un arrêt injustifié, elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

Il en est de même si le bénéficiaire se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par la mutuelle. Le membre participant ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

Article 6 - Procédure d'arbitrage

6-1 - En cas de contestation sur l'état d'incapacité, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant, un médecin désigné par la mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin est désigné, sur la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

6-2 - Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la mutuelle. Toutefois, dans le cas où le médecin tiers expert confirmerait la décision de suspension des prestations à l'égard du membre participant, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

Article 7 - Définition des traitements, primes et indemnités

Pour le calcul des indemnités journalières et invalidité :

- le traitement mensuel net correspond au traitement mensuel brut ayant donné lieu à cotisation au titre des présentes garanties diminué des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires, (Sécurité sociale, retraite CNRACL, IRCANTEC, CSG, CRDS, ...)
- les primes ou indemnités nettes correspondent aux primes ou indemnités brutes mensuelles ayant donné lieu à cotisation au titre de la présente garantie diminuées des cotisations et prélèvements sociaux obligatoires, (CSG, CRDS, ...).

La rémunération des heures supplémentaires est exclue de l'assiette de calcul des garanties.

Article 8 - Exclusions

La mutuelle ne prend pas en charge les risques résultant :

- A. de faits de guerres étrangères lorsque la France est partie belligérante ;**
- B. de guerre civile ou étrangère, d'attentat, d'acte de terrorisme, d'émeute, d'insurrection, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, dès lors que le membre participant y prend une part active ;**
- C. du fait intentionnellement causé ou provoqué par le membre participant ;**
- D. de mutilation ou blessure volontaire ;**
- E. des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de la transmutation de noyaux d'atome ;**
- F. de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;**
- G. de vols sur ailes volantes, ULM, parapente, sports extrêmes, rallyes, courses motocyclistes et automobiles, sauts à l'élastique ;**
- H. d'activités sportives ou de loisirs pratiquées dans le non-respect de la réglementation, des règles, consignes et recommandations de sécurité, de prudence élémentaire ou pratiquées au moyen d'un matériel non conforme à l'usage qui en est fait ou pratiquées à titre professionnel ;**
- I. de cataclysme, tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée ;**
- J. d'usage de stupéfiants, drogues, produits toxiques ou médicaments non prescrits ;**
- K. d'accidents dont est victime le membre participant alors qu'il se trouve en état d'ivresse manifeste ou s'il est relevé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu par la réglementation en vigueur en matière routière, lorsque sa responsabilité est engagée ;**
- L. de rixe sauf en cas de légitime défense ou dans l'exercice du devoir professionnel.**

Article 9 - Prescription

En application de l'article L. 221-II du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance. Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque là.

Cette prescription est interrompue pour l'une des causes suivantes :

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

Article 10 - Réclamations - Médiation

En cas de contestation, les réclamations doivent être formulées par le membre participant à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 09 72 72 40 50 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse,

**Complémenter prévoyance - TSA 10 028
75924 Paris cedex 19**

- en points d'accueil.

Si le membre participant ou ses ayants droits sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

**MGEN - Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**

Important : Tout recours au service réclamation de la mutuelle doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la mutuelle, ou si l'adhérent n'obtient pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, il peut saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
**Médiation du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>
- via le site MEDICYS : medicys-consommation.fr

Article 11 - Protection des données à caractère personnel

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

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du règlement mutualiste ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN.

Ce droit d'opposition ne s'applique pas aux communications ayant un caractère obligatoire dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste.

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

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

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

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

Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.

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

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

Article 12 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest CS 92459, 75 436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

TITRE II PRESTATIONS

➤ Chapitre I Garantie incapacité

Article 13 - Objet de la garantie

La garantie indemnités journalières a pour objet de faire bénéficier d'indemnités journalières les membres participants âgés de moins de 67 ans et qui :

- se trouvent momentanément dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté, et perçoivent à ce titre des prestations soit de leur employeur en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale, soit du régime général d'assurance maladie de la Sécurité sociale, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales, et après accord du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 14 - Montant et modalités de versement

14-1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires

Les indemnités journalières sont calculées et versées, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant de ces primes et indemnités nettes et ce, à l'issue des périodes de franchise définies à l'article 15.

14-2 - Pour les agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, calculées et versées à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du montant net du traitement mensuel et à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net des primes et indemnités mensuelles ayant donné lieu à cotisation que le membre participant aurait perçus sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale).

Les primes et indemnités mensuelles sont indemnisées à l'issue des périodes de franchise définies à l'article 15.

En tout état de cause l'intervention de la mutuelle est limitée à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net du traitement mensuel et des primes et indemnités mensuelles pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

14-3 - Pour les agents ayant un horaire variable

Les indemnités journalières sont calculées et versées, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, à hauteur de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du montant net du traitement mensuel moyen pris en compte dans la base de cotisation telle que définie à l'article 38 du présent règlement, déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale).

En tout état de cause l'intervention de la mutuelle est limitée à :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;

- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant net du traitement mensuel moyen pris en compte dans la base de cotisation.

14-4 - Règle de cumul

Le montant mensuel des indemnités journalières versées par la mutuelle augmenté des prestations versées par l'employeur, par la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité, quelle qu'en soit la nature juridique, versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement mensuel net plus éventuellement :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçues s'il avait continué d'exercer son activité.

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

Article 15 - Point de départ du versement des indemnités journalières (périodes de franchise)

D'une manière générale la prestation est servie à compter de la fin de la période à plein traitement prévue par le statut de la Fonction Publique Territoriale.

15-1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- en cas de congé de longue maladie, à partir du début de la 2^e année ;
- en cas de congé de longue durée, à partir du début de la 4^e année ;
- en cas de congé de longue durée, lorsque la maladie a été contractée en service, à partir du début de la 6^e année.

15-2 - Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL

- en cas de maladie ordinaire, à partir du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
- en cas de congé de grave maladie, à partir du début de la 2^e année.

15-3 - Pour les agents non-titulaires :

- en cas de maladie ordinaire :
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 4 mois et 2 ans : à compter du 31^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - pour les agents ayant une ancienneté comprise entre 2 ans et 3 ans : à compter du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu ;
 - pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans : à compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu.
- en cas de congé de grave maladie pour les agents ayant une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans :
 - à partir du début de la 2^e année.

15-4 - Pour les agents non titulaires et horaires ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

- dès le 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu (après épuisement de 60 jours continus ou non sur une période de 12 mois consécutifs).

15-5 - Pour les agents à temps partiel pour raisons médicales :

- si la reprise à temps partiel se situe pendant la période à plein traitement prise en charge par l'employeur, le membre participant est indemnisé au terme de la période à plein traitement à laquelle il aurait pu prétendre s'il n'avait pas repris son activité à temps partiel ;
- si le membre participant est amené à travailler à temps partiel pour des raisons médicales sans avoir été en arrêt complet de travail auparavant, il est pris en charge au terme d'un délai de carence égal :
 - pour les agents dont le traitement est maintenu par l'employeur, au nombre de jours pendant lequel l'employeur aurait maintenu le plein traitement pour un arrêt de travail complet dans le cadre d'un congé de maladie ordinaire ;
 - pour les agents dont le traitement n'est pas maintenu par l'employeur, et relevant du régime général de la Sécurité sociale, à 60 jours.

15-6 - Pour les assistant(e)s maternel(le)s :

- au plus tôt à compter de l'intervention de l'employeur au titre de leur Convention collective lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de celle-ci est atteinte ;
- à partir du 61^e jour d'arrêt de travail continu ou discontinu lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de la Convention collective n'est pas atteinte.

Article 16 - Pièces à fournir

Pour faire valoir ses droits, le membre participant doit remplir et adresser au centre de gestion de la mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par lui-même, accompagné des pièces suivantes :

- les 3 derniers bulletins de salaire ;
- l'attestation de la prise en charge à demi-traitement au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou les décomptes de la Sécurité sociale ;
- une attestation de l'employeur indiquant les périodes d'arrêt de travail au cours des 365 jours précédant l'arrêt au titre duquel la prestation est demandée ;
- le rapport médical de la mutuelle ;
- le cas échéant, la copie de l'avis du Comité médical départemental, ou de l'arrêté municipal relatif au congé de maladie, ou de la Commission de réforme ;
- pour les non-titulaires, une attestation de l'employeur précisant la date d'embauche du membre participant ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Article 17 - Service des prestations

Une fois les droits du membre participant ouverts, le paiement des prestations est effectué sur la base des demandes d'indemnités au fur et à mesure de leur réception par le centre de gestion de la mutuelle. Les prestations sont versées mensuellement à terme échu. Les prestations relatives à l'indemnisation des primes et indemnités sont versées :

- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y a pas eu d'avis du Comité Médical Départemental avant cette reprise ;

- mensuellement et à terme échu s'il y a un avis du Comité Médical Départemental ou si les primes suivent le même régime que le traitement.

Le membre participant s'engage, lors de l'ouverture de ses droits à prestations, à rembourser toutes prestations indûment perçues, notamment en cas de rétablissement par l'employeur du plein traitement avec effet rétroactif suite à la modification du congé de maladie.

Article 18 - Durée du service des indemnités journalières

Pour tous les membres participants, la durée du service de la prestation versée au titre du règlement, ne peut pas excéder plus de 1095 jours continus.

Dans le cadre du temps partiel pour raisons médicales, la durée du service de la prestation versée au titre du règlement ne peut pas excéder plus de 1095 jours sur toute la durée de l'affiliation du membre participant à la présente garantie.

Article 19 - Terme du versement des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin à dater :

- soit du jour de la reprise d'activité ;
- soit de la fin de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou par l'assurance maladie au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- soit de la liquidation d'une pension d'invalidité au titre du régime de base du membre participant ;
- soit à l'expiration de la durée de 1095 jours visée à l'article 18 du présent règlement ;
- soit de la date de la liquidation de la pension de retraite au titre du régime de base du membre participant ;
- soit au plus tard au jour du 67^e anniversaire du membre participant ;
- soit du décès du membre participant.

➤ Chapitre 2

Garantie invalidité

(réservée aux membres participants adhérents aux options 2 ou 3)

Article 20 - Objet de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente aux membres participants âgés de moins de 62 ans qui se trouvent dans l'impossibilité médicalement constatée par la mutuelle d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident de la vie privée, ou de maladie professionnelle ou d'accident du travail survenu pendant la période d'adhésion.

Article 21 - Définition de la prestation

La garantie invalidité a pour objet de servir une rente :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 66 % avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 22 - Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- la date de la mise à la retraite pour invalidité.

Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :

- la date d'attribution de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie ;
- ou la date d'attribution de la rente d'incapacité pour un taux au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 23 - Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

- la reprise de toute activité professionnelle, même partielle, du membre participant ;
- le 62^e anniversaire du membre participant ;
- le décès du membre participant.

Article 24 - Détermination du montant de la rente

24-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est calculé, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, sur la base de 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension ou rente de la CNRACL, de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

24-1-1 - Pourcentage limite du montant de la rente :

Le montant de cette rente est, selon la formule d'indemnisation retenue, au plus égal à :

- 30 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 35 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

24-1-2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles :

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à hauteur de :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant de ces primes et indemnités nettes.

24-1-3 - Règle de cumul :

Le montant de la rente versée par la mutuelle augmenté des prestations versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité, quelle qu'en soit la nature juridique, versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % du traitement indiciaire net mensuel plus éventuellement :

- 37,50 % pour la formule d'indemnisation à 75 % ;
- 40 % pour la formule d'indemnisation à 80 % ;
- 42,50 % pour la formule d'indemnisation à 85 % ;
- 45 % pour la formule d'indemnisation à 90 % ;
- 47,50 % pour la formule d'indemnisation à 95 %,

du montant des primes et indemnités nettes mensuelles, pris en compte au jour de la prise en charge par la mutuelle au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 de la Fonction Publique.

En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la mutuelle est réduite à due concurrence de ce montant.

24-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 % :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée tel que défini aux articles 24-1 à 24-1-3 est minoré selon la formule de calcul suivante :

$$M = R \times I / 50 \%$$

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini aux articles 24.1 à 24.1.3)
- I : Pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle dont le montant calculé est de 500 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$$500 \times 40 \% / 50 \% = 400 \text{ euros.}$$

24-3 - Revalorisation :

La mutuelle définit le taux de revalorisation de cette rente au 1er juillet de chaque année en fonction des résultats annuels du règlement. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

24-4 - Service de la rente :

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 25 - Pièces à fournir

Pour faire valoir ses droits, le membre participant adresse une demande de Rente Invalidité dûment complétée datée et signée par lui-même, accompagnée des documents suivants :

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- l'arrêté de radiation des cadres ;
- le dernier bulletin de salaire ;
- le document CNRACL intitulé « décompte définitif de pension CNRACL » (document à fournir dans sa totalité) ;
- les bulletins de paiements émanant de la CNRACL ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Pour les agents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- le dernier bulletin de salaire ;
- l'arrêté de licenciement pour inaptitude ;
- la notification d'attribution d'une pension invalidité Sécurité sociale 2^e ou 3^e catégorie ;
- la notification d'attribution d'une rente d'incapacité permanente pour un taux supérieur ou égal à 66 % ;
- les décomptes de paiements de la Sécurité sociale ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Les membres participants percevant une rente invalidité au titre du présent règlement doivent adresser au centre de gestion de la mutuelle, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension d'invalidité ou de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

➤ Chapitre 3

Garantie perte de retraite

(réservée aux membres participants adhérents à l'option 3)

Article 26 - Définition de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans. L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie à l'article 20.

Article 27 - Point de départ du versement de la rente

La rente est servie à compter du 62^e anniversaire du membre participant.

Article 28 - Terme du versement de la rente

Au décès du membre participant.

Article 29 - Montant et service de la rente

29-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 % :

Le montant de la rente mensuelle est, selon la formule d'indemnisation retenue et figurant au certificat d'inscription, égal à 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % de la perte de retraite.

La perte de retraite est définie par la différence entre le montant de la retraite que le membre participant aurait perçu à la date de prise en charge au titre de la présente garantie s'il n'avait pas cessé son activité et le montant total des diverses pensions dont le membre participant bénéficie (retraite de la CNRACL, de la Sécurité sociale, de l'IRCANTEC, ou pension ou rente de tout autre organisme).

La retraite qu'aurait perçue le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité est déterminée sur la base du traitement que le membre participant aurait obtenu par avancement d'échelon à l'ancienneté maximale à l'intérieur du grade détenu lors de sa radiation des cadres pour invalidité.

Les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations sont prises en compte dans le calcul de la perte de retraite au titre de la retraite additionnelle de la Fonction publique (RAFP).

29-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 % :

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50 %, le montant de la rente versée par la mutuelle tel que défini à l'article 29.1 est minoré selon la formule de calcul ci-après :

$$M = R \times I / 50 \%$$

- M : Montant de la rente versée
- R : Montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini à l'article 24-1)
- I : Pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %)

Exemple : Pour une rente mensuelle de la mutuelle dont le montant calculé est de 100 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à :

$$100 \times 40 \% / 50 \% = 80 \text{ euros.}$$

29-3 - Revalorisation

La mutuelle définit le taux de revalorisation de cette rente au 1^{er} juillet de chaque année en fonction des résultats annuels des garanties invalidité assurées par la mutuelle. La revalorisation s'effectuera dans la limite de l'évolution de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au cours des 12 derniers mois.

29-4 - Règle de cumul

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux à la date de prise en charge au titre de la présente garantie ne peut excéder, selon la formule d'indemnisation retenue, une indemnisation supérieure à 75 %, 80 %, 85 %, 90 % ou 95 % de la perte de retraite tel que défini à l'article 29-1. En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par la mutuelle sont réduites à due concurrence de ce montant.

29-5 - Service de la rente

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

Article 30 - Pièces à fournir

En sus des pièces demandées pour la garantie Invalidité, pour faire valoir ses droits, le membre participant adresse au centre de gestion de la mutuelle :

- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL ;
- le titre de pension de retraite (notification d'attribution d'une pension ou d'une retraite à titre inapte) ;
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire ;
- un Relevé d'Identité Bancaire, Postal ou de Caisse d'Épargne (RIB, RIP, RICE) du bénéficiaire.

Les membres participants percevant une rente perte de retraite au titre du présent règlement doivent adresser au centre de gestion de la mutuelle, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

TITRE III

GARANTIES OPTIONNELLES

Article 31

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

Cette adhésion donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions et modalités de ces garanties figurent au sein des notices d'information relatives à ces garanties.

TITRE IV

COTISATIONS

Article 32 - Taux de cotisation

Le pourcentage ou taux de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge du membre participant au moment du paiement de la cotisation.

Deux tranches d'âges sont définies : moins de 57 ans et 57 ans et plus.

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant. Le changement de tranche s'effectue au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Un taux de cotisation de base national pour chaque option et niveau d'indemnisation est fixé par la mutuelle.

La mutuelle peut décider d'appliquer à ce taux de cotisation de base national un coefficient en fonction de la sinistralité ou de conditions de mutualisation particulières constatées au sein d'une zone géographique.

La cotisation est annuelle et payable d'avance mais elle peut être fractionnée (paiement mensuel, trimestriel, semestriel).

Elle est exprimée en pourcentage qui s'applique sur les bases suivantes :

- pour les agents titulaires et non-titulaires :

Sur le traitement brut indiciaire du dernier mois de septembre. Peuvent être également prises en considération dans l'assiette des cotisations les primes et indemnités à périodicité mensuelle.

Le montant de cette base mensuelle est arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

- pour les agents ayant un horaire variable (horaires) :

Sur la moyenne des 12 derniers mois de traitement brut précédant la date d'effet de l'adhésion, ou du renouvellement de l'adhésion, arrondi à la dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

La cotisation est due par tous les membres participants en activité ou en incapacité de travail.

Pour les membres participants bénéficiant de prestations au titre de la garantie indemnités journalières, les cotisations sont calculées par application des taux sur les bases définies ci-dessus. Ces bases correspondent à l'intégralité du traitement brut du mois de septembre que le membre participant aurait perçu s'il n'était pas en arrêt de travail.

Mise à jour annuelle de la base de cotisation :

Au 1^{er} janvier de chaque année, la base de la cotisation est mise à jour à partir des éléments de la rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation.

En l'absence de déclaration de la part du membre participant des éléments de la rémunération du dernier mois de septembre soumis à cotisation, une revalorisation automatique est appliquée à la base de cotisation de l'exercice précédent.

Les prestations seront calculées sur cette base dans le respect des règles de cumul.

Les modalités de paiement de la cotisation sont précisées sur le bulletin de demande d'adhésion.

Les taux de cotisation des barèmes établis en tenant compte des impôts et taxes en vigueur à la date de leur émission sont susceptibles de modification en cours d'année en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale et sociale. Tous impôts et taxes dus au titre de la présente garantie sont à la charge du membre participant et sont payables en même temps que la cotisation.

Article 33 - Exonération de la cotisation

Les membres participants percevant des prestations au titre des garanties Invalidité et Perte de retraite sont exonérés du paiement des cotisations au titre de la garantie Maintien de salaire.

BARÈME COTISATIONS DE BASE : TAUX DE COTISATIONS APPLICABLES AUX MEMBRES PARTICIPANTS

ÂGÉS DE MOINS DE 57 ANS

Options	Garanties	TAUX DE COTISATION DE BASE NATIONAL				
		Indemnisation 75%	Indemnisation 80%	Indemnisation 85%	Indemnisation 90%	Indemnisation 95%
Option 1	Indemnités Journalières	0,50 %	0,59 %	0,69 %	0,79 %	0,88 %
Option 2	Indemnités Journalières Invalidité	0,89 %	1,05 %	1,23 %	1,41 %	1,57 %
Option 3	Indemnités Journalières Invalidité - Perte de Retraite	1,06 %	1,25 %	1,46 %	1,67 %	1,87 %

ÂGÉS DE 57 ANS ET PLUS

Option 1	Indemnités Journalières	0,54 %	0,65 %	0,76 %	0,87 %	0,97 %
Option 2	Indemnités Journalières Invalidité	0,96 %	1,16 %	1,34 %	1,54 %	1,73 %
Option 3	Indemnités Journalières Invalidité - Perte de Retraite	1,15 %	1,38 %	1,59 %	1,84 %	2,07 %



GROUPE **vyv**

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgen.fr

mgen^{*}

GROUPE **vyv**

MGEN
COMPLÉMENTER
SANTÉ



STATUTS & RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicables au 1^{er} janvier 2021

The logo for MGEN, consisting of the letters 'MGEN' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark green square.

3 Statuts

16 Règlement mutualiste Complémenter Santé

22 Annexe au Règlement mutualiste

29 Annexe 2 - Notice d'information Garantie assistance

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Il est établi par les membres adhérents aux présents statuts une mutuelle, dénommée Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), groupement de personnes de droit privé à but non lucratif. MGEN est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399.

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

MGEN est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

- 1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;
- 2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;
- 3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;
- 4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;
- 5 - d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;
- 6 - de mettre en œuvre une action sociale ;
- 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 du ministère de l'Education nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 32 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

Les personnes définies à l'article 7-1 des statuts peuvent adhérer à MGEN dans le cadre d'un dispositif conventionnel collectif facultatif ou obligatoire.

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

1 - Adhésion individuelle

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

- visées à l'article 7-1 des statuts,
- exerçant à ce titre leur activité principale,
- et qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'adhésion.

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

3 - Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section de rattachement.

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.

Pour toute personne relevant du champ de recrutement défini à l'article 7 des statuts, sous réserve du respect des modalités d'adhésion mentionnées à l'article 8-1 ou 8-2 des statuts, l'adhésion à la mutuelle s'effectue :

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

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

- du mois suivant la demande,
- ou du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

Article 9 - Membres participants

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

Le membre participant de MGEN, adhèrent de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, 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.

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 11 - Démission

1 - 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 à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites au point 3 du présent article.

2 - Démission en cours d'année

Le membre participant, couvert par une offre contenant des garanties en santé, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste ou au contrat, sans frais ni pénalités. La démission prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou le nouvel organisme assureur en application de la procédure prévue par l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.

Le membre participant, couvert par une offre contenant uniquement des garanties en prévoyance, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

La demande de démission doit être effectuée selon les modalités décrites au point 3 du présent article.

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès.

Le bénéficiaire majeur du membre participant décédé peut faire acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. Durant ce délai, le bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures. A défaut d'adhésion, la couverture du bénéficiaire prend fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

La couverture du bénéficiaire enfant de moins de 18 ans est maintenue dans les conditions antérieures jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans, sauf avis contraire de son représentant légal.

Article 12 - 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 modalités définies à l'article 11-3 des statuts MGEN.

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

Article 13 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

1 - Suspension

À 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.

2 - Résiliation

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

Toute demande de réintégration est soumise à accord avec MGEN actant ou prévoyant le remboursement intégral de la créance.

Article 14 - 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 15 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires ayant volontairement causé 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 et règlements mutualistes.

L'adhérent 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 1er jour du mois suivant celui où l'adhérent en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

En aucun cas, un mutualiste déchus de MGEN ne peut devenir membre participant ou bénéficiaire au titre d'une offre du groupe MGEN.

Article 16 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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 démission ou de la résiliation.

La démission, la résiliation et la déchéance entraîne la perte de la qualité de membre participant ainsi que la fin de l'extension de la couverture familiale.

En cas de résiliation à l'initiative du membre participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les allocations journalières, les allocations d'invalidité, les prestations Dépendance Totale et la Perte Temporaire d'Autonomie.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

➤ Chapitre 3

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

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

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

- des ministères de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de la Culture, et des établissements publics qui leur sont rattachés ;
- des ministères des Solidarités et de la Santé, du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion et des établissements publics qui leurs sont rattachés ;
- des ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

- du règlement mutualiste MGEN DUO ;
- du règlement mutualiste Complémenter Santé ;
- du règlement mutualiste Complémenter Prévoyance ;
- du règlement mutualiste MGEN Territoires et Education.

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 17 - Composition

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

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

Article 18 - Election des délégués

Les membres participants de chaque section élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants à l'assemblée générale pour deux ans dans les conditions suivantes :

- sections jusqu'à 7000 membres : 3 délégués,
- sections de 7001 à 77000 membres : 1 délégué supplémentaire par 7000 membres ou fraction de 7000 membres,
- sections de plus de 77000 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.

Le nombre de délégués suppléants est égal au nombre de délégués titulaires, l'ordre de suppléance étant fixé par tirage au sort.

1 - Candidatures

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

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

Seuls peuvent être candidats les membres du comité de section ou de gestion.

2 - Modalités d'élections

Pour les sections départementales, cette élection a lieu en assemblée générale de section de vote dont la date est arrêtée par le comité de section dans le cadre des instructions du conseil d'administration.

Le comité de gestion de la section extra métropolitaine élit, parmi ses membres, les délégués à l'assemblée générale pour deux ans. Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la mutuelle.

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

Les membres empêchés ont la possibilité de voter par correspondance avant l'assemblée générale de section de vote. 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 sont précisées au règlement intérieur des sections et par les instructions du conseil d'administration.

Article 19 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 18.

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 20 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 21 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

Article 22 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 28-1 et 28-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 23 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les prestations offertes,
- d) les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

- h) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- i) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- j) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- k) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m) la nomination des commissaires aux comptes,
- n) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- o) la conclusion d'une convention de substitution,
- p) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,
- q) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

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

Article 24 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 25 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 48 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus 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 2nd tour). Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 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.

Article 26 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité. La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 27 - Représentation des salariés

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

Les modalités des élections de ces représentants sont précisées par le règlement intérieur du conseil d'administration.

Section 2 - Réunions

Article 28 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 29 - Obligation de confidentialité

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

Article 30 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 31 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 32 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Article 33 - Délégations de pouvoirs

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

- au président,
- au dirigeant opérationnel,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 34 - Élection 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 35 - Vacance

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. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président.

Article 36 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 37 - Élection

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

Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

Chapitre 4

Direction effective

Article 39 - Dirigeants effectifs

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

Article 40 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 41 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

Chapitre 5

Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 42 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 43 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

Chaque section départementale est administrée par un comité de section composé de 18 à 42 membres.

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.

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

Tout membre du comité 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.

AI - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,

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

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

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

B - Membres de droit

Les membres des conseils d'administration des mutuelles du groupe MGEN sont membres de droit 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.

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

Les membres participants sont conviés aux assemblées départementales lesquelles se décomposent en :

- Rencontres mutuelles, cadre annuel de débat et d'échange, préparatoire à l'assemblée générale annuelle.
- Assemblée générale de section de vote.

Tous les deux ans, l'assemblée générale de section de vote se réunit au cours de l'assemblée départementale, pour élire les délégués titulaires et les délégués suppléants aux assemblées générales annuelles.

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

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de ces assemblées.

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

Article 44 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

La SEM définie à l'article 50, est administrée par un comité de gestion composé :

- des détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- des membres du conseil d'administration désignés par lui,
- de 6 adhérents élus relevant de la SEM.

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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.

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

Les conditions d'éligibilité et de limite d'âge sont identiques à celles figurant à l'article 51-A1 des statuts pour les membres des comités de section.

A2- Suppléance

Les candidats non élus, issus de pays ou collectivités 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.

A3 - 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.

A4 - Contestations

Les élections au comité de gestion sont soumises à la validation du conseil d'administration.

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

Toute contestation relative à l'élection est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à 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 - Membres de droit

Les membres du bureau national de MGEN Union sont membres de droit du comité de gestion.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 45 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

Les comités de section et le comité de gestion ont pour rôle de :

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

- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives,
et pour les seuls comités de section, d'organiser les temps démocratiques départementaux.

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 46 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 47 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 48 - Modes de placement

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

Article 49 - 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 28-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 50 - Marge de solvabilité

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

Article 51 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 52 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 53 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 54 - Missions des détachés

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

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

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

TITRE 3

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

Article 55 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 56 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 57 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF					
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 30 ans	95,82%	1,86%	0,48%	1,84%	0,00%
De 30 à 34 ans	94,56%	1,56%	0,80%	2,56%	0,52%
De 35 à 39 ans	96,53%	1,40%	0,72%	0,88%	0,47%
De 40 à 44 ans	98,05%	1,15%	0,59%	0,21%	0,00%
De 45 à 49 ans	98,12%	1,11%	0,57%	0,20%	0,00%
De 50 à 54 ans	98,40%	1,05%	0,54%	0,01%	0,00%
De 55 à 59 ans	98,44%	1,03%	0,52%	0,01%	0,00%
À partir de 60 ans	98,87%	0,63%	0,49%	0,01%	0,00%
MGEN Équilibre Actif					
Moins de 30 ans	83,66%	1,50%	0,39%	13,45%	1,00%
De 30 à 34 ans	85,84%	1,15%	0,59%	11,28%	1,14%
De 35 à 39 ans	88,72%	1,12%	0,57%	8,85%	0,74%
De 40 à 44 ans	90,92%	1,03%	0,52%	7,19%	0,34%
De 45 à 49 ans	91,37%	0,99%	0,51%	6,80%	0,33%
De 50 à 54 ans	92,21%	0,95%	0,49%	6,04%	0,31%
De 55 à 59 ans	92,49%	0,93%	0,48%	5,79%	0,31%
À partir de 60 ans	92,91%	0,57%	0,44%	5,79%	0,29%
MGEN Équilibre Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	72,13%	1,29%	0,34%	25,38%	0,86%
De 30 à 34 ans	77,92%	1,02%	0,52%	19,53%	1,01%
De 35 à 39 ans	80,89%	0,98%	0,50%	16,97%	0,66%
De 40 à 44 ans	83,91%	0,88%	0,44%	14,47%	0,30%
De 45 à 49 ans	85,30%	0,86%	0,44%	13,11%	0,29%
De 50 à 54 ans	88,60%	0,81%	0,42%	9,90%	0,27%
De 55 à 59 ans	89,15%	0,81%	0,42%	9,35%	0,27%
À partir de 60 ans	88,65%	0,49%	0,38%	10,23%	0,25%
MGEN Référence Actif					
Moins de 30 ans	84,00%	1,44%	0,37%	13,24%	0,95%
De 30 à 34 ans	86,63%	1,10%	0,55%	10,62%	1,10%
De 35 à 39 ans	89,50%	1,09%	0,56%	8,13%	0,72%
De 40 à 44 ans	91,61%	1,04%	0,53%	6,46%	0,36%
De 45 à 49 ans	92,26%	1,01%	0,52%	5,87%	0,34%
De 50 à 54 ans	92,83%	0,98%	0,50%	5,37%	0,32%
De 55 à 59 ans	93,03%	0,96%	0,49%	5,19%	0,33%
À partir de 60 ans	93,79%	0,60%	0,46%	4,86%	0,29%
MGEN Référence Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	73,32%	1,26%	0,32%	24,27%	0,83%
De 30 à 34 ans	78,87%	0,98%	0,50%	18,66%	0,99%
De 35 à 39 ans	81,37%	0,97%	0,50%	16,52%	0,64%
De 40 à 44 ans	83,82%	0,89%	0,45%	14,53%	0,31%
De 45 à 49 ans	85,11%	0,87%	0,45%	13,27%	0,30%
De 50 à 54 ans	88,39%	0,84%	0,43%	10,06%	0,28%
De 55 à 59 ans	88,89%	0,84%	0,43%	9,55%	0,29%
À partir de 60 ans	88,32%	0,52%	0,39%	10,52%	0,25%

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Intégrale Actif					
Moins de 30 ans	86,70%	1,24%	0,32%	10,90%	0,84%
De 30 à 34 ans	88,21%	0,96%	0,49%	9,38%	0,96%
De 35 à 39 ans	90,88%	0,95%	0,49%	7,04%	0,64%
De 40 à 44 ans	92,70%	0,90%	0,46%	5,63%	0,31%
De 45 à 49 ans	93,52%	0,88%	0,45%	4,85%	0,30%
De 50 à 54 ans	93,91%	0,85%	0,44%	4,52%	0,28%
De 55 à 59 ans	94,30%	0,84%	0,43%	4,16%	0,27%
À partir de 60 ans	95,12%	0,52%	0,40%	3,70%	0,26%
MGEN Intégrale Actif Renforcée					
Moins de 30 ans	76,69%	1,09%	0,28%	21,20%	0,74%
De 30 à 34 ans	81,54%	0,88%	0,45%	16,27%	0,86%
De 35 à 39 ans	83,71%	0,86%	0,44%	14,42%	0,57%
De 40 à 44 ans	85,82%	0,79%	0,40%	12,72%	0,27%
De 45 à 49 ans	86,95%	0,78%	0,40%	11,60%	0,27%
De 50 à 54 ans	89,80%	0,75%	0,39%	8,81%	0,25%
De 55 à 59 ans	90,27%	0,75%	0,38%	8,36%	0,24%
À partir de 60 ans	89,77%	0,46%	0,35%	9,19%	0,23%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 70 ans	96,80%	2,30%	0,39%	0,00%	0,51%
À partir de 70 ans	96,92%	2,21%	0,38%	0,00%	0,49%
MGEN Équilibre retraité					
Moins de 70 ans	89,92%	2,09%	0,35%	7,41%	0,23%
À partir de 70 ans	91,55%	1,99%	0,34%	5,02%	1,10%
MGEN Référence retraité					
Moins de 70 ans	89,18%	2,24%	0,39%	7,95%	0,24%
À partir de 70 ans	90,87%	2,15%	0,37%	5,42%	1,19%
MGEN Intégrale retraité					
Moins de 70 ans	90,61%	1,94%	0,33%	6,90%	0,22%
À partir de 70 ans	92,06%	1,87%	0,32%	4,71%	1,04%

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

- 91,70 % affectés à MGEN
- 1,34 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale
- 0,44 % affectés à MGEN Centres de santé
- 6,10 % affectés à MGEN Vie
- 0,42 % affectés à MGEN Filia, dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile »

VENTILATION DE COTISATION MGEN DUO

(I) La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre MGEN et MGEN Vie auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :

- 4,51 % affectés à MGEN Vie
- 95,49 % affectés à la MGEN.

VENTILATION DE COTISATION MGEN ALTERNATIVE SANTÉ PRÉVOYANCE RÉPARTITION DE LA COTISATION (FRAIS DE SANTÉ ET PRÉVOYANCE) DU MEMBRE PARTICIPANT ACTIF ENTRE MGEN ET MGEN VIE

FRAIS DE SANTÉ			
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
MGEN	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%

PRÉVOYANCE			
	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	78%	84,62%	84,76%
MGEN Vie	22%	15,38%	15,24%

VENTILATION DE COTISATION MGEN MINISTÈRES SOCIAUX RÉPARTITION DE LA COTISATION - FRAIS DE SANTÉ RÉPARTITION DE LA COTISATION - PRÉVOYANCE

(Pour tout âge et tout indice de la fonction publique)

FRAIS DE SANTÉ					
	Santé Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Surcomplémentaire
MGEN	100%	100%	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%	0%	0%

PRÉVOYANCE				
	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	59,75%	72,59%	76,08%	66,10%
MGEN Vie	40,25%	27,41%	23,92%	33,90%

VENTILATION DE COTISATION MGEN ÉCOLOGIE ET TERRITOIRES

FRAIS DE SANTÉ		
	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%

PRÉVOYANCE		
MP Actifs	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	82,53%	81,73%
MGEN Vie	17,47%	18,27%

MP Retraités		
	Niveau 1	Niveau 2
MGEN	0%	0%
MGEN Vie	100%	100%

Règlement mutualiste Offre Complémenter Santé

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit les conditions dans lesquelles la mutuelle assure au profit des membres participants relevant de l'article 7-1-2-2 des statuts et leurs bénéficiaires des garanties frais de santé.

Article 2 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 3 - Protection des données à caractère personnel

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

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du règlement mutualiste ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN.

Ce droit d'opposition ne s'applique pas aux communications ayant un caractère obligatoire dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 4 - Réclamations - Médiation

En cas de contestation, les réclamations doivent être formulées par le membre participant à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 09 72 72 40 50 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse,

**Complémenter santé - TSA 10 028
75924 Paris cedex 19**

- en points d'accueil.

Si le membre participant ou ses ayants droits sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

**MGEN - Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**

Important : Tout recours au service réclamation de la mutuelle doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la mutuelle, ou si l'adhérent n'obtient pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, il peut saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

**Médiation du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**

- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>
- via le site MEDICYS : medicys-consommation.fr

Article 5 - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste.

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

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

Article 6 - Prescription

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

Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque là.

Cette prescription est interrompue pour l'une des causes suivantes :

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

TITRE II

PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Les prestations servies selon la formule de garantie choisie, sont décrites ci-après et figurent en annexe 1 du présent règlement.

Article 7 - Les formules de garanties

Le membre participant a le choix entre les formules Complemen'Ter santé 1, Complemen'Ter santé 2, Complemen'Ter santé 3.

En cours d'adhésion, le membre participant peut solliciter un changement de formule (pas plus d'un niveau) sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins deux années civiles dans une formule et d'en faire la demande par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre, date de réception par le centre de gestion de la mutuelle. La nouvelle formule prend effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS, naissance ou adoption du premier enfant, divorce/rupture de PACS, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le membre participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement et transmette les justificatifs afférents au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Le changement de formule est sans effet sur les limites de prestations en cours (implantologie, optique et frais d'hospitalisation).

Les bénéficiaires bénéficient obligatoirement de la même formule de garanties que celle du membre participant auquel ils sont rattachés.

Article 8 - Délai d'attente

Les garanties débutent à l'égard de chaque membre participant ou bénéficiaire, dans les conditions prévues à l'article ci-dessus, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

À compter de la date d'effet de l'adhésion un délai d'attente de 9 mois est appliqué pour l'allocation solidarité maternité.

Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

Article 9 - Définition des prestations

9-1 - Frais de santé

Les prestations suivantes incluent celles de la Sécurité sociale :

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

Les prestations suivantes sont servies en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale :

En choisissant la formule Complemen'Ter santé 1, s'ajoute :

- orthodontie,

En choisissant la formule Complemen'Ter santé 2, s'ajoutent à la formule Complemen'Ter Santé 1 :

- forfait contraception ;
- forfait du voyageur ;
- forfait prévention équilibre ;
- implantologie ;
- prothèses dentaires ;
- traitements d'articulations temporo-mandibulaires, gouttières occlusales ;
- hospitalisation : chambre particulière, frais d'accompagnant ;
- les lentilles cornéennes et la chirurgie réfractive de l'œil ;
- allocation de solidarité maternité.

En choisissant la formule Complemen'Ter santé 3, s'ajoutent aux formules Complemen'Ter Santé 1 et 2 :

- forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale ;
- frais d'hébergement pour les cures thermales.

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

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive - voir Tableaux des prestations - Annexe au règlement mutualiste) ;
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

Les prestations sont servies conformément aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code. Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L. 160-13 du même code.

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

9-2 - Allocation solidarité de maternité

La mutuelle attribue au membre participant pour toute naissance ou adoption plénière intervenue à l'expiration du délai d'attente prévu à l'article 7 du présent règlement, une allocation dont le montant est fonction de la formule choisie, à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

- Naissance : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé 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 réserve de la production d'un extrait d'acte de naissance attestant du lien de filiation au 1er degré avec l'enfant daté de moins d'un an).
- Adoption plénière : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement d'adoption français ou 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.

Fait générateur : naissance ou adoption plénière intervenue à l'expiration du délai d'attente.

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.

9-3 - Hospitalisation

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.

La mutuelle intervient en matière d'honoraires et de frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale.

1 - Frais de séjour

La mutuelle intervient pour les séjours hospitaliers en établissement de santé public ou privé, relevant du Code de la santé publique.

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale, sont garantis :

- 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.

Si la formule choisie par l'adhérent le prévoit, la mutuelle intervient pour le remboursement :

- des dépassements d'honoraires pratiqués par le praticien ;
- des frais d'accompagnant ;
- de la chambre particulière.

3 - Participation aux frais d'accompagnant

Elle est accordée pour l'accompagnant du mutualiste de moins de 16 ans, ou de plus de 70 ans, ou en situation de handicap, hospitalisé dans un établissement de court séjour.

9-4 - Prestations de prévention

La mutuelle verse au membre participant et aux bénéficiaires, pour chacune des prestations suivantes, un forfait individuel par année civile dont le montant est fixé en fonction de la formule choisie.

• Forfait Prévention Équilibre

La mutuelle verse un forfait individuel en euros pour une ou deux des prestations suivantes :

- la psychothérapie ;

La mutuelle intervient pour des séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

- la consultation diététique.

La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

• Forfait contraception

La prestation est versée pour les contraceptifs et tests de grossesse non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'achat.

• Forfait du voyageur

La prestation est versée pour les vaccins et rappels suivants prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale : 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 ; traitements médicamenteux anti-paludéens.

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte dans un centre agréé de vaccination.

La prestation est versée sur présentation :

- de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée établie par une officine de pharmacie ;
- ou de la facture originale nominative acquittée établie par un centre agréé de vaccination.

Article 10 - Exclusions

Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale, la mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique, les frais de santé ne figurant pas à la nomenclature de la sécurité sociale, à l'exception de celles figurant dans le tableau des prestations.

Article 11 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

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

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

Article 12 - Devis – Expertise médicale

Qu'ils soient demandés par la mutuelle ou produits spontanément par le membre participant, la mutuelle se réserve le droit de soumettre pour examen les devis par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du membre participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la mutuelle.

Article 13 - Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins ;
- un justificatif original (note d'honoraires, reçu de paiement, ... etc.) pour toute prestation non prise en charge par la Sécurité sociale mais garantie au titre du règlement ;
- l'original de la note d'honoraires pour les frais dentaires, orthodontiques et optiques ;
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par celle-ci ;
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme ;
- pour la garantie maternité - adoption : un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption.

Les sommes dues peuvent être réglées au membre participant et à ses bénéficiaires.

TITRE III

ASSISTANCE

Article 14 - Objet

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants et de leurs bénéficiaires un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des garanties d'assistance à domicile en cas d'accident corporel, de maladie non chronique ou de décès consécutif à un accident ou une maladie.

Une notice d'information sur ce contrat est 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.

TITRE IV

GARANTIES OPTIONNELLES

Article 15

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

Cette adhésion donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions et modalités de ces garanties figurent au sein des notices d'information relatives à ces garanties.

TITRE V

COTISATIONS

Article 16 - Règles de cotisation

Le membre participant acquitte une cotisation déterminée en fonction de l'âge qu'il atteint dans l'année civile de l'adhésion et de la formule de garanties choisie.

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du bénéficiaire atteint dans l'année 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 rattaché au même membre participant.

Le montant de la cotisation et/ou du complément de cotisation est minoré de 30 % pour les membres participants et/ou bénéficiaires 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.

Article 17 - Tableau des cotisations

TABLEAU DES COTISATIONS

ÂGE	COTISATION OU COMPLÉMENT DE COTISATION ANNUEL *		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
Jusqu'à 18 ans	245,52 €	309,96 €	365,16 €
19 ans	249,60 €	310,92 €	368,28 €
20 ans	254,88 €	314,16 €	372,36 €
21 ans	261,00 €	317,28 €	376,68 €
22 ans	268,32 €	320,40 €	382,80 €
23 ans	274,56 €	325,56 €	391,08 €
24 ans	282,00 €	330,84 €	398,40 €
25 ans	290,16 €	338,04 €	408,84 €
26 ans	299,52 €	346,44 €	419,28 €
27 ans	309,00 €	355,80 €	430,68 €
28 ans	319,44 €	364,20 €	443,16 €
29 ans	330,84 €	374,52 €	455,64 €
30 ans	343,32 €	384,96 €	470,28 €
31 ans	359,16 €	400,20 €	489,60 €
32 ans	368,28 €	409,92 €	502,44 €
33 ans	381,84 €	423,36 €	520,20 €
34 ans	395,28 €	436,92 €	536,88 €
35 ans	410,88 €	452,52 €	556,68 €
36 ans	427,56 €	469,20 €	577,32 €
37 ans	444,24 €	484,80 €	598,20 €
38 ans	460,80 €	503,40 €	621,24 €
39 ans	477,48 €	522,24 €	644,04 €
40 ans	496,32 €	540,96 €	669,00 €
41 ans	515,88 €	560,76 €	693,96 €
42 ans	534,72 €	583,68 €	721,08 €
43 ans	554,64 €	605,52 €	747,00 €
44 ans	577,32 €	628,44 €	775,08 €
45 ans	598,20 €	652,44 €	805,32 €
46 ans	620,04 €	677,40 €	836,52 €
47 ans	642,96 €	702,36 €	865,56 €
48 ans	666,96 €	729,36 €	900,00 €
49 ans	690,84 €	756,48 €	931,32 €
50 ans	714,84 €	784,44 €	966,72 €
51 ans	740,76 €	813,72 €	1 002,00 €
52 ans	766,80 €	842,76 €	1 037,40 €
53 ans	794,88 €	873,96 €	1 074,84 €
54 ans	820,92 €	905,16 €	1 114,44 €
55 ans	849,00 €	936,48 €	1 151,88 €
56 ans	879,24 €	970,80 €	1 193,40 €
57 ans	908,40 €	1 005,12 €	1 234,20 €
58 ans	937,44 €	1 039,56 €	1 277,64 €
59 ans	968,76 €	1 076,04 €	1 320,60 €
60 ans	1 001,04 €	1 113,48 €	1 364,04 €
61 ans	1 032,12 €	1 149,84 €	1 409,88 €
62 ans et plus	1 064,52 €	1 188,36 €	1 454,64 €

* la cotisation comprend 3 € TTC au titre de la garantie assistance.

En cas de sortie entraînant la fin de l'adhésion ou de celle du bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis en mois complets avec effet le dernier jour du mois de la fin d'adhésion.

Les cotisations évoluent avec l'âge du membre participant et de ses éventuels bénéficiaires.

Article 18 - Majoration de cotisation issue du dispositif solidaire

Dans le cadre de la labellisation du règlement, le membre participant en activité bénéficie de la participation de son employeur si ce dernier contribue au financement des garanties de protection sociale complémentaire de ses agents. Dans le cas où le présent règlement cesse de faire l'objet d'un label, le membre participant ne pourra plus bénéficier de la participation de son employeur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Il en est de même lorsqu'il quitte la collectivité et lorsqu'il est admis à la retraite.

La mutuelle informe le membre participant du retrait ou du non renouvellement de la labellisation dans un délai d'un mois à compter de la notification de ladite décision.

Lorsqu'un membre participant de plus de 30 ans adhère plus de 2 ans après son entrée dans la collectivité qui contribue à la protection sociale complémentaire de ses agents, sa cotisation est majorée de 2 % par année non cotisée, selon les modalités prévues par l'article 28-2 du décret et l'arrêté d'application du 8 novembre 2011.

Annexe I - Prestations Santé

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
Honoraires médicaux			
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)			
Médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	100 %	100 %	100 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	135 %	150 %
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*		115 %	130 %
Consultations / Visites de sages-femmes			
Sages-femmes	100 %	100 %	100 %
Radiologie			
Imagerie médicale, radiologie, échographie...	100 %	100 %	100 %
Actes techniques hors radiologie			
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	100 %	150 %
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*			130 %
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.			
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	100 %	100 %	100 %
Médicaments			
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	15 %
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 70 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	20 € / année civile
Autres soins			
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	15 € / séance (2 séances maximum / année civile)	20 € / séance (4 séances maximum / année civile)
Prévention			
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Contraception (Selon conditions définies à l'article 9-4 du règlement mutualiste MGEN Complémenter Santé)	20 € / année civile	40 € / année civile	60 € / année civile
Forfait du voyageur (Selon conditions définies à l'article 9-4 du règlement mutualiste MGEN Complémenter Santé)	Néant	20 € / année civile	30 € / année civile
Forfait prévention Équilibre (Selon conditions définies à l'article 9-4 du règlement mutualiste MGEN Complémenter Santé)			
Psychothérapie (Consultations réalisées par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	75 € / année civile	150 € / année civile
Diététique (Consultations réalisées par un diététicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)			
Cures thermales			
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	100 %	100 %	100 %
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	100 %	100 %	100 %
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement	Remboursement SS	Remboursement SS	Remboursement SS + 52,50 € / séjour
Transports			
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Matériel médical			
Appareillages et dispositifs médicaux			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100 %	100 %	100 %
Autres prothèses (Oculaires, mammaires externes, fauteuils roulants)		150 %	150 %
Prothèses capillaires			
Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics		
Prothèse capillaire totale classe II (*)	100 %	150 %	150 %
Prothèse capillaire partielle (*)	100 %	100 %	100 %
Accessoires capillaires (3 accessoires *)	100 %	150 %	150 %

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

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 9 du règlement mutualiste Complémenter Santé

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	140 %	150 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	120 %	130 %
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.			
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrique			
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière***			
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN			
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	35 € / jour	35 € / jour	35 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	45 € / jour	45 € / jour	45 € / jour
- Chambre particulière en maternité	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	15 €	15 €	15 €
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN			
Chambre particulière (en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée)	Néant	25 € / jour	31 € / jour
Frais d'accompagnant			
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap			
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.	Néant	15 € / nuitée	25 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.			
L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.			

DENTAIRE

PRESTATIONS

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale
Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).

Nature des frais

Complémenter
Santé 1

Complémenter
Santé 2

Complémenter
Santé 3

Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*

Couronne définitive
(Sur dent visible ou non visible)

Inlay core (avec ou sans clavette)

Bridge dento-porté

Couronne transitoire dento-portée

Appareil amovible en résine

Réparations sur appareil amovible en résine

*Tel que défini réglementairement

Remboursement total de la dépense engagée.
Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.

Soins et prothèses hors panier 100% Santé

Soins

Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale

100 %

100 %

100 %

Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale

100 €

120 €

170 €

Prothèses

Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale

Couronne définitive sur dent visible
(Incisive, canine et prémolaire)
- couronne céramo-métallique
- couronne céramo-céramique

377 €

394 €

406 €

Couronne définitive sur dent non visible
(Molaire)
- couronne céramo-métallique
- couronne céramo-céramique

215 €

232 €

244 €

159 €

245 €

304 €

Inlay core (avec ou sans clavette)

148 €

169 €

176 €

Bridge 3 éléments

1036 €

1078 €

1105 €

Pilier de bridge supplémentaire :
- métal
- céramique

178 €

188 €

190 €

178 €

196 €

207 €

Intermédiaire de bridge supplémentaire

88 €

91 €

91 €

Couronne transitoire

48 €

54 €

56 €

Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale

- 1 à 3 dents

193,50 €

223 €

243 €

- 4 dents

204,25 €

246 €

266 €

- 5 dents

215,00 €

268 €

288 €

- 6 dents

225,75 €

291 €

311 €

- 7 dents

236,50 €

313 €

333 €

- 8 dents

247,25 €

336 €

356 €

- 9 dents

258,00 €

358 €

378 €

- 10 dents

268,75 €

381 €

401 €

- 11 dents

279,50 €

404 €

423 €

- 12 dents

290,25 €

426 €

446 €

- 13 dents

301,00 €

449 €

469 €

- 14 dents

311,75 €

471 €

491 €

Ajout dent contreplaquée

100%

100%

100%

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	Complémen'ter Santé 1	Complémen'ter Santé 2	Complémen'ter Santé 3
Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale			
Réparation sur appareil amovible métal	100 %	100 %	100 %
Changement de facette	100 %	100 %	100 %
Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale			
Rebasage	Néant	Néant	Néant
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation (forfait par année civile)	200 € / année civile	400 € / année civile	500 € / année civile
Orthodontie			
Traitements remboursés par la Sécurité sociale			
Examens préalables au traitement	100 %	100 %	100 %
Traitement actif (par semestre)	387 €	410 €	441 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	240 €	259 €	265 €
Traitement de contention (2 ^e année)	107,50 €	156 €	220 €
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale			
Examens préalables au traitement	Néant	Néant	Néant
Traitement actif (par semestre, limité à 4 semestres / Enfant: 7e semestre finalisation)	218 €	242 €	272 €
Traitement de contention (1 ^{ère} année)	145 €	164 €	190 €
Traitement de contention (2 ^{ème} année)	32,25 €	81 €	145 €
Traitement d'occlusion	Néant	115 €	140 €
Implantologie			
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale			
Couronne sur implant	107,50 €	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale			
Implant (Greffé d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	250 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	518 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)

OPTIQUE

La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.

	PRESTATIONS		
Nature des frais	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3

Lunettes remboursées par la Sécurité sociale

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

Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Monture (classe A)		< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés			

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

			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	23 €	28 €	38 €	46 €	45 €	54 €	
		≥ 16 ans	23 €	28 €	45 €	54 €	53 €	64 €	
		Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €
			≥ 16 ans	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €	
		≥ 16 ans	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €	
		Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
			≥ 16 ans	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
Monture (classe B)		< 16 ans	30 €		35 €		45 €		
		≥ 16 ans	30 €		50 €		70 €		

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100%	Remboursement SS + forfait 92 €	Remboursement SS + forfait 110 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	Néant	54 €	65 €

Autres prestations optiques

Prestations d'adaptation, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)	Néant	100 €	200 €

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

**Tel que défini réglementairement

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

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

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

De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

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

AIDES AUDITIVES

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Complémen'ter Santé 1	Complémen'ter Santé 2	Complémen'ter Santé 3
Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement*			
Remboursement total de la dépense engagée pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics			
Aides auditives hors du panier 100% santé*			
Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1400 €	1440 €
Mutualiste de plus de 20 ans	490 €	697 €	840 €
Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.			
Accessoires			
Piles, écouteurs, microphones et embouts	100%		

ALLOCATION DE SOLIDARITE MATERNITE

Nature des frais	Complémen'ter Santé 1	Complémen'ter Santé 2	Complémen'ter Santé 3
Aides auditives			
Allocation nouvel enfant ou adoption	Néant	160 € / enfant mutualiste	200 € / enfant mutualiste
Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.			

Annexe 2 - Notice d'information Garantie assistance

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex, immatriculée sous le numéro SIREN 444 269 682. MGEN au bénéfice de ses adhérents relevant de l'offre ComplémentTer Santé.

MGEN et RMA sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

TITRE I

DOMAINES D'APPLICATION

I - Bénéficiaires

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

Sont couverts par la présente notice :

- le membre participant à la Mutuelle,
- et ses ayants droit.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de l'offre ComplémentTer Santé.

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

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

3 - Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert de corps en cas de décès" et "Transfert médical"),

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

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

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice :

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

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

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

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5 - Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'Assisteur sans interruption 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7

- par téléphone : 09 72 72 39 10,
- par télécopie : 02 51 83 26 31,
- par télécopie pour le Médecin Conseil : 02 40 44 43 00.

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

- par téléphone : 00 33 972 723 910

Sans oublier :

- de rappeler votre numéro d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

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

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

En cas de décès, pour le conseil et le transfert médical la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

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

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

6 - Exécution des prestations

Les prestations garanties par la présente notice ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteur met tout en oeuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultat. L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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

Dans le cadre de l'Assistance à domicile, en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en oeuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, l'Assisteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en oeuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue,
- signifier par courrier au membre participant qui déposerait une réclamation la décision motivée d'interruption de l'accompagnement.

7 - Définitions

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

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

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

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

Adhérent : personne physique ayant adhéré à titre individuel à la mutuelle.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière

régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire.

La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

ALD : l'affection de longue durée (ALD) est une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La liste en est établie par décret qui précise la durée d'exonération pour des pathologies concernées. Elle est consultable sur le site : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situationpatient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>.

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

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

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

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

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

Ayants droit : les ayants droit du membre participant, sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

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

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

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

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

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

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La

dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du membre participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du membre participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

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

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

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

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

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

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

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

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information.

Ils sont les suivants :

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

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

Frais Télévision : en plus des prestations d'assistance, l'Assisteur vous propose en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures si vous souhaitez louer un téléviseur dans votre chambre, la prise en charge des frais de location de celui-ci pour une durée maximale de 30 jours.

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

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

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spé-

cifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

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

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

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 2 jours pour un enfant de moins de 16 ans ou de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

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

Maternité : sont considérés comme maternité tout séjour de plus de 5 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

Participant : personne physique affiliée à l'offre Complémenter Santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM.

L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

TITRE 2

SERVICE D'INFORMATIONS ET DE SOUTIEN PAR TÉLÉPHONE

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

1 - Informations juridiques

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- Habitation/logement,
- Justice/défense/recours,
- Vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant),
- Assurances sociales/allocations/retraites,
- Fiscalité,
- Famille.

Pratique :

- Consommation,
- Vacances/loisirs,
- Formalités/cartes/permis,
- Enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

2 - Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 par année civile.

Un soutien spécifique destiné aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs est proposé dans les situations suivantes :

- Difficulté scolaire,
- Difficulté autour de l'entrée dans la vie active,
- Situation de harcèlement ou agression,
- Conduites à risques, conduites addictives,
- Souffrance psychologique.

Un soutien peut être proposé au membre participant ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :

- L'annonce d'une maladie,
- Le parcours de soins,
- L'image de soi, gestion des douleurs,
- L'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- Risques Psycho-Sociaux,
- État de stress au travail,
- Situation d'agression et de violence,
- Épuisement.

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :

- Travail autour de la culpabilité,
- Réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille,
- Prévention de l'épuisement,
- Au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.

Après évaluation du psychologue et accord du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé dans la continuité des entretiens téléphoniques réalisés avec les psychologues de l'Assisteur.

3 - Accompagnement social

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou conseillères en Economie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels.

Des informations destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur les thèmes suivants :

- Cours scolaire et universitaire (scolarité et handicap, financement des études),
- Entrée dans la vie active, accès aux droits, gestion d'un budget, logement.

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

- Aide au budget : bilan de la situation (ressources, charges, endettement, surendettement), recherche de solutions pour équilibrer le budget,
- Soutien à la parentalité : mode de garde, coparentalité, nutrition, relations familiales et conjugales,
- Soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite),
- Aide au départ à la retraite : démarches administratives, projection budgétaire, investissement d'un nouveau rôle social.

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :

- Rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour),
- Organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile),
- Faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :

- Trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements),

- Constituer des dossiers de demande de financement (caisses de retraite, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide sociale),
- Rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :

- Réaliser les démarches administratives,
- Rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- Faciliter une nouvelle organisation de la famille.

4 - Appels de convivialité

Ces entretiens sont animés par un écoutant social dans la limite de 10 par année civile. Ils ont vocation à rompre l'isolement et à faciliter la restauration d'une vie sociale.

Ces entretiens visent à créer un cadre d'échange bienveillant et en s'appuyant sur les centres d'intérêt du bénéficiaire afin de le mobiliser pour retrouver une vie sociale sur son territoire de vie.

5 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- Infections et Maladies Sexuellement Transmissibles (IST et MST),
- Contraception,
- Interruption Volontaire de Grossesse (IVG),
- Hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation)

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- Grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- Hygiène de vie, sport,
- Pathologies liées au vieillissement,
- Vaccinations, réactions aux médicaments,
- Addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- Diététique, régimes,
- Médecines complémentaires, médecines douces,
- Santé en voyage : vaccins, précautions médicales

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos de :

- Maladies professionnelles,
- Troubles Musculo Squelettiques (TMS),
- Risques Psycho-Sociaux (RPS),
- Bilans de santé.

6 - Accompagnement spécifique de la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à votre disposition et le coût de ces conseils est pris en charge par l'Assisteur.

TITRE 3

PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux.

1 - Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

2 - Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou en cas de maternité ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5* jours ou prévue de plus de 10 jours* Immobilisation imprévue de plus de 2 jours pour un enfant de moins de 16 ans

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

2-1 Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 30 heures.

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

2-2 Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

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

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

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

2-3 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou s'il s'agit de l'hospitalisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité.

Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;

- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

2-4 Garde des personnes dépendantes

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

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

2-5 Garde des animaux familiers

L'Assisteur prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC.

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

2-6 Dispositif de Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement pour une durée de 3 mois maximum.

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

2-7 Présence d'un proche au chevet

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

2-8 Prestation complémentaire : Frais télévision en cas d'hospitalisation

Pour toute hospitalisation de 24 heures prévue et imprévue, en plus des prestations d'assistance, l'Assisteur prend en charge la location d'un téléviseur dans la chambre de l'établissement de soins pour une durée maximale de 30 jours.

Les demandes de remboursement doivent être adressées au plus tard dans les 2 mois suivant l'hospitalisation.

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

3 - Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie, radiothérapie du bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile, et ce pendant toute la durée du traitement.

Cette prestation s'organise à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance.

4 - Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

4-1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

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

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

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par télécopie au médecin-conseil : 02 40 44 43 00, par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à :

**Plateforme d'assistance COMPLEMEN'TER SANTE
- à l'attention du Médecin-Conseil -
46 rue du Moulin - CS 32427 -
44124 Vertou Cedex,**

indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

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

4-2 École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 16^{ème} jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant.

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge soit les coûts non défiscalisables occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, Sciences de la Vie et de la Terre (SVT), physique-chimie, 1^{ère} et 2^{ème} langues vivantes.

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

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

Justificatifs

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

Délai de mise en place

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

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

5-1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

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

5-2 Transfert médical

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

Celles-ci peuvent être :

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

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

Suivant le cas, ils s'effectuent :

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

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

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

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.

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

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

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

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.

5-3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ses proches.

6 - Prestations en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France Métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM

6-1 Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire à son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 75 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus). Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 75 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

TITRE 4

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

I - Accompagnement spécifique en cas de décès

I-1 Enregistrement et Respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée de la garantie. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le membre participant puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - I.BENEFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

I-2 Conseil Devis obsèques

Ce service permet au membre participant de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le membre participant souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que l'adhérent aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.

Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

I-3 Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.

I-4 Accompagnement Psycho-Social

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- Analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis),
- Information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- Aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- Évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en oeuvre,
- Assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux).

2 - Prestations d'assistance en cas de décès en France

2-1 Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition des bénéficiaires ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge psychologique assurée par un psychologue dans la limite d'un maximum de 10 entretiens par année civile.

2-2 Aide à Domicile

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres bénéficiaires, une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le décès, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes.

Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 30 heures.

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

2-3 Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres bénéficiaires s'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile :

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

2-4 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

En cas de décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur prend en charge :

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

2-5 Garde ou transfert des personnes dépendantes

En cas de décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteur prend en charge :

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

2-6 Garde des animaux familiers

En cas de décès d'un bénéficiaire et s'il possède des animaux familiers, l'Assisteur prend en charge leur gardiennage dans un centre agréé pendant une durée maximum de 30 jours et dans la limite de 300 euros TTC.

2-7 Dispositif de Téléassistance

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres bénéficiaires et prend en charge les frais d'abonnement pour une durée de 3 mois maximum.

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

2-8 Avance de fonds

Si l'un des autres bénéficiaires ou les proches du bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 3 050 euros TTC, pour les frais d'obsèques.

Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

A cet effet, le numéro et la date de validité de la carte bancaire ou de crédit seront demandés ; à défaut, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

3 - Prestations d'assistance en cas de décès à plus de 50 kilomètres du domicile en France

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du bénéficiaire,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

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

3-1 Transfert du corps ou de l'urne cinéraire

En cas de décès du bénéficiaire, l'Assisteur organise le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine ou Monaco, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, à concurrence de 3 000 euros TTC
- les frais de cercueil pour permettre le transport à concurrence de 800 euros TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert, pompes funèbres, transporteurs est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation, ainsi que des frais de convois locaux ou de crémation. Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de transfert. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

3-2 Assistance des proches en cas de décès

En cas de décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition et prend en charge le transport de cet ayant droit. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, à concurrence d'un maximum de 75 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.

3-3 Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France métropolitaine ou Monaco des autres bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France métropolitaine, Monaco ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine ou Monaco.

3-4 Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi à concurrence d'un maximum de 155 euros TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès d'un bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

TITRE 5

CADRE JURIDIQUE

1 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social: 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

2 - Conditions restrictives d'application des garanties

2-1 Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire de la présente garantie. L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

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

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

2-2 Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée 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 auront été préconisés par l'Assisteur.

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales. L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

2-3 Circonstances exceptionnelles

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

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

3 - Exclusions

Exclusions communes à l'ensemble des prestations

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

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

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

4 - Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

5 - Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

6 - Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

7 - Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la Mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la Mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

8 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 Vertou Cedex feront l'objet d'un traitement automatisé.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante :

dporma@rmassistance.fr

ou en contactant :

**RMA – DPO
46, rue du Moulin - CS 32427 -
44124 Vertou Cedex.**

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à :

**OPPOSETEL - Service Bloctel
06 rue Nicolas Siret
10000 TROYES,**

ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

9 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

**RMA – Direction Assistance et Accompagnement
46 rue du Moulin - CS 32427 -
44124 Vertou Cedex.**

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante :

**Médiateur de la Mutualité Française FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15.**

10 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.



GRUPE **vyv**

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgen.fr