

mgen<sup>\*</sup>

GROUPE **vyv**

MGEN Fila  
COMPLÉMEN'TER  
SANTÉ



# STATUTS & RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2018



The logo for MGEN Fila, featuring the word "MGEN" in a large, bold, white sans-serif font above the word "Fila" in a smaller, white sans-serif font. The logo is positioned in the bottom-left corner of a large orange grid that occupies the top half of the page.

**MGEN**  
**Fila**

**4 Statuts**

**12 Règlement mutualiste Complémenter Santé**

**18 Annexe au Règlement mutualiste**

# Statuts

## TITRE I

### FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

#### ➤ Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

##### Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Filia a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588.

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

##### Article 2 - Sièges de la mutuelle

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

##### Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

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

##### Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

##### Article 5 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à MGEN.

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

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

##### Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

##### Article 6 - Membres participants

La mutuelle admet des membres participants, tels que définis aux articles 7 et 8.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

## Article 7 - Champ de recrutement des adhérents individuels

**1** - Les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 et 18-I des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Filia. Ils n'ont pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants, tels que définis au 1. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement mutualiste Garantie assistance de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre globale SEM.

Les dispositions des présents statuts des articles 8 à 18 ne leur sont pas applicables.

**2** - Peuvent également adhérer à la mutuelle les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement de MGEN et n'ouvrant pas droit à la qualité de bénéficiaire d'un membre participant MGEN, dans le respect du 1,
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au 2. du présent article, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre des prestations définies au règlement mutualiste Efficience Santé.

Ils peuvent également bénéficier des prestations définies au règlement mutualiste Garantie invalidité additionnelle au Corem.

Les dispositions des articles 9 à 18 des présents statuts leur sont applicables.

**3** - Par dérogation au 2 du présent article, peuvent également adhérer à la mutuelle les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Les membres participants, tels que définis au 3. du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au règlement mutualiste Complémenter Santé et/ou au règlement mutualiste Complémenter Prévoyance.

MGEN Filia propose les règlements mutualistes précités aux fonctionnaires et agents des départements et des régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

**4** - Sont également considérés comme membres participants les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste Espace bienvenue) au plus tard le 31 décembre 2012.

## Article 8 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,

- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,

- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

## Article 9 - Adhésion

Peuvent acquérir à titre individuel la qualité de membre participant de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies aux articles 7-2 ou 7-2 bis et 7-3 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

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

L'adhésion du membre participant n'est recevable qu'à compter du premier janvier de l'année suivant son 18<sup>e</sup> anniversaire.

Toutefois, à sa demande et sans l'intervention de son représentant légal, le mineur de plus de seize ans peut être membre participant de la mutuelle.

## Article 10 - Bénéficiaires

### I - Opérations individuelles

#### I-1 - Offre Efficience Santé

Un enfant est considéré comme « bénéficiaire » d'un membre participant, dès lors que la mutuelle a accepté la demande d'extension de la couverture familiale formulée par le membre participant.

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18<sup>e</sup> anniversaire sous la condition que ce bénéficiaire enfant soit ayant droit Sécurité sociale.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

#### I-2 - Offre Complémenter Santé

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

Le membre participant peut également étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire conjoint ou bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

#### I-3 - Offre Espace Bienvenue

Le membre participant peut étendre sa couverture familiale à son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin vivant à son domicile et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire conjoint.

Le membre participant peut également étendre sa couverture familiale à son enfant et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'extension de la couverture familiale permet au membre participant d'ouvrir droit au bénéficiaire conjoint ou bénéficiaire enfant des prestations de la mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le membre participant, par le paiement d'un complément de cotisation.

## 2 - Opérations collectives

Le contrat collectif définit les bénéficiaires et les modalités d'extension de la couverture familiale à ceux-ci. En l'absence de dispositions spécifiques au sein dudit contrat, les dispositions prévues aux articles 10-1, 12 et 13 des présents statuts s'appliquent.

### Article 11 - Mineurs de plus de seize ans

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

### Article 12 - Acquisition de la qualité de membre participant par le bénéficiaire enfant

Le bénéficiaire enfant devient membre participant au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant son 18<sup>e</sup> anniversaire, dans les conditions applicables à tout membre participant.

### Article 13 - Date d'effet de l'adhésion et de l'extension de la couverture familiale

L'adhésion à la mutuelle et l'extension de la couverture familiale aux bénéficiaires du membre participant prennent effet au 1<sup>er</sup> jour :

- du mois de la demande,
- ou d'un mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 mois à compter de la demande.

## Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

### Article 14 - Démission

#### 1 - Démission à effet du 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

A défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1<sup>er</sup> janvier.

#### 2 - Démission en cours d'année

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la mutuelle.

La démission prend effet à partir du 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>e</sup> mois suivant la réception de la demande de démission.

Dans l'hypothèse où le membre participant met fin à son adhésion dans le cadre de la souscription d'un contrat groupe obligatoire, la démission prend effet à partir du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande de démission, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

### Article 15 - Résiliation

#### 1 - Résiliation de la couverture familiale

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

#### 2 - Résiliation pour sortie du champ de recrutement

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

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

La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

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

#### 1 - Suspension

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

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

#### 2 - Résiliation

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

### Article 17 - Réticence ou fausse déclaration

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

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

### Article 18 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

Peuvent être déchus de leurs droits les membres participants ou bénéficiaires ayant 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 1<sup>er</sup> 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 Filia ne peut devenir membre participant ou bénéficiaire au titre d'une offre du groupe MGEN.

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

La démission, la résiliation et la déchéance ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 15-2 des présents statuts.

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

## Chapitre I Assemblée générale

### Section I - Composition et élection

#### Article 20 - Composition

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

Une section de vote par département regroupe les membres participants dudit département. En outre, une section de vote est prévue pour les membres participants qui ne sont pas rattachés à une section de vote départementale et dont le lieu d'exercice pour les actifs ou le lieu de résidence pour les retraités est situé à l'étranger ou dans les territoires d'outre mer.

#### Article 21 - Élection des délégués

Les membres participants de chaque section de vote élisent pour deux ans un délégué titulaire et un délégué suppléant.

Les effectifs pris en compte par section de vote sont comptabilisés au 31 décembre de l'année précédant les élections.

Chaque délégué dispose dans les votes à l'assemblée générale, d'un nombre de voix calculé selon les modalités suivantes : 1 000 voix par 1 000 ou fraction de 1 000 adhérents.

#### I - Candidatures

Les candidatures des délégués à l'assemblée générale sont recueillies au cours de la réunion du comité de section 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.

#### 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 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 se 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 par les instructions du conseil d'administration.

#### Article 22 - 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 suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 20.

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

### Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

#### Article 23 - Convocation et ordre du jour

I - 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 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 24 - Règles de quorum et de majorité

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 28, 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 I 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 I du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

### **Article 25 - 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 23-1 et 23-3 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 26 - 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 montants ou taux de cotisations ;
- d) les prestations offertes ;
- 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, 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 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 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 ;

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

### **Article 27 - Force exécutoire des décisions**

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

### **Article 28 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration**

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

## **Chapitre 2**

## **Conseil d'administration**

### **Section 1 - Composition, élection**

#### **Article 29 - Composition et élection des membres**

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres.

##### **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<sup>er</sup> tour - majorité relative au 2<sup>nd</sup> 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 10 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 30 - Statut des administrateurs**

##### **1 - 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<sup>e</sup> anniversaire.

##### **2 - 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.

##### **3 - Incompatibilités**

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

##### **4 - 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.

## Section 2 - Réunions

### Article 31 - 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 32 - 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 33 - 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.

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

### Article 34 - Démission d'office

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

## Section 3 - Attributions

### Article 35 - 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 ;
- approuve 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 36 - 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 composition du bureau

#### Article 37 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

#### Article 38 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

### Section 2 - Attributions des membres du bureau

#### Article 39 - Président

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

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> 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.

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.

## ➤ Chapitre 4 Direction effective

### Article 40 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN Filia 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 41 - 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 Filia.

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 Filia, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, 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 42 - 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 de la mutuelle

### Article 43 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle, adhérents à titre individuel ou à titre collectif, sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote du lieu de leur domicile.

### Article 44 - Correspondant départemental

Sous la responsabilité du conseil d'administration, un correspondant est désigné dans chaque département pour une durée de 1 an.

En cas de vacance de poste d'un correspondant et quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine réunion du conseil d'administration qui procédera à la désignation du nouveau correspondant.

Le conseil d'administration peut déléguer annuellement partie de ses pouvoirs aux correspondants départementaux.

## ➤ Chapitre 6 Organisation financière

### Section 1 - Produits et charges

#### Article 45 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- les cotisations des membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

#### Article 46 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

#### Article 47 - 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 48 - 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 23-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

#### Article 49 - Marge de solvabilité

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

### Section 3 - Commissaires aux comptes

#### Article 50 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 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 51 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 61 des statuts de MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

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

## TITRE 3

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

#### Article 52 - 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.

A 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

#### ➤ Chapitre 1 Obligations des adhérents envers la mutuelle

##### Article 53 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

##### Article 54 - Paiement des cotisations

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

#### ➤ Chapitre 2 Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

##### Article 55 - Modifications des garanties

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

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

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

##### Article 56 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 53, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

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

# 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 7-3 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), 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Filia.

#### Article 3 - Informatique et libertés

Des renseignements concernant les membres participants et bénéficiaires figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à usage de la mutuelle. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de la part des membres participants et bénéficiaires, elles peuvent être transmises aux partenaires de la mutuelle dans le cadre d'action pouvant les intéresser. Ces droits peuvent être exercés par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de : Complémenter Santé – TSA 10 028 – 75 924 PARIS CEDEX 19.

#### 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 3676 (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 Filia - 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 le membre participant ou ses ayants droit n'obtiennent pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, ils peuvent saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de leur réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :  
**Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN  
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**
- par mail à l'adresse suivante : [mediation@mgen.fr](mailto:mediation@mgen.fr)
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.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.221-11 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 ;
- 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 I du présent règlement.

#### Article 7 - Les formules de garanties

Le membre participant a le choix entre les formules Complémenter santé 1, Complémenter santé 2, Complémenter 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 sont servies en complément de la Sécurité sociale :

- actes médicaux courants ;
- dentaire ;
- optique ;
- prothèses, appareils et dispositifs médicaux ;
- hospitalisation ;
- pharmacie ;
- cures thermales ;
- transports.

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 sauf pour le sevrage tabagique ;
- 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 de la pharmacie, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), des prothèses, appareils et dispositifs médicaux 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, audioprothèse - 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 1<sup>er</sup> 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.

La prise en charge de ces dépenses est limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

### 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, hospitalisée 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 Equilibre

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

- le sevrage tabagique ;

La prise en charge intervient après épuisement du forfait Sécurité sociale. Elle s'effectue sur présentation de la prescription médicale, du (ou des) décomptes Sécurité sociale et de l'ensemble des factures nominatives acquittées. La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance en pharmacie.

- 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 pilules contraceptives de nouvelles générations, l'anneau vaginal et les patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, la contraception d'urgence (pilule du lendemain), les préservatifs féminins et masculins ; spermicides.

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

#### • 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 + WI35, 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 garantie a pour objet de servir des prestations d'assistance en cas d'accident corporel, de maladie non chronique ou de décès consécutif à un accident ou une maladie.

Par maladie chronique, on entend une maladie diagnostiquée depuis plus de 3 mois, et dont le délai de guérison médicalement prévisible est supérieur à 3 mois.

## Article 15 - Bénéficiaires de la garantie Assistance

La garantie est accordée au membre participant et à ses bénéficiaires selon son choix.

## Article 16 - Définition des Prestations

La mise en œuvre de ces prestations est appréciée avec le membre participant ou son bénéficiaire lors de l'appel du membre participant (ou de celui de son bénéficiaire) à un plateau d'assistance. Les dépenses engagées sans accord préalable du plateau d'assistance ne pourront être remboursées après-coup.

Ces prestations n'ont pas vocation à se substituer aux solidarités naturelles de famille ou de voisinage, ou aux prestations dues par les organismes sociaux, par les employeurs et aux garanties souscrites auprès d'autres organismes, mais à les compléter s'il y a lieu.

- Prestations en cas d'accident corporel ou maladie non chronique d'un membre participant ou d'un bénéficiaire, s'il en résulte une immobilisation à domicile supérieure à 5 jours (ou 2 jours s'il s'agit d'un bénéficiaire enfant) ou une hospitalisation supérieure à 24 heures (ou 8 jours s'il s'agit d'une maternité) :
  - garde des bénéficiaires enfants de moins de 15 ans. Cette garde est assurée par des personnels spécialisés, à concurrence de 30 heures réparties sur un mois ou, dans la même limite financière, grâce au déplacement d'un proche au domicile, ou encore grâce au transport des bénéficiaires enfants chez ce proche ;
  - transport des bénéficiaires à l'école (un aller retour par jour pendant 5 jours) ;
  - déplacement d'un proche au chevet de l'adhérent ou du bénéficiaire, ainsi que son hébergement, à concurrence d'un total de 300 € ;
  - réalisation des tâches ménagères (ménage, préparation des repas, entretien du linge) à concurrence de 2 heures par jour et de 30 heures réparties sur un mois ;
  - garde des animaux familiers (chiens, chats) en pension animale, ou entretien de ces animaux au domicile, à concurrence d'un mois ;
  - location d'un téléviseur dans la chambre d'hôpital, à concurrence d'un mois ;
  - remboursement des frais de soutien pédagogique jusqu'à reprise des cours : cette prestation peut être servie, si le bénéficiaire enfant, en classe de primaire ou de secondaire est immobilisé plus de deux semaines, jusqu'à la reprise de la classe pendant l'année scolaire en cours et à l'exclusion des périodes non scolaires (vacances, fériés, journées libérées, mercredis libres), sous la forme de cours particuliers donnés à domicile, à concurrence de 3 heures et de 75 € par jour ouvrable ;
  - conseil social : mise à disposition d'un spécialiste exerçant dans le domaine social, lors d'un entretien téléphonique au cours duquel l'adhérent peut :
    - bénéficier d'informations sur les possibilités d'aides permettant de financer ou de contribuer à financer des services à la personne, sur les mesures de protection des personnes et sur les différents types d'établissements d'hébergement ou d'accueil temporaire ;
    - bénéficier de conseils sur les démarches à effectuer auprès des organismes compétents en fonction de sa situation personnelle.
- Prestations en cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire par suite d'accident ou maladie, dans les conditions prévues ci-dessus :
  - garde des bénéficiaires enfants de moins de 15 ans ;
  - réalisation des tâches ménagères ;
  - garde des animaux familiers ;
  - aides aux démarches ;
  - conseil social.

Ces prestations sont servies dans les mêmes conditions que celles précisées au paragraphe ci-dessus.

De plus, une avance de fonds d'un montant maximum de 1500 euros et remboursable dans un délai d'un mois peut être consentie pour aider à faire face aux dépenses immédiates.

## Article 17 - Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et pour des membres participants et/ou des bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

## TITRE IV

### GARANTIES OPTIONNELLES

## Article 18 - Complément Retraite Mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre MGEN Fila et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime Corem qui a pour objet le service d'un complément retraite par points.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

## Article 19 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

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

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription.

## Article 20 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

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

## Article 21 - Offres bancaires Casden

Les membres participants peuvent également bénéficier d'offres bancaires de la Casden proposées spécifiquement pour eux.

## Article 22 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

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

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

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

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

## Article 23 - Offre Rassurcap Solutions

Le membre participant âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassurcap Solutions » assuré par Parnasse-MAIF.

La souscription de ce contrat donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du contrat figurent dans la demande de souscription remise à l'adhérent lors de la souscription.

## Article 24 - Assurance des prêts

MGEN Fila a souscrit un contrat d'assurance collective en couverture de prêts auprès de CNP Assurances pour couvrir certains risques destinés :

- au membre participant emprunteur ;
- aux co-emprunteurs ou caution personne physique du membre participant, à condition de présenter une demande d'adhésion conjointe avec le membre participant.

Ce contrat d'assurance a pour objet de couvrir :

- l'incapacité, l'invalidité, la perte totale et irréversible d'autonomie et le cas échéant l'invalidité AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ;
- le risque décès.

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

## TITRE V

### COTISATIONS

#### Article 25 - 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<sup>e</sup> 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 26 - 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	238,32€	300,96€	354,48€
19 ans	242,40€	301,92€	357,48€
20 ans	247,44€	305,04€	361,56€
21 ans	253,44€	308,04€	365,64€
22 ans	260,52€	311,04€	371,64€
23 ans	266,64€	316,08€	379,68€
24 ans	273,72€	321,12€	386,76€
25 ans	281,76€	328,20€	396,96€
26 ans	290,88€	336,36€	407,04€
27 ans	300,00€	345,36€	418,08€
28 ans	310,08€	353,52€	430,20€
29 ans	321,12€	363,60€	442,32€
30 ans	333,24€	373,68€	456,48€
31 ans	347,04€	386,64€	472,92€

## TABLEAU DES COTISATIONS

ÂGE	COTISATION OU COMPLÉMENT DE COTISATION ANNUEL *		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
32 ans	357,48€	397,92€	487,80€
33 ans	370,68€	411,00€	504,96€
34 ans	383,76€	424,20€	521,16€
35 ans	398,88€	439,32€	540,36€
36 ans	415,08€	455,52€	560,52€
37 ans	431,28€	470,64€	580,68€
38 ans	447,36€	488,76€	603,00€
39 ans	463,56€	507,00€	625,20€
40 ans	481,80€	525,12€	649,44€
41 ans	500,88€	544,32€	673,68€
42 ans	519,12€	566,64€	699,96€
43 ans	538,32€	587,76€	725,16€
44 ans	560,52€	609,96€	752,40€
45 ans	580,68€	633,24€	781,68€
46 ans	601,92€	657,48€	812,04€
47 ans	624,12€	681,72€	840,24€
48 ans	647,40€	708,00€	873,60€
49 ans	670,56€	734,28€	903,96€
50 ans	693,84€	761,52€	938,28€
51 ans	719,04€	789,84€	972,60€
52 ans	744,36€	818,04€	1006,92€
53 ans	771,60€	848,40€	1043,28€
54 ans	796,92€	878,64€	1081,68€
55 ans	824,16€	909,00€	1118,04€
56 ans	853,44€	942,36€	1158,48€
57 ans	881,76€	975,60€	1197,84€
58 ans	909,96€	1008,96€	1240,20€
59 ans	940,32€	1044,36€	1281,72€
60 ans	971,64€	1080,72€	1324,08€
61 ans	1001,88€	1116,00€	1368,48€
62 ans et plus	1033,20€	1153,44€	1411,92€

\* 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 27 - 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 au Règlement mutualiste

## Annexe I - Prestations santé

FRAIS MÉDICAUX COURANTS			
Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>I. Honoraires médicaux et de sages-femmes</b>			
I.1. Consultations / visites			
- Médecins généralistes (y compris spécialistes en médecine générale), sages-femmes dans/hors parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %
- Médecins spécialistes :			
Dans le parcours de soins coordonnés :			
• médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	65 %	80 %
• médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	30 %	45 %	60 %
En dehors du parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %
I.2 Actes techniques réalisés dans le parcours de soins coordonnés			
- Radiologie	30 %	30 %	30 %
- Autres actes techniques :			
• médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	30 %	80 %
• médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	30 %	30 %	60 %
I.3 Actes techniques réalisés en dehors du parcours de soins coordonnés	30 %	30 %	30 %
I.4 Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €
<b>2. Ostéopathie</b> (séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	15 € / séance dans la limite de 2 séances par année civile	20 € / séance dans la limite de 4 séances par année civile
<b>3. Honoraires des auxiliaires médicaux :</b> infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	40 %	40 %	40 %
<b>4. Analyses - Actes de laboratoire</b>	40 %	40 %	40 %

\* 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.

## APPAREILLAGES, PROTHÈSES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>5. Accessoires et Pansements, Petit appareillage et Orthopédie</b>	40 %	40 %	40 %
<b>6. Autres prothèses</b>			
- Remboursées par la Sécurité sociale à 60 %	40 %	90 %	90 %
- Remboursées par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	50 %	50 %

## AUDIOPROTHÈSE

(sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>7. Audioprothèse</b> (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) La demande de prise en charge est appréciée à la date de facturation par un audioprothésiste.			
- Achat			
• Pour les moins de 20 ans ou ceux de 20 ans et plus atteint de cécité	40 %	560 € par appareil	600 € par appareil
• Pour les 20 ans et plus non atteint de cécité	250 € par appareil	457 € par appareil	600 € par appareil
- Entretien et réparation (par appareil)	40%	40%	40%

### PRESTATION CONVENTIONNELLE dans le réseau conventionné

Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste conventionné avec MGEN, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives, dans la limite de la prestation conventionnelle. La liste des audioprothésistes conventionnés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN.

## PHARMACIE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>8. Pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale</b>			
- médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	Néant	Néant	Néant
- médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	70 %	70 %	70 %
- médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35 %	35 %	35 %
<b>9. Forfait médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale</b> (la liste de ces médicaments peut être adressée sur demande expresse du mutualiste)	Néant	Néant	Dans la limite de 20 € par personne et par année civile

## FRAIS DE TRANSPORTS

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>10. Frais de transports</b>	35 %	35 %	35 %

## CURES THERMALES

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>11. Cures thermales</b> - frais de surveillance médicale - pratiques médicales complémentaires - frais de traitement en établissement thermal - frais d'hébergement	30 % 30 % 35 % du forfait thermal Néant	30 % 30 % 35 % du forfait thermal Néant	30 % 30 % 35 % du forfait thermal Forfait de 52,50 €/cure

## ACTES DE PRÉVENTION

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>12. Actes de prévention</b>			
12.1 Forfait contraception	Dans la limite de 20 € par personne et par année civile	Dans la limite de 40 € par personne et par année civile	Dans la limite de 60 € par personne et par année civile
12.2 Forfait du voyageur	Néant	Dans la limite de 20 € par personne et par année civile	Dans la limite de 30 € par personne et par année civile
12.3 Forfait Prévention Equilibre : - Sevrage tabagique (traitements nicotiniques de substitution) - Psychothérapie (consultations réalisées par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) - Diététique (consultations réalisées par un diététicien)	Néant	Dans la limite de 75 € par personne et par année civile	Dans la limite de 150 € par personne et par année civile
12.4 Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) : - Remboursés par la Sécurité sociale à 65%	35%	35%	35%

## DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>I3. Dentaire</b>			
I3.1 Consultations et soins conservateurs et chirurgicaux Remboursables par la Sécurité sociale et selon la nomenclature générale des actes professionnels ou la classification commune des actes médicaux.	30 %	30 %	30 %
I3.2 Inlay Onlay remboursés par la Sécurité sociale	30 %	50 %	100 %
I3.3 Implantologie			
I3.3.1 1 implant (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	Néant	250 €	518 €
I3.3.2 1 couronne définitive sur implant remboursée par la Sécurité sociale (dans la limite de 2 couronnes définitives sur implant sur 2 années civiles)	30 %	122 € puis 30 % au-delà de la limite	122 € puis 30 % au-delà de la limite
I3.4 Prothèses dentaires			
<b>A. Prestation non conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)			
I3.4.1 Remboursées par la Sécurité Sociale			
• Bridge 3 éléments dento porté			
- Métal	200€	371,85€	461,97€
- Céramique	200€	410,35€	548,59€
• Couronne céramo-métallique ou céramo-céramique dento portée	75,25 €	161,25 €	220,37 €
• Couronne métallique dento portée	75,25 €	122,75 €	133,75 €
• Pilier de bridge supplémentaire :			
- métal	75,25€	122,75€	133,75€
- céramique	75,25€	161,25€	220,37€
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	3,22€	15€	15€
• Inlay Core	36,77 €	128,69 €	164,22 €
• Inlay Core à clavette	43,22 €	151,17 €	249,17 €
• Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale			
- Prothèse amovible définitive résine	58,05 € (9 dents) puis 3,23 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (9 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
- Prothèse amovible définitive métal	58,05 € (1 à 3 dents) puis 3,23 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)	30 %	30 %	30 %
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)	30 %	30 %	30 %
• Prothèse amovible transitoire	38,70 € (1 à 3 dents) puis 3,22 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	87,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	107,85 € (1 à 3 dents) puis 15 € par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents

## DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
13.4.2 Non remboursées par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bridge 3 éléments dento porté :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- métal</li> <li>- céramique</li> </ul> </li> <li>• Pilier de bridge supplémentaire :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- métal</li> <li>- céramique</li> </ul> </li> <li>• Intermédiaire de bridge supplémentaire</li> <li>• Couronne définitive céramo-métallique ou céramo-céramique dento portée</li> <li>• Couronne définitive métallique dento portée</li> <li>• Couronne unitaire transitoire, pilier et intermédiaire de bridge transitoire limités aux incisives, canines et prémolaires</li> </ul>	Néant Néant Néant Néant Néant Néant Néant	333,35 € 410,35 € 122,75 € 161,25 € Néant 161,25 € 122,75 € 31 € / élément	375,35 € 548,59 € 133,75 € 220,37 € Néant 220,37 € 133,75 € 40 € / élément
13.4.3 Cas particulier <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitements d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) – gouttières occlusales</li> </ul>	Néant	115 €	140 €
13.4.4 Réparations sur appareils amovibles (dento portés ou sur implants) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résine :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- adjonction ou changement d'élément</li> <li>- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents</li> <li>- réparation appareil fêlé ou fracturé</li> </ul> </li> <li>• Métal :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- adjonction ou changement d'élément</li> <li>- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents</li> <li>- réparation appareil sans démontage</li> <li>- réparation appareil avec remontage 1 élément</li> <li>- réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément</li> </ul> </li> <li>• Rebasage</li> <li>• Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes</li> </ul>	30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % Néant 30 %	30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % Néant 30 %	30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % 30 % Néant 30 %
<p><b>B. Prestation conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation 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 Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires)</p> 13.4.5 Remboursées par la Sécurité Sociale Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)</li> <li>• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)</li> </ul> Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)</li> <li>• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)</li> </ul> Définitives remboursées par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inlay core</li> <li>• Inlay core à clavette</li> <li>• Bridge 3 éléments dento porté</li> <li>• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire</li> </ul>	397,95 € 397,95 €  195,15 € 195,15 €  100 € 116 € 1000 € 110 €	397,95 € 397,95 €  195,15 € 195,15 €  100 € 116 € 1000 € 110 €	397,95 € 397,95 €  195,15 € 195,15 €  100 € 116 € 1000 € 110 €

## DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
13.4.6 Non remboursées par la Sécurité Sociale			
Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires non remboursés par la Sécurité sociale	110 €	110 €	110 €
Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €	50,70 €	50,70 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)			
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €	110 €	110 €
13.5 Orthodontie			
<b>A. Prestation non conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)			
13.5.1 Examens préalables	30 %	30 %	30 %
13.5.2 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale			
• Traitement actif (par semestre)	38,70€	96,75€	174,15€
• Traitement de contention	32,25€	80,62€	94,75€
13.5.3 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)			
• Traitement actif dans la limite de 4 semestres maximum (finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7ème semestre uniquement)	38,70 €	96,75 €	174,15 €
• Traitement de contention	32,25€	80,62€	145,12€
<b>B. Prestation conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation 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. Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7ème semestre de finalisation de traitement.)			
13.5.4 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale			
• Traitement actif (par semestre)	296,60 €	296,60 €	296,60 €
• Traitement de contention (1ère année)	109,15 €	109,15 €	109,15 €
13.5.5 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)			
• Traitement actif (par semestre)	338,00 €	338,00 €	338,00 €
• Traitement de contention (1ère année)	219,70 €	219,70 €	219,70 €

## HOSPITALISATION

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémenter Santé 1	Complémenter Santé 2	Complémenter Santé 3
<b>A. Prestation non conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN)			
<b>14. Honoraires médicaux</b>			
14.1 Ticket modérateur	20 %	20 %	20 %
14.2 Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €
14.3 Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement* • médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)** • médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**	Néant Néant	40 % 20 %	50 % 30 %
<b>15. Hébergement et frais de séjour</b>	20 %	20 %	20 %
<b>16. Forfait journalier hospitalier</b>			
16.1 Séjour dans un établissement psychiatrique	Dans la limite de : 13,50 € / jour	Dans la limite de : 13,50 € / jour	Dans la limite de : 13,50 € / jour
16.2 Séjour dans un autre établissement	18 € / jour	18 € / jour	18 € / jour
<b>17. Chambre particulière*</b> (en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée)	Néant	Forfait de 25 € / nuitée	Forfait de 31 € / nuitée
<b>18. Frais d'accompagnant*</b> Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par la MGEN, pour l'accompagnant d'un mutualiste : • de moins de 16 ans, • ou de plus de 70 ans.	Néant	15 € / nuit	25 € / nuit
<b>B. Prestation conventionnelle</b> (Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention)			
<b>19. Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée*</b> • Médecine, chirurgie, obstétrique • Maternité • Psychiatrie • Soins de suite et de réadaptation	45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée	45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée	45 €/nuitée 50 €/nuitée 40 €/nuitée 35 €/nuitée
<b>20. Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée*</b>	15 €	15 €	15 €
<b>21. Frais d'accompagnement*</b> Participation accordée 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), pour l'accompagnant d'un mutualiste : • de moins de 16 ans, • ou de plus de 70 ans.	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée

\* dans la limite de 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

\*\* 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.

## OPTIQUE

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

### PRESTATIONS

Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

**Nature des frais**  
(sur prescription médicale)

Complém<sup>'</sup>Ter  
Santé 1

Complém<sup>'</sup>Ter  
Santé 2

Complém<sup>'</sup>Ter  
Santé 3

Prestations  
hors réseaux  
agréés

Prestations  
dans les  
réseaux  
agréés\*

Prestations  
hors réseaux  
agréés

Prestations  
dans les  
réseaux  
agréés\*

Prestations  
hors réseaux  
agréés

Prestations  
dans les  
réseaux  
agréés\*

### 22. Optique

#### Prestations avant 18 ans

Type de verre <sup>(1)</sup>	Codification Sécurité sociale	Par verre		Par verre		Par verre	
<b>Verre unifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	23 €	28 €	38 €	46 €	45 €	54 €
<b>Verre unifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €
<b>Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction</b> sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €
<b>Verre progressif ou multifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
<b>Monture l'unité <sup>(1)</sup></b>	2210546	30 €		35 €		45 €	

## OPTIQUE

La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier.		PRESTATIONS					
Nature des frais (sur prescription médicale)		Complémenter Santé 1		Complémenter Santé 2		Complémenter Santé 3	
		Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés*	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés*	Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés*
Prestations à partir de 18 ans							
<b>Verre unifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2203240 2259966	23 €	28 €	45 €	54 €	53 €	64 €
<b>Verre unifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	130 €
<b>Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction</b> Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €
<b>Verre progressif ou multifocal de forte correction</b> Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €
<b>Monture l'unité <sup>(1)</sup></b>	2233442	30 €		50 €		70 €	
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge							
Prises en charge par la Sécurité sociale							
• Forfait		40 % de la Base de remboursement Sécurité sociale		92 € / œil / année civile		110 € / œil / année civile	
• Prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus		40 %		40 %		40 %	
Non prises en charge par la Sécurité sociale		Néant		54 € / œil / année civile		65 € / œil / année civile	

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

(1) Pour les moins de 18 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 deffet de l'adhésion. A partir de 18 ans : 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 d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

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.

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 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Prestation conventionnelle dans les réseaux agréés

Quand le mutualiste a recours à un opticien lunetier partenaire du réseau OPTISYTA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur la monture, les verres et les lentilles correctrices dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les opticiens partenaires du réseau OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

## OPTIQUE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.		
	Complémen'ter Santé 1	Complémen'ter Santé 2	Complémen'ter Santé 3
<b>Chirurgie réfractive de l'œil</b> (non remboursée par la Sécurité sociale)	Néant	100 € / œil / année civile	200 € / œil / année civile
<b>Système à vision télescopique</b>	40 %	40 %	40 %

## ALLOCATION DE SOLIDARITÉ MATERNITÉ

Nature des frais	Complémen'ter Santé 1	Complémen'ter Santé 2	Complémen'ter Santé 3
<b>23. Allocation de solidarité maternité</b>	Néant	160 € par enfant mutualiste	200 € par enfant mutualiste



GROUPE **vyv**

3 square Max Hymans  
75748 Paris Cedex 15

**mgenfilia.fr**