

Statuts & règlements mutualistes

MGEN DUO

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen^{*}
GROUPE vyv



Statuts	4
Règlement mutualiste - MGEN DUO	16
Annexe 1 - Tableaux des prestations	29
Annexe 2 - Tableaux des cotisations	35

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

1 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

➤ Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

I - Cent-une sections « A » regroupant respectivement dans chaque département, les adhérents aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN Alternative Santé Prévoyance, MGEN Ministères Sociaux, MGEN Ecologie et Territoires, MAEE, ainsi que les adhérents aux contrats collectifs obligatoires et /ou facultatifs de la Fonction Publique d'Etat ;

2 - Une section « B » regroupant les adhérents des offres Complémenter Santé, Complémenter Prévoyance, MGEN DUO, MGEN Territoires et Éducation, Conventions de participation, MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers, ainsi que les adhérents aux contrats collectifs obligatoires et /ou facultatifs des Fonctions Publiques Territoriale et Hospitalière ;

3 - Une section « C » regroupant les adhérents des offres Complémentaire Santé Solidaire, Efficience Santé, Efficience Santé BRED, Espace Bienvenue, ÔJI, ainsi que les adhérents aux contrats collectifs obligatoires et ou facultatifs hors Fonction Publique ;

4 - Une section « D » regroupant les adhérents de la section Extra métropolitaine.

Article 13 - Élection des délégués

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

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

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

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

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

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

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

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

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

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

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

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 15 - Convocation et ordre du jour

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 départementaux, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité départemental est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

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

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

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

Article 16 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 18 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

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

Article 19 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 20 - Composition et élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 21 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 22 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 24 - Obligation de confidentialité

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

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 26 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

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

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

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

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

Article 31 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

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

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

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

Article 35 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

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

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

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

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

Le ou la président(e) du comité extra-métropolitain est désigné selon les modalités prévues par le règlement intérieur des sections et de la section extra-métropolitaine.

A - Membres élus

Les membres élus du comité extra-métropolitain le sont pour 6 ans par les membres participants rattachés à la section et doivent être issus de pays ou collectivités d'outre-mer distincts. Le renouvellement du comité extra métropolitain a lieu par moitié tous les 3 ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

A2 - Contestations

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

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

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

B - Membres de droit

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

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 40 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 41 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 42 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 43 - Modes de placement

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

Article 44 - Fonds d'établissement

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

Article 45 - Marge de solvabilité

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

Article 46 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8 Mandataires mutualistes

Article 50

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

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

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 53 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF			
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 30 ans	98,83%	0,78%	0,39%
De 30 à 34 ans	98,56%	0,80%	0,64%
De 35 à 39 ans	98,69%	0,73%	0,58%
De 40 à 44 ans	98,90%	0,63%	0,47%
De 45 à 49 ans	98,94%	0,61%	0,45%
De 50 à 54 ans	98,97%	0,59%	0,44%
De 55 à 59 ans	99,00%	0,58%	0,42%
À partir de 60 ans	99,08%	0,52%	0,40%
MGEN Équilibre Actif			
Moins de 30 ans	98,83%	0,88%	0,29%
De 30 à 34 ans	98,80%	0,75%	0,45%
De 35 à 39 ans	98,81%	0,75%	0,44%
De 40 à 44 ans	98,88%	0,72%	0,40%
De 45 à 49 ans	98,88%	0,72%	0,40%
De 50 à 54 ans	98,92%	0,71%	0,37%
De 55 à 59 ans	98,93%	0,71%	0,36%
À partir de 60 ans	99,28%	0,40%	0,32%
MGEN Équilibre Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	99,00%	0,75%	0,25%
De 30 à 34 ans	98,93%	0,67%	0,40%
De 35 à 39 ans	98,94%	0,67%	0,39%
De 40 à 44 ans	99,05%	0,63%	0,32%
De 45 à 49 ans	99,05%	0,63%	0,32%
De 50 à 54 ans	99,09%	0,59%	0,32%
De 55 à 59 ans	99,08%	0,60%	0,32%
À partir de 60 ans	99,38%	0,34%	0,28%
MGEN Référence Actif			
Moins de 30 ans	98,83%	0,89%	0,28%
De 30 à 34 ans	98,81%	0,75%	0,44%
De 35 à 39 ans	98,78%	0,77%	0,45%
De 40 à 44 ans	98,82%	0,76%	0,42%
De 45 à 49 ans	98,82%	0,76%	0,42%
De 50 à 54 ans	98,85%	0,75%	0,40%
De 55 à 59 ans	98,87%	0,75%	0,38%
À partir de 60 ans	99,21%	0,43%	0,36%
MGEN Référence Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	98,98%	0,78%	0,24%
De 30 à 34 ans	98,93%	0,67%	0,40%
De 35 à 39 ans	98,92%	0,68%	0,40%
De 40 à 44 ans	99,00%	0,65%	0,35%
De 45 à 49 ans	98,99%	0,66%	0,35%
De 50 à 54 ans	99,02%	0,65%	0,33%
De 55 à 59 ans	99,02%	0,65%	0,33%
À partir de 60 ans	99,33%	0,37%	0,30%

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Intégrale Actif			
Moins de 30 ans	99,03%	0,73%	0,24%
De 30 à 34 ans	98,99%	0,63%	0,38%
De 35 à 39 ans	98,97%	0,65%	0,38%
De 40 à 44 ans	99,01%	0,64%	0,35%
De 45 à 49 ans	99,01%	0,64%	0,35%
De 50 à 54 ans	99,04%	0,62%	0,34%
De 55 à 59 ans	99,05%	0,63%	0,32%
À partir de 60 ans	99,34%	0,36%	0,30%
MGEN Intégrale Actif Renforcée			
Moins de 30 ans	99,14%	0,64%	0,22%
De 30 à 34 ans	99,08%	0,57%	0,35%
De 35 à 39 ans	99,08%	0,58%	0,34%
De 40 à 44 ans	99,15%	0,55%	0,30%
De 45 à 49 ans	99,13%	0,57%	0,30%
De 50 à 54 ans	99,16%	0,55%	0,29%
De 55 à 59 ans	99,16%	0,56%	0,28%
À partir de 60 ans	99,43%	0,31%	0,26%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 65 ans	98,90%	0,80%	0,30%
De 65 à 69 ans	98,90%	0,80%	0,30%
De 70 à 74 ans	98,96%	0,74%	0,30%
À partir de 75 ans	98,96%	0,74%	0,30%
MGEN Équilibre retraité			
Moins de 65 ans	99,07%	0,66%	0,27%
De 65 à 69 ans	99,07%	0,66%	0,27%
De 70 à 74 ans	99,09%	0,64%	0,27%
À partir de 75 ans	99,09%	0,64%	0,27%
MGEN Référence retraité			
Moins de 65 ans	98,97%	0,73%	0,30%
De 65 à 69 ans	98,97%	0,73%	0,30%
De 70 à 74 ans	99,01%	0,70%	0,29%
À partir de 75 ans	99,01%	0,70%	0,29%
MGEN Intégrale retraité			
Moins de 65 ans	99,18%	0,58%	0,24%
De 65 à 69 ans	99,18%	0,58%	0,24%
De 70 à 74 ans	99,25%	0,54%	0,21%
À partir de 75 ans	99,25%	0,54%	0,21%

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

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

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF			
	MGEN ¹	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 30 ans	99,20%	0,50%	0,30%
De 30 à 49 ans	99,20%	0,50%	0,30%
De 50 à 64 ans	99,20%	0,50%	0,30%
Plus de 65 ans	99,20%	0,50%	0,30%

PARTICIPANTS RETRAITÉS			
	MGEN ¹	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé
MGEN Initiale			
Moins de 65 ans	99,20%	0,50%	0,30%
Plus de 65 ans	99,20%	0,50%	0,30%

(1) Garanties santé et prévoyance

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

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

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

Règlement mutualiste

MGEN DUO

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit les conditions dans lesquelles la mutuelle assure au profit des membres participants relevant du chapitre 4 du titre I des statuts et leurs bénéficiaires dans le cadre d'opérations individuelles :

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

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses adhérents au présent règlement un contrat collectif à adhésion obligatoire auprès de MGEN pour que ces derniers bénéficient :

- d'une prestation naissance ;
- d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Une notice d'information sur ce contrat est remise au membre participant. Elle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités en cas de réalisation du risque.

Le membre participant a la possibilité de souscrire à titre optionnel à la garantie perte de retraite.

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

Peuvent adhérer au présent règlement de l'offre labélisée MGEN Duo les personnes qui sont fonctionnaires et agents (titulaires et non titulaires) des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés et qui bénéficient d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants sont ceux ayant adhéré à l'offre MGEN Duo avant le 31 décembre 2020 et qui, par le paiement régulier de leur cotisation, acquièrent ou font acquérir à leurs bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

Le membre participant doit informer, dans un délai de 30 jours, la section à laquelle il est rattaché de toutes modifications énoncées ci-après :

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

Ils sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Duo de par leur activité professionnelle.

II - Les membres participants retraités

- Les personnes, déjà adhérentes en qualité de membres participants actifs, qui liquident leurs droits à la retraite ;
- Les fonctionnaires ou agents dont le dernier employeur entre dans le champ de l'offre.

III - Les membres participants maintenus

Les personnes en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenance personnelle ou disponibilité.

IV - Les membres participants veufs

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut adhérer à MGEN en tant que membre participant s'il était bénéficiaire conjoint MGEN au décès du membre participant

V - Les membres participants orphelins

L'orphelin d'un membre participant peut adhérer à MGEN en tant que membre participant s'il était bénéficiaire enfant MGEN au décès du membre participant.

La couverture du membre participant orphelin prend fin au 31 décembre de l'année de ses 29 ans. Seul l'orphelin dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peut conserver cette qualité au-delà de 29 ans.

Les membres bénéficiaires sont regroupés en différentes catégories :

I - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant peut étendre la couverture familiale :

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

dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit d'un régime de Sécurité sociale français.

L'extension de la couverture familiale ne peut être accordée au conjoint, au partenaire lié par un PACS ou au concubin remplissant les conditions d'adhésion en tant que membre participant.

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

II - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant ou celui de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 29 ans, dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit d'un régime de Sécurité sociale français.

Seul le bénéficiaire enfant dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) peut conserver cette qualité de bénéficiaire enfant au-delà de 29 ans.

Sauf refus exprès de leur part, les bénéficiaires enfants de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre

participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle telles que définies au(x) règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Les membres participants actifs, retraités, veufs, orphelins ou maintenus bénéficient de l'ensemble des prestations du présent règlement, à l'exception :

- pour les retraités, des prestations figurant au chapitre 3 (garantie incapacité) et au chapitre 4 (garantie invalidité),
- pour les maintenus, des prestations figurant au chapitre 3 (garantie incapacité),
- pour les veufs, des prestations figurant au chapitre 3 (garantie incapacité), au chapitre 4 (garantie invalidité) et à l'article 39 du chapitre 6 (décès/perte totale et irréversible d'autonomie).

Les bénéficiaires conjoints et les bénéficiaires enfants bénéficient des prestations figurant au chapitre 1 (garantie santé), au chapitre 6 (garantie décès) et au titre 4 (action sociale) du présent règlement mutualiste.

Article 3 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

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

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

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

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

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

Article 4 - Démission

1 - Démission à effet du 1^{er} janvier

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

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

2 - Démission en cours d'année

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

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

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 5 - Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les modalités définies à l'article 4-3 du présent règlement.

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

Article 6 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non-paiement des cotisations

1 – Suspension

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

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

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

2 – Résiliation

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

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

Article 7 - 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 8 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

L'adhérent dont la déchéance est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, sa déchéance peut être prononcée par le conseil d'administration.

La déchéance prend effet le 1er jour du mois suivant celui où l'adhérent en a reçu notification par lettre recommandée avec avis de réception.

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

Article 9 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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

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

En cas de résiliation à l'initiative du membre participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu.

Cette interruption concerne les allocations journalières, les allocations d'invalidité, décès et perte de retraite.

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

Article 10 - Délais d'attente

Un délai d'attente précisé pour chacune des prestations concernées, est appliqué.

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

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

Article 11 - Obligations déclaratives et nullité de l'adhésion

Le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle tout changement de situation professionnelle (cessation d'activité, suspension du contrat de travail, ...) dans le mois qui suit ce changement.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 12 - Contrôle médical

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

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

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

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

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

Article 13 – Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires.

À défaut, les prestations ne sont pas versées.

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

Article 14 - 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 15 - Prescription

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

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les cas prévus par l'article L.221-II du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

Pour les opérations sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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 par l'une des causes suivantes :

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

Article 16 - Réclamations - Médiation

En cas de contestation, les réclamations doivent être formulées par l'adhérent à la mutuelle :

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

- par courrier à l'adresse :

MGEN – Fonction publique territoriale
TSA 60856
59108 WAMBRECHIES Cedex

- en points d'accueil.

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

- via le site : cnpm-mediation-consommation.eu

Article 17 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 18 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

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

TITRE 2

PRESTATIONS

➤ Chapitre I

Garantie frais de santé

Article 19 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du Régime d'assurance maladie de Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le règlement.

L'étendue et le montant des garanties (cf. annexe I) peuvent prévoir la prise en charge de tous les frais qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime français de la Sécurité sociale.

Les prestations prévues par le présent règlement interviennent pour les actes et soins de santé engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'outre-mer pour les membres participants et leurs éventuels bénéficiaires ayant leur domicile dans ces territoires, ou lors d'un séjour temporaire dans une collectivité d'outre-mer ou à l'étranger.

Pour les frais engagés lors d'un séjour temporaire hors de France, les prestations dues au titre de l'Assurance maladie complémentaire doivent être servies sur la base des garanties décrites, sous réserve que le régime d'assurance maladie obligatoire auquel le membre participant et/ou son bénéficiaire éventuel est affilié les prenne en charge, et ce dans la limite des tarifs de remboursement de la Sécurité sociale française.

Article 20 - Définition des prestations

20-1 - Maladie

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

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

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

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.

Les prestations suivantes incluent celles de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'annexe I.

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

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

La dispense d'avance de frais est accordée dans le respect de la législation en vigueur, dès lors que le praticien ou l'établissement de santé

applique le tiers payant pour tout ou partie de la part des dépenses prise en charge par la mutuelle :

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

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

- Ostéopathie : la mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région ;
- Chirurgie réfractive de l'œil : la mutuelle intervient pour des interventions chirurgicales, réalisées par un ophtalmologiste, non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque œil, peuvent être attribuées à la même personne ;
- Forfait contraception.

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

MGEN intervient également pour les séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale, effectuées en secteur libéral par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires.

20-2 - Hospitalisation (maladie, chirurgie)

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

Pour la couverture du risque chirurgical et de l'hospitalisation maladie ainsi que pour la maternité, la mutuelle intervient en matière d'honoraires et de frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale.

Sauf dispositions contraires, le calcul des prestations se réfère aux tarifs conventionnels, de responsabilité ou d'autorité de la Sécurité sociale.

Lorsqu'une chambre particulière est demandée par le mutualiste, une participation sur les frais engagés peut être accordée en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée.

I - Maladie

La mutuelle intervient pour les hospitalisations :

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

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

2 - Chirurgie

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

3 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

- les frais de séjours comprenant les frais d'hébergement, les soins, les produits pharmaceutiques, les frais de salle d'opération, les frais d'anesthésie ;
- les actes et traitements effectués au cours de l'hospitalisation ;
- les frais de laboratoire ;

- les appareillages, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques non inclus dans les frais de séjours.

Par dérogation, la mutuelle intervient pour le remboursement :

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

4 - Participation aux frais d'accompagnant

La participation aux frais d'accompagnant est servie selon les montants indiqués à l'annexe I.

20-3 - Maternité et famille

1 - Dépistage pré-natal

La mutuelle intervient pour les amniocentèses non remboursées par la Sécurité sociale ou pour le dépistage pré-natal non invasif remboursé par la Sécurité sociale. Elle n'intervient qu'une seule fois par grossesse.

La mutuelle peut accorder une aide financière selon les montants indiqués à l'annexe I.

2 - Maternité

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

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

3 - Allocation naissance ou adoption

3-1- Objet de l'allocation

La mutuelle attribue au membre participant une allocation de 160€ à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, admis en qualité de bénéficiaire.

Naissance : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste, âgé de moins d'un an.

Adoption : l'allocation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement définitif de l'adoption étranger produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

3-2 - Modalités de versement de l'allocation

Cette allocation est annuelle et forfaitaire.

Les demandes d'allocation doivent parvenir dans un délai de 12 mois à compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant, accompagnées des justificatifs suivants :

- naissance : un extrait d'acte de naissance attestant du lien de filiation au 1er degré avec l'enfant ;
- adoption : la copie du jugement définitif français d'adoption plénière, ou la copie du jugement d'adoption étranger accompagnée de sa traduction en français.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 21 - Prestations spécifiques de prévention

Sensibilisation aux maladies du voyageur :

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

- les vaccins et rappels suivants : Fièvre jaune, Méningite A + C, Méningite C, Méningite A + C + Y + W135, Hépatite A, Hépatites A et B, Typhoïde, Thyphoïde + Hépatite A, Rage, Encéphalite japonaise, Encéphalite à tiques, Leptospirose, Choléra ;
- les traitements médicamenteux anti-paludéens, non remboursés par la Sécurité sociale et non pris en charge par l'employeur.

La prise en charge est limitée à un seul forfait au cours de la vie de l'adhérent.

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 22 - 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 23 - 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'indemnisation 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 24 - Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être adressées à la mutuelle dans les six mois suivant la date de règlement de la Sécurité sociale, de notification de refus de celle-ci, de naissance ou d'adoption d'un enfant.

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 contrat ;
- 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.

Article 25 - Délais de versement des prestations frais de santé

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 2 jours ouvrés pour les dossiers faisant l'objet d'une transmission par carte Vitale et de 10 jours ouvrés pour les dossiers faisant l'objet d'un traitement manuel sur facture papier, hors délais bancaires.

➤ Chapitre 2

Service de téléconsultation

Article 26 - Accès à un service digital de prise de rendez-vous et de téléconsultation médicale

À leur initiative, les membres participants et leurs bénéficiaires peuvent accéder au service afin de prendre rendez-vous avec un professionnel de santé ou consulter sans rendez-vous à distance un médecin généraliste ou spécialiste.

Ce service est accessible depuis l'espace personnel.

➤ Chapitre 3

Garantie incapacité

Article 27 - Objet de la garantie

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

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

Le fait générateur du versement de la prestation est le 1^{er} jour d'arrêt de travail du membre participant ou le jour de l'accord du médecin consultant pour exercer son activité à temps partiel.

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

Article 28 - Montant et modalités de versement

28-1 - Pour les agents titulaires ou non titulaires

Les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 85 % du traitement mensuel net que le membre participant aurait perçu s'il n'avait pas cessé son activité, déduction faite des sommes perçues au cours de ce même mois (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

Sont prises en considération dans le calcul des prestations les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20 % de leur montant net et ce, à l'issue des périodes de franchise définies à l'article 20.

28-2 - Pour les agents travaillant à temps partiel pour raisons médicales, qui perçoivent des prestations au titre de la présente garantie et qui sont en arrêt total de travail à nouveau, les indemnités journalières sont calculées et versées à hauteur de 85 % du traitement mensuel net et 20 % du montant des primes et indemnités mensuelles nettes ayant donné lieu à cotisation que le membre participant aurait perçus sur la base de son temps d'activité avant la reconnaissance du temps partiel, déduction faite des sommes perçues (demi-traitement, indemnités journalières de la Sécurité sociale). En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à 42,50 % du montant net du traitement mensuel et à 20 % des primes et indemnités mensuelles pris en compte dans la base de cotisation avant la reconnaissance du temps partiel.

28-3 - Pour les agents ayant un horaire variable

Les indemnités journalières sont calculées sur la base de 95 % du traitement moyen de référence déduction faite des sommes perçues (Indemnités Journalières de la Sécurité sociale). Le traitement moyen de référence est égal au montant net de la moyenne des 12 derniers mois de traitement ayant donné lieu à cotisation. En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à 42,50 % du traitement moyen de référence.

Les prestations en cours de service des agents horaires sont revalorisées par référence à la variation de l'indice 100 majoré de la Fonction Publique constatée au 1^{er} juillet de chaque année.

28-4 - Règle de cumul

Le montant mensuel des indemnités journalières versées au titre du présent règlement, augmenté des prestations versées par l'employeur ou de toute autre somme ou indemnité quelle qu'en soit la nature juridique, versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 85 % du traitement mensuel net plus éventuellement 20 % du montant des primes et indemnités nettes mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations que le membre participant aurait perçu s'il avait continué d'exercer son activité. En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées au titre du présent règlement sont réduites à due concurrence de ce montant.

28-5 - Service des prestations

Pour toute demande d'adhésion effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement, un délai d'attente d'un an est appliqué. Tout arrêt de travail qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

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

Les prestations relatives à l'indemnisation des primes et indemnités sont versées :

- en une seule fois lors de la reprise d'activité s'il n'y a pas eu d'avis du comité médical départemental avant cette reprise ;
- mensuellement et à terme échu s'il y a un avis du comité médical départemental ou si les primes suivent le même régime que le traitement.

28-6 - Délai de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 29 - Point de départ du versement des indemnités journalières (périodes de franchise)

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

29-1 - Pour les agents titulaires affiliés à la CNRACL

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

29-2 Pour les agents titulaires non affiliés à la CNRACL

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

29-3 - Pour les agents non-titulaires

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

29-4 - Pour les agents non titulaires et horaires ne percevant pas de plein traitement de la part de leur employeur et relevant du régime général de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident :

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

29-5 - Pour les agents à temps partiel pour raisons médicales

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

29-6 - Pour les Assistant(e)s Maternel(le)s

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

Article 30 - Durée et terme du versement des indemnités journalières

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

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

Le service des indemnités journalières cesse :

- le jour de la reprise totale d'activité,
- dès la cessation de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut de la Fonction Publique Territoriale ou du paiement des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
- à l'expiration de la durée de 1095 jours visée au présent article,
- dès la date de la liquidation d'une pension d'invalidité par le régime de base du membre participant,
- dès la date de la liquidation de la pension de retraite par le régime de base du membre participant,
- en cas d'arrêt de travail injustifié suite à un contrôle médical de la mutuelle,
- et au plus tard, au 67^e anniversaire du membre participant,
- au décès du membre participant.

Article 31 - Exclusions

La mutuelle ne prend pas en charge les risques résultant :

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

Article 32 - Conditions d'attribution des prestations

Pour faire valoir ses droits le membre participant doit remplir et adresser à la mutuelle un formulaire de demande de prestations dûment complété, daté et signé par son employeur, accompagné des pièces nécessaires, indiquées ci-dessous, au calcul des prestations.

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

Pièces à fournir :

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

➤ Chapitre 4 Garantie invalidité

Article 33 - Objet de la garantie

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

Le fait générateur du versement de la prestation est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail ou la date de constatation de l'invalidité si l'adhérent est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail.

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

Article 34 - Définition de la prestation

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

- qui sont mis à la retraite pour invalidité ;
- Pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale :
- qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie au sens de l'article L.341-4, 2^e et 3^e du Code de la Sécurité sociale ;
- ou qui justifient d'un taux d'incapacité au moins égal à 66% en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Article 35 - Montant et modalités de versement

35-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 %.

Le montant de la rente mensuelle est calculé sur la base de 65% du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, déduction faite des sommes perçues au cours de ce mois (pension ou rente de la CNRACL, de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme).

35-1-1 - Pourcentage limite du montant de la rente

Le montant de cette rente est au plus égal à 20% du traitement indiciaire net mensuel qu'aurait perçu le membre participant s'il n'avait pas cessé son activité à la date de prise en charge au titre de la présente garantie.

35-1-2 - Indemnisation des primes et indemnités mensuelles

Sont prises en considération dans le calcul de la rente, les primes et indemnités mensuelles incluses dans l'assiette des cotisations. En tout état de cause la mutuelle limite son intervention à hauteur de 20% du montant de ces primes et indemnités nettes.

35-1-3 - Règle de cumul

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté des prestations versées par la CNRACL, la Sécurité sociale ou de toute autre somme ou indemnité de même nature que celle du présent règlement versée par quelque organisme que ce soit, ne peut excéder 65% du traitement indiciaire net mensuel plus éventuellement 20% du montant des primes et indemnités nettes mensuelles, pris en compte au jour de la prise en charge par la mutuelle au titre de la présente garantie revalorisé sur la base de l'évolution de l'indice 100 de la Fonction Publique.

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

35-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 %

Si le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL est inférieur à 50%, le montant de la rente versée par la mutuelle tel que défini à l'article 24.1 à 24.1.3 est minoré selon la formule de calcul suivante :
 $M = R \times I / 50\%$

- M : montant de la rente versée
- R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50% (tel que défini à l'article 24.1 à 24.1.3)
- I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50%).

Exemple : Pour une rente mensuelle dont le montant calculé est de 200 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50%, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40% est égal à : $200 \times 40\% / 50\% = 160$ euros.

35-3 - Revalorisation de la rente

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

35-4 - Service de la rente

Pour toute demande d'adhésion effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement, un délai d'attente de 3 ans est appliqué.

Tout arrêt de travail qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

35-5 - Délai de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 36 - Point de départ du versement de la rente

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

Article 37 - Terme du versement de la rente

Le versement de la rente cesse dès :

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

Article 38 - Exclusions

Les exclusions des risques sont identiques à celles prévues pour la garantie incapacité définies à l'article 30 du présent règlement.

Article 39 - Conditions d'attribution des prestations

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

Pour les agents affiliés à la CNRACL :

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

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

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

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

Chapitre 5

Garantie facultative perte de retraite

Article 40 - Objet de la garantie

Le membre participant a la possibilité de souscrire, à titre optionnel, la garantie Perte de Retraite.

Cette garantie est facultative et donne lieu au versement d'une cotisation spécifique dont le montant figure en annexe.

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans.

Article 41 - Définition de la garantie

La garantie Perte de retraite a pour objet de servir une rente viagère au membre participant en cas de perte de retraite consécutive à une invalidité survenue avant 62 ans. L'invalidité s'entend telle qu'elle est définie à l'article 32.

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

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

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

Article 42 - Formalités d'adhésion

Afin d'adhérer à la garantie Perte de Retraite, les membres participants doivent cocher l'option sur le bulletin d'adhésion remis par la mutuelle et joindre au bulletin d'adhésion le questionnaire médical dûment rempli qui leur a été remis par la mutuelle sous enveloppe cachetée.

Le questionnaire médical est soumis à l'acceptation du Médecin consultant de la mutuelle. Au vu du questionnaire médical ou à la suite de la visite médicale organisée à la demande du Médecin consultant, ce dernier prend une décision d'accord ou de refus d'adhésion à la garantie perte de retraite.

Il peut également accepter l'adhésion à la garantie avec des réserves. L'acceptation de l'adhésion avec réserves est notifiée au membre participant par lettre recommandée avec accusé de réception ; cette lettre adressée en deux exemplaires à l'intéressé mentionne l'affection faisant l'objet de l'exclusion de la garantie.

S'il accepte ces réserves, l'intéressé retourne un exemplaire sous pli confidentiel de cette lettre à l'adresse du Médecin consultant, après l'avoir signée et revêtue de la mention « bon pour accord » et ce, dans un délai impératif de 15 jours suivant la date d'envoi de la lettre de réserves du Médecin consultant de la mutuelle.

Le désaccord du membre participant quant aux réserves ou l'absence d'envoi d'un exemplaire signé de la lettre dans le délai susvisé vaut renonciation à la demande d'adhésion à la garantie Perte de Retraite. L'adhésion à la présente garantie ne se forme pas.

Article 43 - Montant et service de la rente

43-1 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 % et pour les agents affiliés au régime général de la Sécurité sociale qui justifient d'un pourcentage d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2^e ou 3^e catégorie ou d'un taux d'incapacité au moins égal à 66 %.

Le montant de la rente mensuelle est égal à 95 % de la perte de retraite.

43-2 - Montant de la rente pour les agents affiliés à la CNRACL ayant un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL inférieur à 50 %

- Le montant de la rente versée par la mutuelle tel que défini à l'article 31-1 est minoré selon la formule de calcul ci-après : $M = R \times I / 50\%$, avec :
- M : montant de la rente versée
- R : montant de la rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 % (tel que défini à l'article 32.1)
- I : pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %).

Exemple : Pour une rente mensuelle au titre de la présente garantie dont le montant calculé est de 100 euros pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL supérieur ou égal à 50 %, le montant de cette rente pour un pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL de 40 % est égal à : $100 \times 40\% / 50\% = 80$ euros.

43-3 - Règle de cumul

Le montant de la rente versée au titre de la présente garantie augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux à la date de prise en charge au titre de la présente garantie, ne peut excéder une indemnisation supérieure à 95 % de la perte de retraite tel que défini à l'article 40. En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la mutuelle est réduite à due concurrence de ce montant.

43-4 - Service de la rente

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

43-5 - Revalorisation de la rente

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

43-6 - Délai de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

Article 44 - Durée du versement de la rente

44-1 - Point de départ

A compter du 62^e anniversaire de l'agent.

44-2 - Terme du versement de la rente

Au décès du membre participant.

Article 45 - Conditions d'attribution des prestations

Pour faire valoir ses droits le membre participant adresse :

- un titre de pension de retraite ;
- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL ;
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

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

Pour tout adhérent ayant souscrit à la garantie Perte de Retraite et ayant fait l'objet de réserve médicale à son adhésion, la mutuelle opère un contrôle médical en cas de passage à l'invalidité. Si l'invalidité est due à une réserve identifiée lors de l'adhésion à la garantie Perte de Retraite, la garantie Perte de Retraite est résiliée.

Article 46 - Exclusions

Les exclusions des risques sont celles prévues pour la garantie incapacité définies à l'article 26 du présent règlement.

Article 47 - Cotisation

La garantie est accordée moyennant le paiement par le membre participant d'une cotisation annuelle.

Toutes modifications relatives aux cotisations sont adoptées par la mutuelle et sont portées à la connaissance des membres participants ayant adhéré à la présente garantie.

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

Elle est révisable à chaque échéance.

Le taux de cotisation est fixé dans le barème en annexe 2.

➤ Chapitre 6

Garantie décès

Article 48 - Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

48-1 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, avec une majoration du capital pour enfants à charge.

48-2 - Bénéficiaires de la garantie Décès

48-2-1 - Bénéficiaires en cas de décès

Lorsque le membre participant a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

A défaut de désignation expresse, ou s'il n'existe plus de bénéficiaire désigné par le membre participant, vivant au moment du décès de ce dernier, les prestations sont versées :

- au conjoint survivant, non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- à défaut au Partenaire du Pacte Civil de Solidarité du membre participant (le Partenaire du Pacte Civil de Solidarité doit apporter le justificatif attestant l'engagement dans les liens du PACS délivré par le greffe du Tribunal d'Instance) ;
- à défaut au concubin du membre participant ; (le (la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu jusqu'au moment du décès au moins deux ans en concubinage avec le membre participant

décédé. En cas de concubinage, seront exigées une attestation sur l'honneur de concubinage et une facture aux deux noms ou deux factures à chacun des deux noms à la même adresse) ;

- à défaut et par parts égales, aux enfants du membre participant nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1^{er} degré de l'assuré ;
- à défaut aux héritiers.

Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Le membre participant a la charge d'informer la mutuelle de tout évènement affectant la désignation de bénéficiaire. La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique. La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre participant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément. Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant signé de la mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée. Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant à la garantie. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre. Le montant du capital décès versé au bénéficiaire ne comprend pas le montant de la majoration pour enfants à charge, qui sera versée par parts égales entre ceux-ci, directement aux enfants dès leur majorité, à leurs représentants légaux dans le cas contraire.

48-2-2 - Bénéficiaire en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le bénéficiaire des prestations versées en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant (y compris la majoration pour enfants à charge) est le membre participant lui-même.

48-2-3 - Majoration pour enfant à charge

Est réputé à charge du membre participant, qu'il soit légitime, naturel, reconnu, adoptif, recueilli, tout enfant mutualiste MGEN fiscalement à charge, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 21 ans. Sans limitation de durée, l'enfant qui bénéficie de l'allocation Handicap. L'enfant né viable moins de 300 jours après le décès du membre participant est considéré comme enfant à charge.

48-3 - Définition des risques objet de la garantie décès

48-3-1 - Décès

En cas de décès du membre participant avant son 66^e anniversaire et le cas échéant en fonction de sa situation de famille, il est versé aux bénéficiaires désignés un capital décès.

48-3-2 - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La Perte Totale Irréversible d'Autonomie ouvre droit au versement du capital décès, y compris la majoration pour enfants à charge, si le membre participant avant son 66^e anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver). La PTIA doit être reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus. Le versement du capital décès par anticipation au titre de la PTIA met fin à la garantie décès, y compris la majoration pour enfant à charge.

48-4- Montant de la garantie

Le capital garanti est égal à 15 % du traitement indiciaire brut annuel (ou de la pension personnelle soumise à cotisation pour les retraités âgés de moins de 66 ans) plus le cas échéant les primes et indemnités nettes annuelles incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20% de leur montant net annuel. Le capital garanti ne saurait être inférieur à 3 000€ et supérieur à 10 000 €. Une majoration familiale de 5% du traitement indiciaire brut annuel plus éventuellement 20% du montant des primes et indemnités nettes annuelles, par enfant à charge tel que défini ci-dessous est versée (dans la limite de deux enfants) aux bénéficiaires désignés. La majoration du capital ne saurait être supérieure à 1 500€ par enfant et dans la limite de 2 enfants maximum.

48-5- Formalités en cas de sinistre

Le paiement des prestations est effectué par la mutuelle après réception d'un dossier de demande de prestation transmis à cet effet, accompagné des pièces justificatives suivantes :

En cas de décès :

- un extrait d'acte de décès du membre participant ou une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date de décès du membre participant ;
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle ;
- les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage, ...) ;
- un Relevé d'Identité Bancaire du bénéficiaire ;
- un avis d'imposition du membre participant.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- les pièces justifiant le classement en perte totale et irréversible d'autonomie (certificat médical, copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3e catégorie, copie de titre de pension de retraite pour invalidité le cas échéant) ;
- les pièces justificatives permettant l'obtention de majorations (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage, ...) ;
- un certificat médical attestant de la perte totale et irréversible d'autonomie mentionnant la cause de l'événement ;
- un Relevé d'Identité Bancaire du bénéficiaire ;
- un avis d'imposition du membre participant.

Toute autre pièce, nécessaire au traitement du dossier, demandée par la mutuelle.

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 30 jours ouvrés hors délais bancaires.

48-6 Obligations déclaratives de la mutuelle

Conformément à l'article 370 C de l'annexe II du Code général des impôts, pour les prestations visées au chapitre 3 du présent règlement, la mutuelle transmettra, lors du décès de l'adhérent à la Direction générale des Finances publiques les éléments relatifs à l'identité des bénéficiaires ainsi que le montant des sommes versées.

TITRE 3

COTISATIONS

➤ Chapitre I

Dispositions générales

Article 49 - Montant des cotisations

Les cotisations sont fixées en pourcentage des ressources dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond (cf. annexe 2).

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

Ce coefficient ne s'applique pas aux cotisations planchers et plafonds.

49-1 - Actifs

• Pour les agents titulaires ou non titulaires :

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire ou de la rémunération brut(e), l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités dans la limite, de 20 % du traitement indiciaire brut mensuel (TIB) augmenté de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ou de 20 % de la rémunération brute. Pour les fonctionnaires, les primes et indemnités incluses dans l'assiette de cotisation sont celles retenues au titre de la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

• Pour les agents ayant un horaire variable :

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

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

Les membres participants en congé à demi-traitement pour maladie, grave maladie, longue maladie ou longue durée acquittent une cotisation égale à ce qu'ils paieraient s'ils exerçaient leurs fonctions.

49-2 - Retraités

a) La cotisation est fixée en pourcentage du montant brut de la pension personnelle du membre participant.

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

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

L'assiette de cotisation comprend :

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

49-3 - Maintenus, veufs et orphelins

La cotisation des membres participants maintenus, veufs et orphelins est forfaitaire.

➤ Chapitre 2

Dispositions particulières

Article 50 - Régime d'Alsace Moselle

Le montant de la cotisation est minoré de 25 % pour les membres participants actifs, retraités relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle. L'abattement ne concerne pas les catégories de membres participants auxquelles est appliquée une cotisation forfaitaire.

Cette minoration ne s'applique pas aux planchers et plafonds.

Article 51 - Majoration de cotisation issue du dispositif solidaire

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.

Article 52 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie aux articles 48-1 et 48-2 du présent règlement mutualiste, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile.

Ce complément est calculé au prorata, en fonction de la période de couverture. Il concerne :

- 1 - Le bénéficiaire conjoint : le complément est dû pour le bénéficiaire conjoint relevant de l'article 2 du présent règlement mutualiste.
- 2 - Les bénéficiaires enfants : le complément est dû pour chaque bénéficiaire enfant relevant de l'article 2 du présent règlement mutualiste.

Ce complément de cotisation n'est pas dû à compter du 4^e enfant couvert, dès lors que ces quatre bénéficiaires enfants sont rattachés au même membre participant. Cette gratuité s'applique au complément de cotisation de l'enfant le plus jeune.

TITRE 4

ACTION SOCIALE

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

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

Article 53 - Aides et accompagnements solidaires

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

Article 54 - Allocation orphelinat

Cette allocation est destinée à contribuer à l'éducation des enfants ayant la qualité des bénéficiaires enfants tels que définis à l'article 2 du présent règlement, au moment du décès de l'un ou de leurs deux parents.

Elle fait l'objet d'une dotation fixée annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle.

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

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

Elle est versée :

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

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

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

Le comité de section de MGEN peut désigner un correspondant mutualiste auprès de chaque orphelin, chargé de suivre l'évolution de sa situation matérielle et morale.

Article 55 - Allocation handicap

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de moins de 60 ans, atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles, présentant un état chronique constaté.

Lorsque l'adhésion a lieu au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement, seules les situations de handicap s'aggravant ou intervenant postérieurement à l'adhésion peuvent donner lieu au versement de l'allocation.

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

TITRE 5

GARANTIES ADDITIONNELLES

Article 56

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

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

L'adhésion à l'une de ces garanties donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

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

Annexe 1

Tableaux des prestations

SOINS COURANTS	
Nature des frais	MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	
Médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	100%
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Médecins spécialistes	100%
Consultations / Visites de sages-femmes	
Sages-femmes	100%
Actes techniques dont radiologie	
Imagerie médicale, radiologie, échographie...	100%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.	
Honoraires paramédicaux	
Honoraires des auxiliaires médicaux	
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses - Actes de laboratoire	100%
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité Sociale	
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité Sociale	100%
Médicaments	
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale	100%
Autres soins (Selon conditions définies à l'article 20-1 du règlement mutualiste MGEN DUO)	
Ostéopathie / Chiropraxie	22,50 € / séance avec un maximum de 2 séances par année civile
Psychothérapie	
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale	
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	100%
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale	
Séances de psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale (150 séances par adhésion)	8 € / séance

SOINS COURANTS

Nature des frais	MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
Prévention	
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100%
Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) remboursés par la Sécurité sociale	100%
Contraception prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁾	40 € / année civile
Forfait du voyageur (vaccins du voyageur et traitements anti-paludéens non remboursés par la Sécurité sociale) ⁽¹⁾	60 € (1 seule fois par adhésion)
Dépistage Prénatal Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) / Amniocentèse (En complément de la prise en charge de la Sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires)) (Selon conditions définies à l'article 20-3 du règlement mutualiste MGEN DUO)	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte
⁽¹⁾ Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée	
Cures thermales	
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	100%
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	100%
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement Pour les cures remboursées par la Sécurité sociale Pour les cures non remboursées par la Sécurité sociale	Remboursement SS + 75 € / séjour
Transports	
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100%
Matériel médical	
Appareillages et dispositifs médicaux	
Accessoires et pansements, appareillage et orthopédie (dont semelles orthopédiques) remboursés par la Sécurité sociale	100%
Prothèses	
Prothèse oculaires	100% BRSS La prise en charge ainsi définie permet un remboursement total de la dépense engagée, pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics
Prothèses capillaires	
- Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics Remboursement SS + 229 € TM après épuisement du forfait (Dans la limite du tarif maximal défini par les pouvoirs publics)
- Prothèse capillaire totale classe II (*)	
- Prothèse capillaire partielle (*)	
- Accessoires capillaires (3 accessoires *)	
*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-I du code de la sécurité sociale	
Prothèses mammaires	
Prothèses mammaires externes - Par prothèse	Remboursement SS + 130 €
Forfait produits complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale (soutien-gorge et maillot de bain prescrits et adaptés aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et set mamelons auto-adhérents)	130 € / année civile

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 20 du règlement mutualiste MGEN DUO

Nature des frais	MGEN DUO	
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).	
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*		150%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*		130%
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)		Frais réels
Prise en charge du Forfait patient urgences		Frais réels
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.		
Forfait journalier hospitalier		
Forfait journalier hospitalier		Frais réels
Forfait journalier psychiatrique		Frais réels
Hébergement et frais de séjour		
Frais de séjour		100%
Chambre particulière		
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN		
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation		40 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		45 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		50 € / jour
- Chambre particulière en maternité		50 € / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		25 €
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN		
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation		18,50 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		30 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité)		33 € / jour
Frais d'accompagnant		
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap		
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH)		38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.		15 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.		

DENTAIRE

Nature des frais	MGEN DUO	
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).	
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*		
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible) Inlay core (avec ou sans clavette) Bridge dento-porté Couronne transitoire dento-portée Appareil amovible en résine Réparations sur appareil amovible en résine		Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics
*Tel que défini réglementairement		
Soins et prothèses hors panier 100% Santé		
Soins		
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale		100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale		150 €

DENTAIRE

MGEN DUO

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

Nature des frais

Prothèse

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

Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire)	
- couronne céramo-métallique	386 €
- couronne céramo-céramique	
Couronne définitive sur dent non visible (molaire)	
- couronne céramo-métallique	224 €
- couronne céramo-céramique	206 €
Inlay core (avec ou sans clavette)	157 €
Bridge 3 éléments	1068 €
Élément supplémentaire de bridge (pilier)	188 €
Élément supplémentaire de bridge (intermédiaire)	110 €
Couronne transitoire	50 €

Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale

- 1 à 3 dents	341 €
- 4 dents	349 €
- 5 dents	357 €
- 6 dents	364 €
- 7 dents	372 €
- 8 dents	463 €
- 9 dents	471 €
- 10 dents	478 €
- 11 dents	486 €
- 12 dents	493 €
- 13 dents	501 €
- 14 dents	554 €
Ajout dent contreplaquée	100%

Réparations sur appareils amovibles en métal remboursées par la Sécurité sociale

- Adjonction ou changement d'élément, réparation d'appareil fêlé ou fracturé	Remboursement SS + 46 € /dent
--	-------------------------------

Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Rebasage	46 € par acte
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	300 € / année civile

Orthodontie

Traitements remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement :	
- Examen avec prise d'empreinte et diagnostic	48 €
- Examen avec analyse céphalométrique, en supplément	16 €
Traitement actif (par semestre)	410 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	259 €
Traitement de contention (2 ^e année)	129 €

Traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement	Néant
Traitement actif (par semestre) 4 semestres maximum	272 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	190 €
Traitement de contention (2 ^e année)	97 €
Traitement d'occlusion	122 €

DENTAIRE

Nature des frais	MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
Implantologie	
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale	
Couronne sur implant	200 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale	
Implant (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	250 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)
Parodontie	
Traitement remboursé par la Sécurité sociale	100%
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale	Néant

OPTIQUE

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

Nature des frais	MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
Lunettes remboursée par la Sécurité sociale				
Équipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**				
Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics	
		≥ 16 ans		
Forte correction (catégorie c)		< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Forte correction (catégorie f)		< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Monture (classe A)		< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés				
Équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé**				
			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	22,50 €	30 €
		≥ 16 ans	45 €	60 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	85 €	100 €
		≥ 16 ans	90 €	105 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	90 €	105 €
		≥ 16 ans	105 €	126 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	95 €	115 €
		≥ 16 ans	120 €	145 €
Monture (classe B)		< 16 ans	35 €	35 €
		≥ 16 ans	60 €	60 €

OPTIQUE

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

Nature des frais		MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
Lentilles de contact correctrices		
Remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait		Remboursement SS + 92 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)		54 €
Autres prestations optiques		
Prisme incorporé	< 16 ans	Remboursement SS + 15 €
	≥ 16 ans	Remboursement SS + 13 €
Matériel pour amblyopie (sur prescription médicale) par œil et par année civile, TM au-delà		Remboursement SS + 130 €
Prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100%
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)		100 €

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

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

**Tel que défini réglementairement

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

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

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

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

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

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

AIDES AUDITIVES

Nature des frais		MGEN DUO Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).
Aides auditives entrant dans le panier 100% santé, remboursé totalement*		
Remboursement total de la dépense engagée pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
Aides auditives hors du panier 100% santé *		
Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité		1570€
Mutualiste de 20 ans et plus		870€
* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire KALIXIA Audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.		
Forfait annuel accessoire par oreille		
Piles/accumulateurs remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile. Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait.		Remboursement SS + 50 €

ALLOCATION NAISSANCE OU ADOPTION

Nature des frais		
Allocation naissance ou adoption		160€ / enfant mutualiste

Annexe 2

Tableaux des cotisations

COTISATIONS MEMBRES PARTICIPANTS				
Catégories		Cotisation ⁽¹⁾ calculée sur : - Traitement indiciaire brut (TIB) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) + primes et indemnités - Montant but de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre de l'année du 29 ^e anniversaire)	80% de la cotisation annuelle du MP actif entre 30 et 67 ans, soit 3,88 %	579 €	1 678 €
	Entre 30 et 67 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire et jusqu'au 31 décembre de l'année du 66 ^e anniversaire)	4,86 %	725 €	2 030 €
	À partir de 67 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 67 ^e anniversaire)	5,01 %	715 €	1 507 €
Retraité		6,05 %	800 €	1 525 €
Cotisation sur la base d'un forfait annuel				
Veuf(ve)			1 085 €	
Maintenu	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)		931 €	
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre du 29 ^e anniversaire)		742 €	
Orphelin (défini à l'article 2 du règlement mutualiste)		Âgé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans	Âgé d'au moins 18 ans et de moins de 30 ans	Âgé de 30 ans et plus dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
		156 €	300 €	300 €

Catégories		Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint - d'un membre participant actif * - d'un membre participant retraité		65% de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾
Bénéficiaire conjoint d'un membre participant maintenu*		65% de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾
Bénéficiaire enfant (âgé de moins de 18 ans) - ayant droit Sécurité sociale du membre participant - assuré social à titre personnel		313 €
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans jusqu'à 30 ans)		158 €
Bénéficiaire enfant âgé de 30 ans et plus dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)		313 €

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

OPTION PERTE DE RETRAITE	
Catégories	Cotisation calculée sur ⁽¹⁾ : - Traitement indiciaire brut (TIB) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) + primes et indemnités - Montant but de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)
Membre Participant âgé de moins de 62 ans	0,33 %

⁽¹⁾ Le montant des cotisations est arrondi au centime d'euro le plus proche

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr

