

mgen^{*}

GROUPE **vyv**

MGEN
DUO



STATUTS & RÈGLEMENT MUTUALISTE

Applicables au 1^{er} janvier 2018

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

4 Statuts

15 Règlement mutualiste MGEN DUO

25 Annexe 1 - Prestations Santé

31 Annexe 2 - Tableaux des cotisations

**32 Annexe 3 - Notice d'information Garanties relatives
à la vie et au décès**

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

1 - de prévenir les risques sociaux liés à la personne et d'assurer la réparation de leurs conséquences au moyen de prestations en nature et en espèces ;

2 - d'assurer la protection de l'enfance, de la famille, des enfants et adultes en situation de handicap et des personnes âgées et d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie ;

3 - de favoriser le développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et l'amélioration de leurs conditions de vie ;

4 - de couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents (branche 1) ou à la maladie (branche 2) ;

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

6 - de mettre en œuvre une action sociale ;

7 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

11 - de participer au dispositif d'aide à la complémentaire santé dans les conditions du décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale.

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.

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section I - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

I - Champ de recrutement individuel

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

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

Ce champ de recrutement comprend :

- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant l'une des activités précitées au sein de l'une des fonctions publiques, d'un établissement public ou d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel,
- l'ensemble des fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'une collectivité publique (ministère, collectivité territoriale ou établissement public) ou d'un de ses services dès lors que cette collectivité ou son service a compétence dans l'un des secteurs d'activités précités,
- l'ensemble des salariés exerçant au sein d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, dédié à l'une des activités précitées.
- les fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein d'un établissement d'enseignement privé sous contrat d'association avec l'État.
- les étudiants ne relevant pas, en tant que membre participant, du champ de recrutement de MGEN tel que défini aux précédents paragraphes du présent article.
- les personnels de MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN.

Ces personnels, dès lors qu'ils étaient couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place au sein de l'UES MGEN au moment de la liquidation de leur retraite ou de leur licenciement pour invalidité, peuvent adhérer à MGEN à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant l'évènement.

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

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

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

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

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

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

- du mois de la demande pour tout nouveau membre participant ou bénéficiaire,
- du mois suivant la demande pour le membre participant ou bénéficiaire déjà couvert par une offre du groupe MGEN,
- ou, dans tous les cas, du mois indiqué librement par le membre participant dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande, sous réserve que le membre participant soit dans le champ de recrutement au moment de la prise d'effet de l'adhésion.

Article 9 - Membres participants

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

Le membre participant de MGEN, adhérent à la mutuelle à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif, est membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

II - Les membres participants retraités

- 1) Les fonctionnaires qui adhéraient à MGEN au moment de la cessation de leur activité et qui perçoivent une pension de l'administration ;
- 2) Les retraités du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité ;

- 3) Les personnes, membres des personnels de MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle, lors de leur passage à la retraite ou de leur licenciement pour invalidité ayant acquis la qualité d'adhérent à l'une des mutuelles du groupe MGEN pendant la période d'activité.

III - Les membres participants rattachés à la section extra métropolitaine (SEM)

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

Cette catégorie de membres n'est pas éligible à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

IV - Les membres participants maintenus, en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenue personnelle ou disponibilité.

Cette catégorie de membres n'est pas éligible à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

V - Les membres participants veufs

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut faire partie de MGEN en tant que membre participant s'il appartenait à MGEN au décès du membre participant, en qualité de bénéficiaire.

Cette catégorie de membres n'est pas éligible à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

VI - Les membres participants orphelins

L'orphelin d'un membre participant peut faire partie de MGEN en tant que membre participant s'il appartenait à MGEN au décès du membre participant, en qualité de bénéficiaire.

VII - Les membres participants jeunes

Les bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans souhaitant souscrire en tant que membre participant et les étudiants.

VIII - Les membres participants associés tels que définis à l'article II des présents statuts

Article 10 - Membres bénéficiaires

I - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant, à l'exception du membre participant jeune peut étendre la couverture familiale :

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

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

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

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

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, à l'exception du membre participant jeune, peut étendre la couverture familiale à son enfant de moins de 30 ans et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

L'enfant, s'il n'est pas assuré social doit être ayant droit à la charge du membre participant ou à celle de son conjoint (à condition que celui-ci soit mutualiste MGEN).

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.

Peuvent être bénéficiaires enfants, les enfants à charge quel que soit le lien juridique avec le membre participant ou son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin. Les bénéficiaires enfants peuvent être :

- soit des enfants quel que soit leur lien de filiation,
- soit des enfants adoptés,
- soit des ayants droit Sécurité sociale en qualité d'enfants recueillis.

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

Article 11 - Membres participants associés

Le membre participant adhérent de l'offre MGEN Santé-Prévoyance qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de l'offre MGEN Santé-Prévoyance en qualité de membre participant associé.

Ce changement de catégorie intervient dans un délai de 3 mois suivant le changement de situation du membre participant. Durant ce délai, le membre participant bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures.

La mutuelle informera le membre participant associé de l'évolution de sa couverture.

Le membre bénéficiaire relevant de l'offre MGEN Santé-Prévoyance et dont l'une des conditions lui permettant de relever de cette catégorie n'est plus remplie, peut adhérer à l'offre MGEN Santé-Prévoyance en qualité de membre participant associé. Cette demande d'adhésion doit intervenir dans un délai de 3 mois suivant la perte de la qualité de membre bénéficiaire. Durant ce délai, le membre bénéficiaire bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures.

Au-delà, en l'absence de demande d'adhésion il sera mis fin à la garantie.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 12 - Démission

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

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend 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.

2 - Démission en cours d'année

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

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

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, dès lors que cette demande intervient dans les trois mois suivant la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

3 - Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès. La couverture de ses bénéficiaires prendra 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.

Article 13 - Résiliation de la couverture familiale

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

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la demande.

Article 14 - 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, sauf dans le cas d'une suspension de la garantie intervenue pour non paiement d'une cotisation annuelle fractionnée pour lequel la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée.

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

Article 15 - 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 16 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

La déchéance prend effet le 1^{er} 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 17 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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

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

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

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

Aucune demande de réintégration à la mutuelle après démission ou résiliation, sauf à ce que le membre participant soit resté au sein du groupe MGEN en adhérant à l'une de ses autres offres, à titre individuel ou collectif.

➤ 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'Etat

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

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

Article 18 - Champs de recrutement

En application du décret précité :

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

Chaque employeur public peut définir :

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

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

- veufs,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 29 ans,

des agents et retraités appartenant au champ de référencement, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.

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

- veufs des agents ou retraités appartenant au champ de référencement.

Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Etrangères et Européennes sont membres participants de MGEN et de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste MGEN de l'offre référencée MAEE - Indemnité pour Perte de Traitement et Invalidité Permanente et Absolue et au règlement mutualiste MGEN Vie de l'offre référencée MAEE-Garantie Décès et Rente de Survie. Le règlement mutualiste Dispositions générales de MGEN s'applique à eux.

Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 9-II des présents statuts pour les retraités.

Le bénéficiaire d'un membre participant décédé peut adhérer en qualité de membre participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant auquel il était rattaché. Durant ce délai, le bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures.

À défaut la couverture du bénéficiaire prendra 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.

Article 20 - Règles spécifiques de résiliation

Il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article 17 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.

En conséquence, dans le cadre de la labellisation du règlement mutualiste MGEN Duo obtenue par MGEN, les dispositions prévues au chapitre 2 s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues au présent chapitre.

Article 21 - Champ de recrutement

Les fonctionnaires et agents des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, titulaires et non titulaires, bénéficient à ce titre et exclusivement du règlement mutualiste MGEN Duo.

En application du décret d'application précité :

- le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour la labellisation.
- sont membres participants les fonctionnaires, agents non titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés.

Définition de catégories supplémentaires de membres participants dans le cadre de la labellisation :

- veufs,
- orphelins d'au moins 16 ans et de moins de 29 ans,

des agents et retraités, à condition d'avoir été bénéficiaire de cet agent ou retraité au moment du décès de ce dernier.

MGEN propose ce règlement mutualiste MGEN Duo aux fonctionnaires et agents des Départements et Régions et de leurs établissements publics rattachés, ainsi qu'aux fonctionnaires et agents territoriaux concourant au service public d'éducation.

Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

- de la condition d'activité principale prévue à l'article 8 des présents statuts,
- des conditions d'adhésion prévues à l'article 9-III des présents statuts pour les retraités.

Le bénéficiaire d'un membre participant décédé peut adhérer en qualité de membre participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant auquel il était rattaché. À défaut, la couverture du bénéficiaire prendra 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.

Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

Il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article 17 des présents statuts.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 24 - Composition

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

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

Article 25 - Election des délégués

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

- sections jusqu'à 7000 membres : 3 délégués,
- sections de 7001 à 77000 membres : 1 délégué supplémentaire par 7000 membres ou fraction de 7000 membres,
- sections de plus de 77000 membres : 14 délégués.

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

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

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

I - Candidatures

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

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

2 - Modalités d'élections

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

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

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

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

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

Article 26 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

En cas d'empêchement ou de vacance en cours de mandat par décès ou démission d'un délégué, celui-ci est remplacé par le délégué venant à l'ordre de suppléance défini à l'article 25.

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 27 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 28 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 32, 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 voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 29 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 30 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g) l'émission de titres participatifs 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 31 - Force exécutoire des décisions

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

Article 32 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 33 - Composition et election des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 48 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 40 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 34 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

Les administrateurs de MGEN et/ou des mutuelles et union créées par elle, auxquels des attributions permanentes ont été confiées,

sont placés en position de mise à disposition par leur administration d'origine.

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 35 - Représentation des salariés

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

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

Section 2 - Réunions

Article 36 - 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 37 - 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 38 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 39 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 40 - 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,
- 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 41 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election et missions du président

Article 42 - Election et révocation

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

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

Le président est rééligible.

Article 43 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le

vice-président.

Article 44 - 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 - Election et composition du bureau

Article 45 - Election

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

Article 46 - 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 47 - 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 48 - 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 49 - 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

Section I - Les sections

Article 50 - Définition des sections

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

I - 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, 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 51 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus l'année précédant l'élection,

- être âgé de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

A2 - Contestations

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

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

Toute contestation relative aux élections est soumise au conseil d'administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à son bureau ou à une commission constituée à cet effet.

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

B - Membres de droit

Les membres des conseils d'administration des mutuelles du groupe MGEN sont membres de droit du comité de leur section de rattachement, de son bureau et des commissions.

C - Membres du bureau départemental

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

Le bureau comprend :

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

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

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

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

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

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

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

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

Article 52 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

Est considéré comme démissionnaire du comité de gestion, tout membre participant n'étant plus rattaché à la section.

Le vote par correspondance est la règle pour les élections au comité de gestion.

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

A2- Suppléance

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

A3 - Vacance

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

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

A4 - Contestations

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

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

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

B - Membres de droit

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

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 53 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 54 - 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.

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

Article 55 - 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 56 - 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 57 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 1 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 28-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 58 - Marge de solvabilité

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

Article 59 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 60 - 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 61 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 62 - Missions des détachés

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

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

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

TITRE 3

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

Article 63 - 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 défini à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

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

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;

- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;

- soumettre au vote du conseil d'administration de la mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la mutuelle ;

- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 64 - 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 65 - Paiement des cotisations

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

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 Vie 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

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 2 (garantie incapacité) et au chapitre 3 (garantie invalidité) ;
- pour les maintenus, des prestations figurant au chapitre 2 (garantie incapacité) ;
- pour les veufs, des prestations figurant au chapitre 2 (garantie incapacité), au chapitre 3 (garantie invalidité) et à l'article 37 du chapitre 5 (décès/perte totale et irréversible d'autonomie).

Les bénéficiaires conjoints et les bénéficiaires enfants tels que définis à l'article 10- I et II des statuts bénéficient des prestations figurant au chapitre 1 (garantie santé), au chapitre 5 (garantie décès) et au titre 4 (action sociale) du présent règlement mutualiste.

Article 3 - 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 4 - 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 5 - Contrôle médical

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

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 6 - 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 7 - Prescription

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

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

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

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 ;
- 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 8 - 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 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse :
MGEN DUO
TSA 10 028 - 75 924 Paris cedex 19,
- en points d'accueil.

Si l'Adhérent est en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, il a la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

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

Article 9 - Informatique et libertés

Des renseignements concernant les membres participants et bénéficiaires figurent pour certains d'entre eux dans les fichiers informatiques à usage de la mutuelle. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, toute personne bénéficie d'un droit d'accès et de rectification sur les données nominatives la concernant. Sauf opposition expresse de la part des membres participants et bénéficiaires, elles peuvent être transmises aux partenaires de la mutuelle dans le cadre d'action pouvant les intéresser. Ces droits peuvent être exercés par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de : MGEN - Centre de Gestion de la Verrière - Gestion CNIL CS 10601 La Verrière, 6 bis avenue Joseph Roll - 78321 Le Mesnil Saint Denis cedex.

Article 10 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61, rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

TITRE 2

PRESTATIONS

➤ Chapitre I

Garantie frais de santé

Article 11 - 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.

Article 12 - Définition des prestations

12-1 - 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 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 sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'annexe I.

- honoraires médicaux
- analyses et actes de laboratoire
- accessoires et pansements - Petit appareillage et orthopédie
- pharmacie
- soins externes
- participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale
- frais de transport
- cures thermales
- optique
- soins et prothèses dentaires, orthodontie
- autres prothèses (oculaires, auditives, capillaires, mammaires)

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

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, audioprothèse - voir Tableaux des prestations - Annexe 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 ;
- Psychothérapie : la mutuelle intervient 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 ;
- 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.

12-2 - Hospitalisation (maladie, chirurgie)

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

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.

1 - 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.

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

4 - Participation aux frais d'accompagnant

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

12-3 - Maternité et famille

1 - Amniocentèse

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

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie. Le descriptif de la prestation est décrit dans la notice d'information en annexe 3 des présentes.

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

Article 13 - Prestations spécifiques de prévention

13-1 - 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.

13-2 - Traitements nicotiques de substitution

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

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

Article 14 - 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 15 - Limite des remboursements

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

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

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

Article 16 - 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.

➤ Chapitre 2 Garantie incapacité

Article 17 - 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 Conseil de la mutuelle ;
- ou sont amenés à exercer leur activité à temps partiel pour raisons médicales, et après accord du Médecin Conseil de la mutuelle.

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 conseil 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 18 - Montant et modalités de versement

18-1 - 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 18.

18-2 - 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.

18-3 - 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.

18-4 - 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.

18-5 - 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.

Article 19 - 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.

19-1 - 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.

19-2 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.

19-3 - 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.

19-4 - 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).

19-5 - 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.

19-6 - 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 20 - 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 21 - 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, UIm, 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 22 - 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 3

Garantie invalidité

Article 23 - 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 24 - 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'impossi-

bilité 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 25 - Montant et modalités de versement

25-1 - 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).

25-1-1 - 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.

25-1-2 - 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.

25-1-3 - 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.

25-2 - 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.

25-3 - 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.

25-4 - 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.

Article 26 - 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 27 - 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 28 - Exclusions

Les exclusions des risques sont identiques à celles prévues pour la garantie incapacité définies à l'article 20 du présent règlement.

Article 29 - 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 4

Garantie facultative perte de retraite

Article 30 - 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 31 - 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 22.

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

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

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

Article 32 - 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 Conseil de la mutuelle. Au vu du questionnaire médical ou à la suite de la visite médicale organisée à la demande du Médecin Conseil, 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 Conseil, 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 Conseil 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 33 - Montant et service de la rente

33-1 - 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.

33-2 - 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.

33-3 - 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 32.1. En cas de dépassement de cette limite, la rente versée par la mutuelle est réduite à due concurrence de ce montant.

33-4 - Service de la rente

La rente est servie mensuellement et à terme échu.

33-5 - 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.

Article 34 - Durée du versement de la rente

34-1 - Point de départ

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

34-2 - Terme du versement de la rente

Au décès du membre participant.

Article 35 - 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 36 - Exclusions

Les exclusions des risques sont celles prévues pour la garantie incapacité définies à l'article 20 du présent règlement.

Article 37 - 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 5 Garantie décès

Article 38 - Décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

Elle a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Les conditions du contrat figurent dans la notice d'information correspondante (cf. annexe 3).

TITRE 3

COTISATIONS

➤ Chapitre 1 Dispositions générales

Article 39 - 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.

39-1 - 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.

39-2 - 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).

39-3 - Maintenus, veufs et orphelins

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

➤ Chapitre 2

Dispositions particulières

Article 40 - Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire

Le taux de cotisation des membres participants actifs et retraités, est adapté pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

Article 41 - 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 42 - 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 43 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 39-1 et 39-2 du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile.

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

- 1 - Le bénéficiaire conjoint : le complément est dû pour le bénéficiaire conjoint relevant de l'article 10-I des statuts.

- 2 - Les bénéficiaires enfants : le complément est dû pour chaque bénéficiaire enfant relevant de l'article 10-II des statuts.

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

Article 44 - 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 45 - 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.

Article 46 - Service d'aide à domicile solidarité

L'allocation d'aide à domicile peut être versée aux membres participants et bénéficiaires connaissant une situation particulière de fragilité.

Elle prend la forme :

- d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères,
- ou d'une aide en cas de présence de jeunes enfants.

L'allocation est versée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile en tenant compte de la situation familiale et financière du bénéficiaire de la prestation.

Sur étude du dossier, une prestation d'aide ménagère ou de travailleuse familiale peut être accordée au mutualiste.

Aucune allocation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Article 47 - Complément d'action sociale

En complément de la prestation d'aide à domicile prévu à l'article 46 du présent règlement, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale. Ce complément d'un montant de 5 euros de l'heure, est versé mensuellement en tenant compte des ressources du bénéficiaire de la prestation.

Article 48 - Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

1 - Une aide exceptionnelle pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, blessures, infirmité ou décès peut être attribuée jusqu'à concurrence de 1 000 euros.

En cas d'événements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 1 500 euros.

2 - Un prêt service, à taux bonifié, d'une durée de 12 à 60 mois, accordé par la Casden Banque Populaire, pour faire face à une situation grave, imprévisible et exceptionnelle. Il n'est pas cumulable avec le prêt social.

Le montant de ce prêt peut varier de 1 500 euros à 7 500 euros et doit être remboursé avant que l'adhérent ait atteint 75 ans. Ce prêt est remboursable par mensualité d'au moins 50 euros.

3 - Un prêt installation MGEN CASDEN, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par MGEN et la Casden).

Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 euros.

Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Le membre participant doit :

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

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

TITRE 5

GARANTIES OPTIONNELLES

Article 49 - Complément Retraite Mutualiste (Corem)

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

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

Article 50 - Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

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

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

Article 51 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

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

Article 52 - Assurance des prêts

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

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

52-1 - Contrat d'assurance collective en couverture de prêts

Il a pour objet de couvrir :

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

52-2 - Contrat perte d'emploi

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

Ces contrats donnent lieu au versement d'une cotisation spécifique. Les conditions de ces contrats figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises aux contractants lors de la souscription.

Article 53 - Caution acquisition

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

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

Article 54 - Offre Rassurer Solutions

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

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

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

Article 55 - Contrat facultatif prévoyance et assistance obsèques « Sollicitudes »

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

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

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

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

Annexe I - Prestations Santé

FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Consultations / Visites médecins généralistes, sages-femmes, médecins spécialistes (dans / hors du parcours de soins coordonnés)	30%
Honoraires des auxiliaires médicaux	40%
Analyses - actes de laboratoires	40%
Actes techniques dont radiologie (dans / hors du parcours de soins coordonnés)	30%
Participation forfaitaire (art R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	18 €
Forfait ostéopathie	22,50 € par séance dans la limite de 2 séances par année civile
Forfait psychothérapie (selon conditions de l'article 11.1 du règlement mutualiste MGEN DUO)	8 € par séance avec un maximum de 150 séances

PHARMACIE

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés à 65 % par la Sécurité sociale	35%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés à 30 % par la Sécurité sociale	65%

TRANSPORTS

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Frais de transport (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	35%

PRÉVENTION

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Contraception prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale (pilules contraceptives nouvelle génération, patches, anneaux vaginaux, spermicides)⁽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)
Forfait SEVRAGE TABAGIQUE (traitements nicotiniques de substitution)	50 € / an (1 seule fois par adhésion)
Vaccinations (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...)	35%
Amniocentèse	183 € par amniocentèse, quel que soit l'âge de l'adhérente, en complément de la prise en charge de la Sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires)
Prestation naissance/adoption	160 € par enfant mutualiste

⁽¹⁾ Remboursement sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative acquittée

HOSPITALISATION

Nature des frais	MGEN DUO Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Honoraires médicaux hospitaliers Ticket modérateur - Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale - Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement ⁽²⁾ <ul style="list-style-type: none"> • médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*, • médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 	20% 18 € 50% 30%
<p>*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.</p>	
Hébergement et frais de séjour	20%
Frais journalier hospitalier	18 € par jour
Frais journalier psychiatrie	13,50 € par jour
Chambre particulière ⁽²⁾ En cas d'hospitalisation avec hébergement et comportant au moins une nuitée Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention	Etablissements conventionnés avec MGEN Médecine, chirurgie, obstétrique 45 €/nuitée - Maternité 50 €/nuitée - Psychiatrie 40 €/nuitée - Soins de suite et de réadaptation 35 €/nuitée Etablissements non conventionnés avec MGEN - Médecine - Chirurgie - Obstétrique - Maternité : 33 € par nuitée - Psychiatrie : 30 € par nuitée - Soins de suite : 18,50 € par nuitée
Chambre d'accueil ⁽²⁾ (Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée) Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention	Etablissements conventionnés avec MGEN 15 € par jour
Frais d'accompagnant ⁽²⁾ d'un mutualiste de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans, ou en situation de handicap, en court séjour Prestation non conventionnelle Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN Prestation conventionnelle Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH) Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant des prestations qui s'inscrivent dans le cadre de la convention	Etablissements non conventionnés avec MGEN = maximum 15€ par nuit Etablissements conventionnés avec MGEN = maximum 38,50 € par nuitée

⁽²⁾ Dans la limite de 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

DENTAIRE

Nature des frais	MGEN DUO Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Consultations et soins conservateurs et chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune aux actes médicaux)	30%
Inlay Onlay remboursés par la Sécurité sociale	80%
Prothèses dentaires Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un praticien ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)	
Couronne dento portée remboursée ou non par la Sécurité sociale (métallique, céramo métallique ou céramo-céramique)	122 €
Inlay core, Inlay core à clavette remboursés par la Sécurité sociale	80%

DENTAIRE

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale	
Transitoires :	
- De 1 à 7 dents	92 €
- Jusqu'à 13 dents et par maxillaire (14 dents)	183 €
Définitifs résine :	
- De 9 à 13 dents	199 €
- Par maxillaire (14 dents)	229 €
Définitifs métal :	
- De 1 à 7 dents	206 €
- Jusqu'à 13 dents	290 €
- Par maxillaire (14 dents)	336 €
Bridge de base 3 éléments dento porté définitif	360€
Pilier de bridge dento porté définitif supplémentaire	122€
Intermédiaire de bridge supplémentaire définitif (remboursés ou non par la Sécurité sociale)	107€
Traitement d'articulations temporo-mandibulaires (ATM) - gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical (remboursés ou non par la Sécurité sociale)	122 €
Couronne pédiatrique	61 €
Attelle de contention (remboursée ou non par la Sécurité sociale)	183 €
Pose de facette	61 €
Couronne transitoire, bridge 3 éléments, pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire transitoire	31 €/élément hors molaires
Prothèses dentaires	
<p>Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires)</p>	
Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)	
- Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	397,95 €
- Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	397,95 €
Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)	
- Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	195,15 €
- Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	195,15 €
Définitives remboursées par la Sécurité sociale	
- Inlay core	100 €
- Inlay core à clavette	116 €
- Bridge 3 éléments dento porté	1 000 €
- Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €
Bridge 3 éléments dento porté non remboursés par la Sécurité sociale	1 000 €
Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires non remboursés par la Sécurité sociale	110 €
Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)	
- Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	473,20 €
- Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	473,20 €
Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)	
- Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	270,40 €
- Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	270,40 €

DENTAIRE

Nature des frais	MGEN DUO
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.
Réparations sur appareil amovible (dento porté ou sur implant)	
Résine : réparation/adjonction-changement par élément	23 €
Eléments supplémentaires	80 %
Métal : réparation de fracture/ adjonction-changement	46 €
Eléments supplémentaires	80 %
Rebasage	46 €
Changement de facette par élément	61 €
Orthodontie	
Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un praticien ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)	
Traitement pris en charge par la Sécurité sociale	50 %
Examens préalables (études céphalométriques et moulages)	80 %
Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (sous réserve de l'avis favorable de l'orthodontiste consultant de la mutuelle) <i>Traitement actif : 4 semestres maxi ; inclus le 7ème semestre de finalisation de traitement commencé avant 16 ans.</i>	90 %
Orthodontie	
Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7 ^e semestre de finalisation de traitement.)	
Traitement pris en charge par la Sécurité sociale	
- Traitement actif (par semestre)	296,60 €
- Traitement de contention (1ère année)	109,15 €
Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)	
- Traitement actif (par semestre)	338,00 €
- Traitement de contention (1ère année)	219,70 €
Implantologie	
Couronne définitive sur implant remboursée par la Sécurité sociale	122 € (maxi 2 couronnes sur 2 années civiles puis 30% de la BRSS au-delà de la limite)
Implant	250 € / implant (maxi 2 implants sur 2 années civiles)
Appareil complet transvissé sur implant	336 €

OPTIQUE

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

Nature des frais		MGEN DUO	
Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
Prestations avant 18 ans			
Type de verres	Codification Sécurité sociale	Par verre**	Par verre**
		Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	22.50 €	30 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	85 €	100 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	90 €	105 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	95 €	115 €
Monture (l'unité) **	2210546	35 €	
Prestations à partir de 18 ans			
Type de verres	Codification Sécurité sociale	Par verre**	Par verre**
		Prestations hors réseaux agréés	Prestations dans les réseaux agréés
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2203240 2259966	45 €	60 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	90 €	105 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	105 €	126 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	120 €	145 €
Monture (l'unité) **	2223342	60 €	
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge			
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale - Forfait - Prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	92 € par œil et par an 40%		
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	54 € par œil et par an		
Prestations (sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits)			
Système à vision télescopique (sur prescription médicale - s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € par œil ou ticket modérateur si supérieur		
Chirurgie réfractive de l'œil non remboursée par la Sécurité sociale (selon conditions de l'article 11.1 du règlement mutualiste MGEN DUO)	100 € par œil et par an		

OPTIQUE

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

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

** Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

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

SUPPLÉMENTS DIVERS

Nature des frais (sur prescription médicale)	Prestations avant 18 ans	Codification Sécurité sociale	Prestation à partir de 18 ans	Codification Sécurité sociale
Prisme incorporé, quelle que soit sa puissance	15 €	2287862	13 €	2247905
Système antiptosis	30,91 €	2293957	30,91 €	2200795
Filtre chromatique ou ultraviolet	17 €	2222408	23 €	Néant
Verres iséiconiques	40% de la base de remboursement Sécurité sociale	2204066	40% de la base de remboursement Sécurité sociale	2278219
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries	18 €	2246716	21 €	2274109
Filtre d'occlusion partielle moins de 6 ans, l'unité	4 €	2269025	Néant	Néant
Prisme souple moins de 6 ans, l'unité	12 €	2227920	Néant	Néant
Supplément pour monture de lunettes à coque moins de 6 ans	17,08 €	2227908	Néant	Néant

APPAREILLAGES /AUTRES FRAIS (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)

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

Prothèses (pansements, accessoires, orthopédie, appareillages)

40 %

Audioprothèses

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

Prestation conventionnelle. Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire du réseau AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat de prothèses auditives dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires du réseau AUDISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN

Achat	Prestation hors réseau conventionné	Prestation dans le réseau conventionné
Adhérents de moins de 20 ans et plus de 20 ans atteints de cécité	650 €/appareil	750 €/appareil
Adhérents de 20 ans et plus Par appareil dans la limite de 2 appareils par an, puis ticket modérateur après épuisement du forfait	550 €/appareil	650 €/appareil
Forfait annuel entretien et réparation	50 € par appareil puis Ticket Modérateur après épuisement du forfait	

Autres prothèses (capillaires, mammaires, oculaires)

Oculaires	Forfait de 130 € à 412 €
Capillaires	Forfait de 229 €
Prothèses mammaires externes	Forfait de 130 €
Par prothèse	
Forfait produits complémentaires	
- Support double-face seul (non remboursé par la Sécurité sociale)	
- Autres produits complémentaires (soutien gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents)	130 € par année civile

CURES THERMALES (PRESCRITES PAR UN MÉDECIN)

Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30 %
Forfait de traitement en établissement thermal	35 % du forfait thermal
Forfait hébergement	75 €/cure

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 % annuelle du MP actif à partir de 30 ans	441 €	1278 €
	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)	3,68 %	551 €	1545 €
	A partir de 67 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 67 ^e anniversaire)	3,68 %	551 €	1158 €
Retraité		4,44 %	609 €	1162 €
Bénéficiaire de la CMU Complémentaire		1,47 %	173 €	635 €
Cotisation ⁽¹⁾ sur la base d'un forfait annuel				
Veuf(ve)			796 €	
Maintenu	À partir de 30 ans (à partir du 1 ^{er} janvier de l'année du 30 ^e anniversaire)		691 €	
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre du 29 ^e anniversaire)		553 €	
Orphelin (défini à l'article 20 des statuts)		Âgé d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans		116 €
		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)	229 €

⁽¹⁾ La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre la MGEN et MGEN Vie auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :
- 4,51 % affectés à MGEN Vie, - 95,49 % affectés à la MGEN.

MEMBRES BÉNÉFICIAIRES

Catégories	Complément de cotisation annuel
Bénéficiaire conjoint - d'un membre participant actif * - d'un membre participant retraité	65 % de la cotisation du membre participant ⁽¹⁾
Bénéficiaire conjoint - d'un membre participant maintenu * - d'un membre participant bénéficiaire de la CMU-Complémentaire	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	116 €
Bénéficiaire enfant bénéficiaire de la CMU-Complémentaire	
Bénéficiaire enfant (à partir de 18 ans)	229 €
Bénéficiaire enfant âgé de 30 ans et plus dont le handicap a été reconnu par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	229 €

* 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 ⁽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)
Membre Participant âgé de moins de 62 ans	0,27 %

Annexe 3 - Notice d'information

Garanties relatives à la vie et au décès

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par MGEN auprès de MGEN Vie. L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09 - est chargée du contrôle des mutuelles.

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet du contrat

Le Contrat a pour objet de faire bénéficier au groupe assuré tels que défini à l'article 2 de la notice d'information :

- une prestation naissance ;
- une prestation frais funéraire ;
- des garanties décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Article 2 - Définition du Groupe Assuré

Pour l'ensemble des garanties du Contrat, font obligatoirement partie du Groupe Assuré les membres participants et leurs bénéficiaires relevant du chapitre 4 du titre I des statuts de MGEN, ayant adhéré au règlement mutualiste MGEN DUO.

La qualité d'Assuré résulte de la signature du bulletin d'adhésion au règlement mutualiste MGEN DUO.

Article 3 - Date d'effet et Cessation des garanties

3-1 - Date d'effet de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

3-2 - Prise d'effet des garanties

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

3-3 - Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire leurs effets à la date à laquelle l'adhérent perd la qualité de membre participant ou bénéficiaire de MGEN.

Le droit à garantie cesse à la date de survenance du premier des événements suivants :

- résiliation par le membre participant de son adhésion au règlement ;
- non paiement des cotisations.

Article 4 - Exclusions

Les sinistres résultant des faits suivants ne sont pas garantis :

- **le suicide ou d'un fait intentionnel du membre Participant dans la première année de l'adhésion ;**

- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant dès qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires ;

- les faits de guerre civile et de guerre étrangère lorsque la France est belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir en matière d'assurances sur la vie en temps de guerre.

Article 5 - Prescription

En application de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance. Toutefois, pour la garantie décès, cette prescription est de dix ans pour l'action des bénéficiaires à compter de la connaissance du décès, et dans un délai maximal de 30 ans suivant le décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception adressée à la mutuelle.

Article 6 - Réclamations -Médiation

En cas de contestation relative aux garanties, 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 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse :
MGEN DUO
TSA 10 028 - 75 924 Paris cedex 19,
- en points d'accueil.

Si l'adhérent est en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, il a la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

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

Article 7 - Informatique et libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant les membres participants. Ceux-ci bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de Centre MGEN – Gestion CNIL – UGPS 182 bd de la Villette 75952 PARIS Cedex 19.

TITRE 2

GARANTIES

Chapitre 1

Prestation naissance

Article 8 - Objet de la prestation

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

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

Adoption : la prestation 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.

Article 9 - Modalités de versement de la prestation

Cette prestation est annuelle et forfaitaire.

Les demandes de prestations 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 1^{er} 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.

Chapitre 2

Garantie décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

Article 10 - 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.

Article 11 - Bénéficiaires de la garantie Décès

11-1 - 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 événement 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.

11-2 - 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

11-3 - 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.

Article 12 - Définition des risques objet de la garantie décès

12-1 - Décès

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

12-2 - 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.

Article 13 - 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.

Article 14 - 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.

Article 15 - 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.



GROUPE **vyv**

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgen.fr