

Statuts & règlements mutualistes

MGEN Alternative Santé

Prévoyance

Offre référencée par les Ministères de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la Culture et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen★
GROUPE **vyv**



MGEN Alternative Santé Prévoyance

Statuts MGEN

3

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section 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 laïque et non confessionnel œuvrant dans les secteurs d'activités suivants :

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

➤ Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

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

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

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

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

Article 13 - Élection des délégués

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

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

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

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

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

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

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

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

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

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

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

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 15 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

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

Article 16 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 18 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

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

Article 19 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 20 - Composition et election des membres

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

I - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 21 - Statut des administrateurs

I - 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 22 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L. 114-16-2 du code de la mutualité. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

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

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 24 - Obligation de confidentialité

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

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 26 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

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

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

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

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

Article 31 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

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

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4

Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

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

Article 35 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections départementales et de la section extra métropolitaine

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

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

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

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

A2 - Contestations

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

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

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

B - Membres de droit

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

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 40 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 41 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 42 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 43 - Modes de placement

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

Article 44 - Fonds d'établissement

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

Article 45 - Marge de solvabilité

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

Article 46 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

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

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

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

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

Le comité d'audit est composé d'au moins quatre administrateurs dont les 2/3 n'exercent pas directement 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 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8

Mandataires mutualistes

Article 50

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

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

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 53 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

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

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

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

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

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

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

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

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

(1) Garanties santé et prévoyance
En cas de modification de cette répartition, la nouvelle répartition sera notifiée aux membres participants par le biais de la revue nationale d'information.

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

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

MGEN Alternative Santé Prévoyance

Conditions générales	16
Conditions particulières	23
Annexe 1	31
Annexe 2	37

Conditions générales

Article 1. Objet.....	p 18
TITRE 1. ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION.....	p 18
Article 2. Champ de recrutement	p 18
Article 3. Catégories de membres.....	p 18
Article 4. Adhésion - Prise d'effet et durée	p 19
Article 5. Modification de situation	p 19
Article 6. Démission et résiliation	p 19
Article 7. Conséquences de la démission et de la résiliation	p 19
Article 8. Maintien des garanties	p 20
TITRE 2. PRESTATIONS	p 20
Article 9. Définition des prestations	p 20
Article 10. Délais d'attente.....	p 20
Article 11. Forclusion	p 20
Article 12. Fait générateur.....	p 20
Article 13. Exclusions	p 20
Article 14. Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale.....	p 20
Article 15. Maxima des remboursements au titre des garanties santé.....	p 20
Article 16. Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance	p 20
Article 17. Contrôle médical	p 20
Article 18. Justificatifs à fournir.....	p 21
TITRE 3. COTISATIONS	p 21
Article 19. Définition des cotisations.....	p 21
Article 20. Paiement des cotisations.....	p 21
Article 21. Évolution des cotisations.....	p 21
Article 22. Majoration des cotisations	p 21
TITRE 4. DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	p 21
Article 23. Subrogation	p 21
Article 24. Prescription	p 21
Article 25. Réclamations - Médiation.....	p 21
Article 26. Territorialité	p 22
Article 27. Protection des données à caractère personnel	p 22
Article 28. Autorité chargée du contrôle des mutuelles.....	p 22
Article 29. Respect du cahier des charges.....	p 22

En application du décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 et de ses arrêtés d'application du 19 décembre 2007 organisant le dispositif de référencement des organismes d'assurance auprès des employeurs publics pour la protection sociale de leurs agents,

MGEN, (SIREN n°775 685 399), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis 3 square Max Hymans 75 748 Paris Cedex 15, ci-après désigné «la Mutuelle», a obtenu le référencement de la présente Offre,

en vue de la protection sociale complémentaire des agents des ministères de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la Culture, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

Et ont conclu à ce titre une convention de référencement, à effet du 1^{er} janvier 2018 et pour une durée de 7 ans, avec les ministères précités.

L'Offre est organisée par :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières et leurs annexes,

Lesquelles constituent le Règlement mutualiste collectif de l'Offre.

Le présent Règlement est régi par les dispositions du Code de la mutualité.

Les Adhérents au présent Règlement tels que définis ci-après sont, du fait de leur adhésion, soumis aux dispositions des Statuts de la Mutuelle. En cas de contradiction entre le présent Règlement et les Statuts, les dispositions du premier prévalent.

Article 1 - Objet

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles l'Offre référencée est proposée par la Mutuelle au profit des Membres Participants et de leurs Bénéficiaires, tels que définis à l'article 2 ci-après.

Cette Offre, déclinée en formules décrites aux Conditions Particulières, se compose de :

- garanties frais de santé,
- garanties prévoyance : incapacité temporaire de travail/invalidité/invalidité permanente et absolue/décès.

Les garanties frais de santé, incapacité temporaire de travail, invalidité, invalidité permanente et absolue et décès sont assurées par MGEN.

Ces garanties sont définies aux Conditions Particulières, lesquelles présentent également les prestations et services annexes auxquels les Membres Participants et Bénéficiaires peuvent prétendre à titre optionnel.

TITRE I

ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION

Article 2 - Champ de recrutement

La présente Offre référencée est ouverte :

- aux agents relevant des ministères l'Éducation nationale et de la Jeunesse, des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la Culture, et des établissements publics qui leurs sont rattachés (hors établissements publics industriels et commerciaux),
- à leurs ayants droit et ayants cause,

Tels que définis ci-après.

2-1. Peuvent adhérer à l'Offre et acquérir ainsi la qualité de Membres Participants :

2-1-1. Pour les garanties frais de santé :

- les agents titulaires (fonctionnaires),
- les agents non titulaires de droit public (contractuels),
- les stagiaires (pré-titularisation),
- les retraités (actuels et futurs),
- les agents des ministères précités, détachés ou mis à disposition auprès d'autres Ministères, établissements publics ou collectivités et les agents en disponibilité, en congé parental et en congé sans traitement,
- les ayants cause (à savoir les veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels et retraités décédés).

2-1-2. Pour les garanties prévoyance, seuls les agents ci-après bénéficient d'un couplage intégral obligatoire des garanties frais de santé et prévoyance :

- les agents titulaires (fonctionnaires) actifs,
- les agents non titulaires de droit public (contractuels) actifs,
- les stagiaires (pré-titularisation).

2-2. Le Membre Participant peut étendre la couverture des seules garanties frais de santé à ses ayants droit, définis ci-après :

- son conjoint, tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son concubin (au sens de l'article 515-8 du Code civil) exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où le Membre Participant et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature et partagent le même domicile.

Lesquels acquièrent alors la qualité de **Membres Bénéficiaires Conjoints**,

- ses enfants, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire pacsé ou de son concubin :
- âgés de moins de 18 ans et bénéficiant du régime social de base du Membre Participant, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin,
- âgés de moins de 28 ans, poursuivant leurs études et inscrits au Régime obligatoire d'assurance maladie des étudiants ou au régime général au titre de la Protection Universelle Maladie (Puma),
- âgés de moins de 28 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité,
- quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation pour adulte handicapé – AAH – (article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont également considérés comme étant à charge.

Lesquels acquièrent alors la qualité de **Membres Bénéficiaires Enfants**.

Le terme « Adhérent » utilisé au sein des présentes Conditions Générales et des Conditions Particulières désigne aussi bien le Membre Participant que le Membre Bénéficiaire tels que définis ci-dessus.

Article 3 - Catégories de membres

Les Membres Participants, tels que prévus à l'article 2-1 des présentes, sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient et font, le cas échéant, bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les Membres Bénéficiaires, tels que prévus à l'article 2-2 des présentes, sont les personnes physiques ayants droit d'un Membre Participant.

Nul ne peut être admis en tant que Membre Bénéficiaire s'il peut être admis à la Mutuelle en tant que Membre Participant en application de l'article 2-1 précité.

Article 4 - Adhésion - Prise d'effet et durée

4-1. Conditions et modalités

L'adhésion au présent Règlement est individuelle et facultative. Elle est matérialisée par la signature, par le Membre Participant, du bulletin d'adhésion.

Pour les garanties frais de santé, le Membre Participant a le choix entre l'une ou l'autre des trois formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Santé 1/Santé 2/Santé 3).

Les Membres Bénéficiaires disposent obligatoirement de la même formule en santé que celle choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Pour les garanties prévoyance, dans le cadre du couplage des garanties santé et prévoyance obligatoire pour le Membre Participant actif, celui-ci a également le choix entre l'une ou l'autre des trois formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Prévoyance 1/Prévoyance 2/Prévoyance 3).

L'adhésion d'un agent relevant de l'article 2-1-2 ci-dessus aux garanties frais de santé entraîne obligatoirement son adhésion conjointe et indissociable aux garanties prévoyance.

Pour tout Membre Participant, l'adhésion à l'Offre s'effectue :

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

4-2. Prise d'effet et durée

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

- au lendemain de la demande,
- à la date librement indiquée par le membre participant dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème 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.

La durée de l'adhésion est annuelle et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Article 5 - Modification de situation

Le Membre Participant s'engage à informer, dans un délai de 30 jours suivant l'évènement, la Mutuelle de toutes modifications énoncées ci-après :

- la composition de sa famille : naissance/adoption, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès,
- les ressources de son foyer : modification des ressources du groupe familial dès lors que celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations,
- sa situation administrative et professionnelle : titularisation, mise à disposition, détachement, retraite, stagiarisation, changement d'employeur, congés de toute nature...

Article 6 - Démission et résiliation

6-1. Démission à l'initiative du Membre Participant

Le Membre Participant a la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1er janvier de l'année qui suit celle en cours à condition d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre, soit au plus tard le 31 octobre date de réception par la Mutuelle. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1er janvier.

Le Membre Participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent Règlement mutualiste collectif sans frais ni pénalités. La démission prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou le nouvel organisme assureur en application de la procédure prévue par l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.

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

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

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

6-2. Décès du Membre Participant

L'adhésion du Membre Participant prend fin à son décès.

Le Bénéficiaire du Membre Participant décédé peut, en tant qu'ayant cause tel que défini à l'article 2-1 des présentes, 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 Membre Bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures. À défaut d'adhésion, la couverture du Membre Bénéficiaire prend fin dans le délai de trois mois suivant le décès du Membre Participant.

6-3. Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture d'un ou des Membres Bénéficiaires ne peut être demandée que par le Membre Participant selon les modalités définies au point 1 dernier alinéa du présent article.

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

6-4. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle pour non-paiement de la cotisation

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.

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

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

Article 7 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La Mutuelle rembourse au Membre Participant la part 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 et la résiliation 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 et les allocations d'invalidité. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions de droits étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux Conditions Particulières.

Article 8 - Maintien des garanties

8-1. En cas de résiliation ou non-renouvellement de la convention

En cas de résiliation ou de non-renouvellement de la convention de référencement conclue avec les ministères précités, et par voie de conséquence du présent Règlement, le versement des prestations en prévoyance est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation sous réserve que le fait générateur soit antérieur à la résiliation.

La résiliation ou le non-renouvellement de la convention de référencement, et par voie de conséquence du présent Règlement est sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité. Ainsi, les garanties décès sont maintenues pour les Membres Participants en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité.

8-2. En cas d'incapacité ou d'invalidité

La Mutuelle maintient les garanties frais de santé dans les conditions antérieures pour les Membres Participants en situation d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité ou de mise à la retraite par anticipation pour invalidité.

8-3. En cas de radiation des effectifs

En cas de radiation des Membres Participants des effectifs des Ministères ou des établissements publics qui leur sont rattachés, pour mise à la retraite par anticipation pour invalidité, la Mutuelle maintient les garanties de ces Membres Participants à titre individuel.

8-4. En cas de congé

En cas de congé pour raison de santé prévu par le statut de la fonction publique (congé de maladie ordinaire - CMO, congé de longue maladie - CLM, congé de longue durée - CLD, congé de grave maladie - CGM), ou par le Code du travail le cas échéant, les garanties frais de santé et prévoyance sont maintenues dans les conditions antérieures, si le Membre Participant n'en manifeste pas la volonté contraire avant le début effectif de son congé.

TITRE 2

PRESTATIONS

Article 9 - Définition des prestations

Le détail des prestations offertes aux Membres Participants et à leurs Bénéficiaires figure, pour chacune des trois formules (Santé 1 - Prévoyance 1/Santé 2 - Prévoyance 2/Santé 3 - Prévoyance 3), aux Conditions Particulières.

Article 10 - Délais d'attente

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.

Tout fait générateur qui se réalise pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation.

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

Les Membres Participants et Bénéficiaires définis à l'article 2 des présentes ne se voient appliquer aucun délai d'attente aux garanties constitutives de l'Offre référencée.

Seules des prestations annexes proposées hors référencement aux Membres Participants et Bénéficiaires à titre optionnel, telles que précisées au titre 4 des Conditions Particulières, peuvent donner lieu à l'application d'un délai d'attente. Dans ce cas, celui-ci est indiqué au sein de la documentation contractuelle remise à l'adhérent au moment de la souscription de ladite prestation.

Article 11 - Forclusion

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de la réalisation du fait générateur n'est plus recevable.

Article 12 - Fait générateur

Le fait générateur se définit comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini au sein de l'article relatif à chaque prestation concernée dans les Conditions Particulières.

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 l'ensemble des dispositions de l'Offre en vigueur à la date du fait générateur.

Article 13 - Exclusions

Le détail des exclusions est défini aux Conditions Particulières.

Article 14 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de la Mutuelle définie aux Conditions Particulières.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément de la Mutuelle, défini aux Conditions Particulières, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Seule une décision prise par les instances de la Mutuelle, en accord avec les ministères, peut entraîner la modification de son niveau d'intervention.

Article 15 - Maxima des remboursements au titre des garanties santé

Pour toute prestation, le remboursement par la Mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective du Membre Participant et des Bénéficiaires après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Membre Participant et ses Bénéficiaires peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

Article 16 - Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance

Les prestations versées à hauteur du niveau de garantie en application des Conditions Particulières, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale et par tout autre organisme de prévoyance ou de retraite, ou par l'administration ou à toute autre rémunération résultant d'une activité salariée ou prestation de l'assurance chômage, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

Article 17 - 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 18 – Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires.

À défaut, les prestations ne sont pas versées.

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

TITRE 3

COTISATIONS

Article 19 - Définition des cotisations

La cotisation est la contrepartie des garanties accordées par la Mutuelle.

Les cotisations des Membres Participants et des Membres Bénéficiaires couvrent une année civile.

Les définitions et modalités de calcul des cotisations, dénommées ensemble ou séparément «la cotisation», sont définies pour chacune des trois formules (Santé 1 - Prévoyance 1/Santé 2 - Prévoyance 2/Santé 3 - Prévoyance 3) et pour chacune des catégories de membres, aux Conditions Particulières.

La cotisation relative aux garanties frais de santé est encadrée d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond spécifique selon la tranche d'âge du Membre Participant.

Article 20 - Paiement des cotisations

Le Membre Participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle, pour lui-même et le cas échéant ses Membres Bénéficiaires, qui est affectée à la couverture des prestations, allocations et services définis aux Conditions Générales et Particulières.

Article 21 - Évolution des cotisations

21-1. Évolution annuelle des cotisations

A compter du 1^{er} janvier 2018 et jusqu'au 31 décembre 2019, les cotisations des garanties frais de santé et des garanties prévoyance telles que prévues aux Conditions Particulières ne feront l'objet d'aucune revalorisation ou actualisation.

Ce maintien en l'état des cotisations s'entend à législation et réglementation constantes.

Au-delà de ce délai, les cotisations des garanties frais de santé d'une part et celles des garanties prévoyance d'autre part feront l'objet d'une revalorisation ne pouvant excéder 5% par an.

21-2. Évolution exceptionnelle des cotisations

En application des dispositions de l'article 19 du décret de 2007 précité, et dans les conditions exceptionnelles que celles-ci prévoient, une évolution des cotisations allant au-delà du taux de revalorisation prévu à l'article 20-1 ci-dessus pourra être appliquée.

Toute évolution des cotisations sera portée à la connaissance du Membre Participant.

Article 22 - Majoration des cotisations

En application du décret de 2007 et de ses arrêtés d'application précités :

- lorsque le Membre Participant de plus de 30 ans adhère plus de 2 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation est majorée de 2% par année non cotisée après 30 ans dans un dispositif référencé,
- lorsque le Membre Participant adhère plus de 5 ans après son entrée dans la fonction publique, sa cotisation peut être établie sur la base d'un questionnaire médical pour les garanties incapacité, invalidité et décès.

TITRE 4

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 23 - Subrogation

L'Adhérent victime d'un accident doit le déclarer à la Mutuelle.

La Mutuelle est subrogée de plein droit au Membre Participant ou au Bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Si l'Adhérent a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par la Mutuelle est exigé.

L'Adhérent qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 24 - Prescription

Toutes actions dérivant des prestations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans. Ce délai court à compter du sinistre ou du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Pour les opérations sur la vie, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du Membre Participant.

La 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, 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 25 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation, l'Adhérent peut s'adresser 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 de votre section départementale,
- en points d'accueil.

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

- via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Article 26 - Territorialité

Les garanties de la présente Offre s'appliquent en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer, les collectivités d'outre-mer et à l'étranger.

Dans le cas où elles s'appliquent à l'étranger, la Mutuelle intervient en complément de la couverture du régime obligatoire d'assurance maladie français ou équivalent.

Dans ce cas également, l'intervention de la Mutuelle sur les frais d'hospitalisation est limitée à un plafond par personne couverte et par an, tel que fixé aux Conditions Particulières.

Article 27 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 28 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN et MGEN Vie.

Article 29 - Respect du cahier des charges

La présente Offre respecte les dispositions du cahier des charges au titre duquel la convention de référencement a été conclue.

Toutefois, en cas de contradictions entre les dispositions du présent Règlement et du cahier des charges, les plus favorables aux intérêts des Membres Participants et de leurs Bénéficiaires, prévaudront.

Conditions particulières

TITRE 1. LES FORMULES	p 24
Article 1. Les formules de garanties.....	p 24
Article 2. Les changements de formules.....	p 24
TITRE 2. LES PRESTATIONS.....	p 24
Chapitre 1. Garanties frais de santé.....	p 24
Article 3. Objet de la garantie.....	p 24
Article 4. Maladie	p 24
Article 5. Forfait médecines douces.....	p 24
Article 6. Forfait prévention.....	p 25
Article 7. Hospitalisation.....	p 25
Article 8. Maternité.....	p 25
Article 9. Dispense d'avance de frais.....	p 25
Article 10. Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir	p 26
Article 11. Délais de versement des prestations frais de santé	p 26
Article 12. Exclusions	p 26
Chapitre 2. Garanties prévoyance	p 26
Article 13. Incapacité temporaire de travail	p 26
Article 14. Invalidité.....	p 27
Article 15. Invalidité Permanente et Absolue/Décès	p 28
Chapitre 3. Action sociale	p 29
Article 16. Aides et accompagnements solidaires.....	p 29
Article 17. Handicap	p 29
Article 18. Orphelinat.....	p 29
Article 19. Aide au mutualiste aidant.....	p 29
TITRE 3. LES COTISATIONS	p 29
Article 20. Cotisations des Membres Participants.....	p 29
Article 21. Cotisations des Membres Bénéficiaires.....	p 30
TITRE 4. LES GARANTIES OPTIONNELLES	p 30
Article 22.	p 30
Article 23. Pack Services optionnels	p 30
Article 24. Prêt installation.....	p 30
Annexe 1 Tableaux de prestations	p 31
Annexe 2 Tableaux de cotisations	p 37

TITRE I

LES FORMULES

Article 1 - Les formules de garanties

Pour les garanties frais de santé, le Membre Participant a le choix entre l'une ou l'autre des trois formules suivantes :

Garanties Frais de santé	Santé 1	Santé 2	Santé 3
-----------------------------	---------	---------	---------

Les Bénéficiaires disposent obligatoirement de la même formule santé que celle choisie par le Membre Participant auquel ils sont rattachés.

Pour les garanties prévoyance, dans le cadre du couplage des garanties santé et prévoyance obligatoire pour le seul Membre Participant actif, celui-ci a le choix entre l'une ou l'autre des trois formules suivantes :

Garanties Prévoyance	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
-------------------------	--------------	--------------	--------------

Article 2 - Les changements de formules

En cours d'adhésion, le Membre Participant peut solliciter un changement de formule santé ou, pour le seul Membre Participant actif, de formule prévoyance, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit.

Le changement de formule santé s'applique également aux Membres Bénéficiaires rattachés au Membre Participant.

La nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

En cas d'arrêt de travail en cours du Membre Participant, le changement de formule prévoyance ne peut intervenir qu'après la reprise de son activité professionnelle.

En cas de changements de formules non concomitants en santé et en prévoyance, le délai de 12 mois commence à courir à compter du dernier changement de formule effectué.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le Membre Participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement. Dans ce cas, la nouvelle formule prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit sa demande.

Le changement de formule santé est sans effet sur les limites de prestations en cours s'agissant des équipements d'optique ainsi que, en cas de changement en cours d'année civile, sur les forfaits annuels.

En cas de changement de formule prévoyance, les prestations incapacité temporaire de travail et invalidité en cours de service sont maintenues à leur niveau applicable à la date du fait générateur ayant ouvert droit à ces prestations.

TITRE 2

LES PRESTATIONS

➤ Chapitre I

Garanties frais de santé

Article 3 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du régime obligatoire d'assurance maladie à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité dans les conditions et limites prévues par les présentes Conditions Particulières.

L'étendue et le montant des garanties (Voir Annexe I – Tableaux des prestations) peuvent prévoir la prise en charge des frais qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Article 4 - Maladie

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-I du code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et de ses articles d'application R.871-I et R.871-2.

Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L.160-13 du code précité.

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.

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

Les prestations suivantes incluent celles du Régime obligatoire d'assurance maladie, dans les conditions et modalités prévues aux présentes et selon les montants indiqués aux Tableaux des prestations (Annexe I) :

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

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

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

• **Chirurgie réfractive de l'œil** : La prestation est versée pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste

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

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

Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires.

Article 5 - Forfait médecines douces

La Mutuelle verse à chaque Membre Participant ou Bénéficiaire un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

5-1. Ostéopathe

La prestation est versée pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-2. Acupuncture

La prestation est versée pour les séances d'acupuncture effectuées, par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une capacité en acupuncture ou par une sage-femme titulaire d'un diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale reconnus par l'Etat.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens - OPTAM CO), alors la prestation peut être versée sur la part des honoraires du médecin au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et après intervention de la Mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

5-3. Diététicien

La prestation est versée pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un diététicien autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

5-4. Homéopathe

La prestation est versée pour les consultations d'homéopathe et les produits homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date de l'acte ou de l'achat.

5-5. Chiropracteur

La prestation est versée pour les séances effectuées par un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Article 6 - Forfait prévention

La Mutuelle verse à chaque Membre Participant ou Bénéficiaire un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

6-1. Contraception/tests de grossesse

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

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

6-2. Vaccins/médicaments antipaludéens

La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, y compris pour les médicaments antipaludéens.

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.

6-3. Sevrage tabagique

La prestation est versée pour les traitements nicotiniques de substitution. non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie.

6-4. Bilan psychomotricité

La prestation est versée pour le remboursement des bilans de psychomotricité.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

6-5. Ostéodensitométrie

La prestation est versée pour le remboursement des actes d'ostéodensitométrie non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

Article 7 - Hospitalisation

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 les hospitalisations à l'étranger, un plafond de garantie est applicable par année civile et par personne, tel que fixé au Tableau des prestations (Annexe I)

7-1. Champ d'intervention

La prestation est versée pour les séjours hospitaliers en établissements de santé public ou privé conventionnés avec la Sécurité sociale, relevant du Code de la Santé publique.

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

7-2. Conditions de remboursement

Le remboursement est subordonné à celui de la Sécurité sociale pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (maladie ou chirurgie) sans préjudice des obligations du contrat responsable.

7-3. 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 séjour.

Par dérogation, la Mutuelle intervient également pour le remboursement :

- des dépassements d'honoraires pratiqués par le praticien,
- de la chambre particulière pour les séjours comprenant au moins une nuitée (hors hébergements en établissements ou unités de soins de suite et de réadaptation et unités psychiatriques) et pour les séjours ambulatoires,
- du lit d'accompagnant.

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge dès le premier jour de l'hospitalisation sans limitation de durée.

7-4. Fait générateur

Le fait générateur est apprécié au premier jour du séjour hospitalier.

Seuls donnent lieu à remboursement les soins qui se situent pendant la période d'ouverture des droits.

Article 8 - Maternité

Pour la couverture des dépenses de soins liés à la maternité prises en charge par la Sécurité sociale, la Mutuelle intervient au titre :

- des honoraires médicaux,
- des frais d'hospitalisation en établissement public ou privé, relevant du Code de la santé publique, agréé ou conventionné,
- des frais de laboratoire et de sang sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,
- de la chambre particulière en établissement de santé,
- des honoraires relatifs à l'accouchement à domicile, remboursés sur la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- et des frais pharmaceutiques.

Article 9 - Dispense d'avance de frais

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 contractuelle 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 à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

Article 10 - Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir

Lorsque le Membre Participant ou le Bénéficiaire ne bénéficie pas du service de dispense d'avance de frais ou de la télétransmission informatique de ses décomptes par le Régime obligatoire d'assurance maladie, le remboursement par la Mutuelle s'effectue sur la base :

- des originaux de décomptes de Sécurité sociale ;
- des originaux de factures ou notes d'honoraires du praticien ou de l'établissement de santé, nominatives, datées, acquittées, détaillées et codifiées.

Pour le paiement des prestations non remboursées par le Régime obligatoire d'assurance maladie, outre les originaux de factures datées et acquittées, sont requis :

- Psychothérapie, ostéopathe et chiropracteur : la présence du numéro d'identification du praticien,
- Vaccination non remboursée : la prescription médicale (sauf vaccination en centre de vaccination agréé),
- Sevrage tabagique : le(s) décompte(s) de Sécurité sociale justifiant de l'épuisement du forfait versé par cette dernière.

La Mutuelle se réserve le droit de demander la production de tout justificatif complémentaire.

Article 11 - Délais de versement des prestations frais de santé

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

Article 12 - 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 et les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale, à l'exception de ceux figurant aux présentes Conditions Particulières.

Chapitre 2 Garanties prévoyance

Les garanties prévues au présent chapitre sont réservées aux Membres Participants actifs, tels que définis à l'article 2-1-2 des Conditions Générales.

Article 13 - Incapacité temporaire de travail

13-1. Définition de la garantie

La garantie Incapacité Temporaire de Travail permet de compenser, par le versement d'allocations journalières, la diminution de revenu subie par le Membre Participant contraint de cesser son activité professionnelle, suite à une maladie ou à un accident.

13-2. Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au Membre Participant ou en disponibilité d'office au sens de l'article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, qui perçoit un demi traitement de son employeur tel que prévu par le régime de la Fonction publique ou des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

La prestation est également attribuée au Membre Participant qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité sociale :

- soit parce que les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du Régime obligatoire d'assurance maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
- soit parce que ses droits sont épuisés conformément aux dispositions de l'article L. 323-1 du Code de la Sécurité sociale,

Dans ce cas, la prestation complémentaire de la Mutuelle est calculée en tenant compte des indemnités journalières que la Sécurité sociale aurait versées.

13-3. Fait générateur

Le fait générateur est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail. Tout arrêt de travail en cours au moment de l'adhésion ne pourra pas faire l'objet d'une prise en charge au titre de la prestation Allocations journalières.

13-4. Niveaux des garanties

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes :

	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
Incapacité Temporaire de Travail	75 % du salaire annuel de référence	85 % du salaire annuel de référence	95 % du salaire annuel de référence

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation est celui en vigueur à la date du fait générateur.

13-5. Montant de la prestation

Le montant dû par jour d'arrêt de travail est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

Le niveau de garantie Incapacité Temporaire de Travail indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence.

Le salaire annuel de référence est le montant des revenus utilisés pour le calcul de l'assiette des cotisations, telle que définie à l'article 20-1 ci-après.

Les ressources correspondent au montant brut versé en cas d'arrêt de travail par l'administration et/ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

Conformément à l'article 16 des Conditions Générales, les prestations versées en application de la présente garantie, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale, l'Administration et par tout autre organisme complémentaire, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

13-6. Revalorisation du montant de la prestation

Une revalorisation annuelle est appliquée au 1^{er} janvier de l'année N, calculée en fonction de l'évolution annuelle constatée entre le 30 septembre de l'année N-1 et le 30 septembre de l'année N-2, de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages en France métropolitaine (hors tabac) publié par l'INSEE, et dans la limite de 1,2% par an.

13-7. Modalités et durée du versement de la prestation

Le versement de la prestation débute :

- à compter du maintien du demi-traitement par l'employeur, tel que prévu par le régime de la Fonction Publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Les allocations journalières sont payables à terme échu.

La prestation est versée tant que dure l'Incapacité Temporaire de Travail du Membre Participant jusqu'à la survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- la perception d'une pension de retraite ou de vieillesse,
- la liquidation de la pension retraite pour invalidité ou l'attribution d'une pension d'invalidité,
- la reconnaissance d'une réduction de la capacité de gain d'au moins 2/3 ouvrant droit à la garantie Invalidité telle que définie à l'article 14 ci-après,
- le décès du Membre Participant,
- sa démission de la Mutuelle.

13-8. Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai permettant l'exercice d'un éventuel contrôle médical par la Mutuelle et avant la reprise du travail, accompagnées des documents suivants :

Pour une demande initiale :

- formulaire de demande de prestation,
- justificatif de congés : copie des arrêtés de notification de placement en congé maladie (ou justificatif émanant de l'employeur),
- copie des relevés des prestations en espèces versées par la Sécurité sociale,
- copie du dernier bulletin de salaire avant l'arrêt de travail.

Pour une prolongation :

- copie des arrêtés de maintien ou de prolongation en congé maladie (ou justificatif émanant de l'employeur),
- suite des décomptes de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale,
- copie des bulletins de salaire à demi traitement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

13-9. Délai de versement des prestations

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

Article 14 - Invalidité

14-1. Définition de la garantie

La garantie Invalidité permet de compenser par le versement d'allocations invalidité, la perte de revenus subie par le Membre Participant contraint de cesser ou réduire son activité professionnelle suite à une maladie ou un accident et qui est reconnu en invalidité.

14-2. Conditions d'attribution

Est considéré comme reconnu en invalidité le Membre Participant qui perçoit :

- une pension retraite pour invalidité,
- ou une pension ou allocation d'invalidité.

14-3. Fait générateur

Le fait générateur est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail précédant la mise en invalidité ou date de reconnaissance de l'invalidité si le Membre Participant est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'Incapacité Temporaire de Travail.

14-4. Niveaux de garantie

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes :

	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
Invalidité	50% du salaire annuel de référence	75% du salaire annuel de référence	75% du salaire annuel de référence

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation Invalidité est celui en vigueur à la date du fait générateur.

14-5. Montant de la prestation

Le montant dû par jour au titre de l'Invalidité est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

Le niveau de la garantie Invalidité indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence.

Le salaire annuel de référence est le montant des revenus utilisés pour le calcul de l'assiette des cotisations, telle que définie à l'article 20-1 ci-après.

Les ressources prises en compte dans le calcul de la prestation Invalidité sont les montants bruts des pensions ou allocations d'invalidité ou de retraite pour invalidité perçues au titre du ou des régime(s) obligatoire(s) et le cas échéant, d'autre rémunération perçue pendant la période indemnisée.

Conformément à l'article 16 des Conditions Générales, les prestations versées en application de la présente garantie, en s'ajoutant aux prestations en espèces de même nature qui seraient servies par la Sécurité sociale, l'Administration et par tout autre organisme complémentaire, ne peuvent avoir pour effet de porter les ressources à un niveau supérieur à la perte de revenus subie par le Membre Participant.

14-6. Revalorisation du montant de la prestation

Une revalorisation annuelle est appliquée au 1^{er} janvier de l'année N, calculée en fonction de l'évolution annuelle constatée entre le 30 septembre de l'année N-1 et le 30 septembre de l'année N-2 de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages en France métropolitaine (hors tabac) publié par l'INSEE, et dans la limite de 1,2% par an.

14-7. Modalité et durée du versement de la prestation

Le versement de la prestation Invalidité débute au jour de l'attribution de la pension ou allocation d'invalidité ou de la pension retraite pour invalidité.

La prestation est attribuée pour une année civile et renouvelée chaque année au 1^{er} janvier. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu.

La prestation est versée tant que dure l'Invalidité.

Le versement de la prestation est suspendu le 1^{er} jour du mois suivant la reprise d'une activité professionnelle rémunérée.

Le versement de la prestation prend fin le 1^{er} jour du mois suivant l'un des événements suivants :

- la perception d'une pension de vieillesse,
- l'atteinte de l'âge légal de départ à la retraite,
- le décès du Membre Participant,
- sa démission de la Mutuelle.

14-8. Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents suivants :

Pour une demande initiale :

- formulaire de demande de prestation,
- titre de pension délivré par l'administration ou la notification de classement en invalidité délivrée par la Sécurité sociale,
- premier justificatif de versement de la pension d'invalidité, justificatif des pensions d'invalidité ou de vieillesse perçues au titre du ou des régimes obligatoires (pensions de base et/ou complémentaires).

Pour un renouvellement :

- formulaire de renouvellement,
- justificatif de maintien en invalidité (dernier bulletin de pension d'invalidité ou de vieillesse pour inaptitude ou notification de paiement de la pension de la Sécurité sociale),
- avis d'imposition sur les revenus perçus l'année précédente.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

14-9. Délai de versement des prestations

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

Article 15 - Invalidité Permanente et Absolue/Décès

15-1. Objet

Cette prestation a pour objet de garantir au Membre Participant le paiement d'un capital en cas d'Invalidité Permanente et Absolue (IPA) ou de Décès survenant durant la période de garantie.

15-2. Fait générateur

Le fait générateur est soit :

- la date de reconnaissance par le médecin conseil de l'état d'Invalidité Permanente et Absolue avec assistance d'une tierce personne pour effectuer les quatre actes quotidiens de la vie (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),
- la date du décès pour la garantie décès.

15-3. Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue

L'Invalidité Permanente et Absolue reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle au regard des conditions cumulatives suivantes :

- Incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de procurer gain ou profit au Membre Participant, qu'il s'agisse ou non de sa profession,
- Recours obligatoire à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes quotidiens de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver),

Ouvre droit au versement du capital au profit du Membre Participant.

15-4. Montant des prestations

Le niveau de garantie est choisi par le Membre Participant, conformément aux dispositions de l'article 1 des présentes.

	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
IPA/Décès	90 % du salaire annuel de référence	95 % du salaire annuel de référence	100 % du salaire annuel de référence

Le niveau de garantie applicable pour le calcul de la prestation IPA/Décès est celui en vigueur à la date du fait générateur.

Le salaire annuel de référence est le montant des revenus utilisés pour le calcul de l'assiette des cotisations, telle que définie à l'article 20-I ci-après.

15-5. Bénéficiaires des prestations garanties

15-5-1. En cas d'Invalidité Permanente Absolue

La prestation est versée au Membre Participant.

Le versement de la prestation au titre de l'IPA libère la Mutuelle de toute obligation lors du décès ultérieur du Membre Participant. Il met donc fin à la garantie « décès ».

15-5-2. En cas de décès

15-5-2-1. Désignation du/des Bénéficiaire(s)

La prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s) par le Membre Participant.

À défaut de désignation expresse ou en cas de renonciation ou de décès antérieur à celui de l'adhérent de tous les bénéficiaires désignés, les prestations sont versées par ordre de priorité :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au pacsé de l'assuré ,

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

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Le (la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu en concubinage, (correspondant à une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple), avec le membre participant décédé jusqu'au moment du décès de celui-ci. Le(la) concubin(e) doit fournir pour cela au moins deux documents de nature différente.

15-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de Bénéficiaires

La désignation ou la modification du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée en complétant le formulaire de désignation de bénéficiaires préétabli par MGEN, ou par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier de l'adhérent 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'à lui seul.

Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le Membre Participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la Mutuelle, du Membre Participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du Membre Participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la Mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du Membre Participant.

Après le décès du Membre Participant, l'acceptation est libre.

15-6. Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la Mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel du Membre Participant dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du Membre Participant dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

15-7. Modalités de gestion et justificatifs

La demande de prestation doit indiquer précisément l'identité du Membre Participant ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

Justificatifs en cas d'Invalidité Permanente Absolue :

- un certificat médical attestant que l'IPA met le Membre Participant dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,

- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3e catégorie,
- une copie de l'attribution de la pension retraite pour invalidité portant la mention de l'octroi d'une majoration pour tierce personne ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Justificatifs en cas de décès :

- un extrait de l'acte de décès ou un extrait de l'acte de naissance portant la mention du décès,
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle,
- un justificatif d'identité du bénéficiaire désigné,
- un justificatif de la qualité du bénéficiaire désigné,
- un RIB du bénéficiaire désigné,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

15-8. Fin de la prestation

La garantie cesse de produire ses effets :

- pour les garanties IPA et décès : à la date à laquelle le Membre Participant perd cette qualité,
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie IPA.

15-9. Délai de versement des prestations

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

Chapitre 3

Action sociale

Les dispositifs d'action sociale détaillés au présent chapitre sont pris sur une dotation que détermine annuellement le conseil d'administration. Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale et sont attribués au cas par cas par le comité d'action sociale après étude de la situation du bénéficiaire.

Article 16 - Aides et accompagnements solidaires

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

Article 17 - Handicap

L'allocation handicap peut être versée au Membre Participant ou au Bénéficiaire, de moins de 60 ans, atteint dans ses facultés mentales, physiques et sensorielles.

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

Elle est attribuée annuellement en fonction des ressources de la Mutuelle et est versée périodiquement.

Article 18 - Orphelinat

L'allocation orphelinat est destinée à contribuer à l'éducation des enfants ayant la qualité de Bénéficiaires enfants au moment du décès de l'un ou de leurs deux parents.

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

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

L'allocation 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 est scolarisé et conserve la qualité de bénéficiaire.

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

Article 19 - Aide au mutualiste aidant

Lorsque le Membre Participant ou le Bénéficiaire assiste au quotidien son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1^{er} degré, en état de dépendance totale (classé en GIR 1 ou 2), la Mutuelle accorde en fonction de ses ressources une aide annuelle tenant compte de la situation familiale et des ressources du mutualiste aidant.

TITRE 3

LES COTISATIONS

Article 20 - Cotisations des Membres Participants

20-1. Membres Participants actifs

La cotisation est déterminée en fonction de la formule de garantie Frais de santé et de la formule de garantie Prévoyance choisies et de l'âge atteint par le Membre Participant actif dans l'année civile de l'assurance.

Huit tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans ;
- de 31 à 35 ans ;
- de 36 à 40 ans ;
- de 41 à 45 ans ;
- de 46 à 50 ans ;
- de 51 à 55 ans ;
- de 56 à 60 ans ;
- à partir de 61 ans.

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant actif.

La cotisation est exprimée en pourcentage de la rémunération brute fiscale perçue au titre de l'activité relevant du champ de référence. La cotisation afférente à la couverture des frais de santé fait l'objet d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond selon la tranche d'âge du Membre Participant.

Pour les Membres Participants actifs en disponibilité, en congé parental, ou en arrêt de travail, ne percevant plus une rémunération complète de la part de leur employeur, l'assiette de cotisation est calculée sur la base de la rémunération du dernier mois complet précédant l'arrêt de l'activité.

Une minoration de cotisation de 5% est appliquée pour les Membres Participants en congé de longue durée.

20-2. Membres Participants retraités

La cotisation est déterminée en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie et de l'âge atteint par le Membre Participant retraité dans l'année civile de l'assurance.

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 70 ans ;
- à partir de 71 ans ;

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant retraité.

La cotisation est exprimée en pourcentage du montant net de la (ou des) pension(s) personnelle(s) des régimes de base et des régimes complémentaires obligatoires, soumise(s) à l'impôt sur le revenu.

La cotisation afférente à la couverture des frais de santé fait l'objet d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond selon la tranche d'âge du Membre participant retraité.

20-3. Veufs et Orphelins

Pour le Membre Participant veuf, la cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie et de l'âge atteint dans l'année civile de l'assurance.

Dix tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans ;
- de 31 à 35 ans ;
- de 36 à 40 ans ;
- de 41 à 45 ans ;
- de 46 à 50 ans ;
- de 51 à 55 ans ;
- de 56 à 60 ans ;
- de 61 à 65 ans ;
- de 66 à 70 ans ;
- à partir de 71 ans.

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant veuf.

Pour l'Orphelin, la cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie.

Article 21 - Cotisations des Membres Bénéficiaires

La cotisation du Membre Participant, définie à l'article 20 ci-dessus, est familiale. Elle est majorée le cas échéant par une cotisation par Membre Bénéficiaire conjoint ou enfant.

21-1. Bénéficiaire Conjoint

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant et de l'âge atteint par le Bénéficiaire conjoint dans l'année civile de l'assurance.

Dix tranches d'âges sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans,
- de 31 à 35 ans,
- de 36 à 40 ans,
- de 41 à 45 ans,
- de 46 à 50 ans,
- de 51 à 55 ans,
- de 56 à 60 ans,
- de 61 à 65 ans,
- de 66 à 70 ans,
- à partir de 71 ans.

L'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du bénéficiaire conjoint.

21-2. Bénéficiaires enfants

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie de Frais de santé choisie par le Membre Participant et de l'âge atteint par le Bénéficiaire enfant dans l'année civile de l'assurance.

Trois catégories sont définies :

- inférieur ou égal à 18 ans,
- de 19 à 28 ans,
- enfant handicapé quel que soit son âge.

Pour le Bénéficiaire enfant handicapé tel que défini à l'article 2-2 des Conditions Générales, quel que soit son âge, la cotisation est forfaitaire en fonction de la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant auquel il est rattaché.

La cotisation n'est pas due à compter du 4^e enfant couvert, dès lors qu'au moins quatre Bénéficiaires enfants sont rattachés au même Membre Participant.

Cette gratuité s'applique à la cotisation du /des Bénéficiaire(s) enfant le(s) plus jeune(s) dans l'ordre des dates de naissance, à compter du 4^e enfant couvert.

TITRE 4

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Article 22

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

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

Cette adhésion donne lieu au versement d'une cotisation spécifique. Les conditions et modalités de ces garanties figurent au sein des notices d'information relatives à ces garanties.

Article 23 - Pack Services optionnels

Le Membre Participant et le Membre Bénéficiaire Conjoint ont la faculté d'adhérer au contrat d'assurance collectif « Assistance » souscrit par MGEN auprès de Ressources Mutuelle Assistance (RMA), en vue des prestations d'accompagnement personnalisé suivantes :

- solutions pour faire face à certains imprévus : notamment la garde d'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation,
- solutions permettant à l'adhérent d'être transporté sur son lieu de travail s'il ne peut pas utiliser les moyens de transports habituels suite à un accident ou une maladie,
- aide à la recherche d'emploi du conjoint de l'adhérent en cas de mutation,
- aide au déménagement et nettoyage du logement quitté en cas de mutation,
- service d'information juridique sur le droit français (ex : consommation, habitation...),
- accompagnement pour la gestion et l'analyse du budget en cas de situations délicates,
- accompagnent pour préparer le passage à la retraite.

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

Les conditions de cette offre figurent dans la documentation contractuelle afférente, remise à l'adhérent lors de la souscription.

Article 24 - Prêt installation

Le Membre Participant a la faculté de souscrire 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 Membre Participant doit formuler sa demande de prêt par écrit, et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 €. Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Les conditions de ce prêt figurent dans la documentation contractuelle afférente, remise à l'adhérent lors de la souscription.

Annexe 1

Tableaux de prestations

FRAIS DE SANTÉ

SOINS COURANTS			
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
	RO + RC	RO + RC	RO + RC
Honoraires médicaux			
Consultations / Visites médecins généralistes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Consultation / Visite médecins spécialistes ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultation / Visite médecins spécialistes n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires des sages-femmes	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Actes Techniques			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	125 % BR	125 % BR
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Radiologie			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	125 % BR	125 % BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire «actes lourds» (visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux (masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 %	125 % BR	125 % BR
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - actes de laboratoires	100 % BR	125 % BR	125 % BR

* 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 des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

SOINS COURANTS

NATURE DES FRAIS

PRESTATIONS

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

En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,
la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.

Santé 1

Santé 2

Santé 3

RO + RC

RO + RC

RO + RC

Médicaments

Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%

100% BR

100% BR

100% BR

Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%

100% BR

100% BR

100% BR

Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%

100% BR

100% BR

100% BR

Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 65%

100% BR

100% BR

100% BR

Autres soins

Psychothérapie

Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale

Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)

100% BR

Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale

Séances de psychothérapie (20 séances max/an)

15€/séance

15€/séance

20€/séance

Médecines douces

Ostéopathe

Chiropracteur

Acupuncture

Homéopathe

Dietéticien

75€/an

125€/an

150€/an

Prévention

Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale

100% BR

100% BR

100% BR

Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale

100% BR

100% BR

100% BR

Contraception/ tests de grossesse

Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale

75€/an

125€/an

150€/an

Sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale

Bilan psychomotricité

Ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale

Cures thermales

Frais de surveillance médicale

100% BR

100% BR

100% BR

Frais d'hébergement

Remboursement SS +
75 € / cure

Remboursement SS +
100 € / cure

Remboursement SS +
150 € /cure

Matériel médical

Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie

100% BR

100% BR

100% BR

Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale

200% BR

200% BR

200% BR

Autres prothèses (oculaires, mammaires, capillaires) remboursées par la Sécurité sociale

100% BR

100% BR

100% BR

*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 des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

HOSPITALISATION			
Selon les conditions définies à l'article 7 des Conditions particulières			
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
	RO + RC	RO + RC	RO + RC
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	150% BR	150% BR	200% BR
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	130% BR	130% BR	175% BR
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prise en charge du Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	100% FR**	100% FR**	100% FR**
Chambre particulière			
Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité***	30€ /jour	40€ /jour	50€ /jour
Chambre particulière en ambulatoire***	15€	20€	25€
Frais d'accompagnant			
Lit d'accompagnement	25€ /nuit	25€ /nuit	25€ /nuit
Transport			
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Autres prestations			
Plafonds annuels de garantie applicable aux hospitalisations à l'étranger	70 000 €	85 000 €	100 000 €
* 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 des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés. ** FR : frais réels engagés par l'assuré *** Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.			

OPTIQUE

NATURE DES FRAIS

PRESTATIONS

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

En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,
la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.

Santé 1

Santé 2

Santé 3

RO + RC

RO + RC

RO + RC

Lunettes remboursées par la Sécurité sociale

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

Unifocal (Classe A)	faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics.
		≥ 16 ans	
	forte correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Multifocal ou progressif (Classe A)	faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
	forte correction (catégorie f)	< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Monture (Classe A)		< 16 ans	
		≥ 16 ans	
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés			

Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés

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

pour 2 verres Unifocaux (Classe B)	faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	50€	100€	150€
		≥ 16 ans	50€	100€	150€
	forte correction (catégorie c)	< 16 ans	200€	260€	320€
		≥ 16 ans	200€	260€	320€
pour 2 verres Multifocaux ou progressifs (Classe B)	faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	200€	260€	320€
		≥ 16 ans	200€	260€	320€
	forte correction (catégorie f)	< 16 ans	200€	260€	320€
		≥ 16 ans	200€	300€	400€
Monture (Classe B)		< 16 ans	25€	35€	45€
		≥ 16 ans	30€	60€	90€

Lentilles de contact correctrices

Lentilles de contact remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale	100% BR + 100€/an	100% BR + 135€/an	100% BR + 170€/an
---	-------------------	-------------------	-------------------

Autres prestations optiques

Prestations d'adaptation et d'appairage, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR
Chirurgie réfractive de l'œil	-	300€ /œil	400€ /œil

Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia optique 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 de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.

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

*Tel que défini réglementairement

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

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

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

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

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

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

DENTAIRE			
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.		
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
	RO + RC	RO + RC	RO + RC
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*			
Couronne définitive (sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée. Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics.		
Inlay core (avec ou sans clavette)			
Bridge dento-porté			
Couronne transitoire dento-portée			
Appareil amovible en résine			
Réparations sur appareil amovible en résine			
* Tel que défini réglementairement			
Soins et prothèses hors panier 100% Santé			
Soins			
Soins dentaires	100% BR	100% BR	100% BR
Inlay/Onlay	150% BR	200% BR	300% BR
Prothèses			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	150% BR	200% BR	300% BR
Inlay core	150% BR	200% BR	300% BR
Orthodontie			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	150% BR	200% BR	300% BR
Implantologie			
Implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale	250€ /an	500€ /an	750€ /an
Parodontologie			
Parodontologie	Remboursement SS + 50€ /an	Remboursement SS + 75€ /an	Remboursement SS + 100€ /an
Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un Centre dentaire mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.			

AIDES AUDITIVES

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS		
		Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.		
		Santé 1	Santé 2	Santé 3
		RO + RC	RO + RC	RO + RC
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement				
Aides auditives*	Pour les moins de 20 ans ou atteint de cécité	Remboursement total de la dépense engagée Pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
	Pour les 20 ans et plus			
Aides auditives hors panier 100% Santé				
Aides auditives*	Pour les moins de 20 ans ou atteint de cécité	Remboursement SS + 600 €	Remboursement SS + 700 €	Remboursement SS + 800 €
	Pour les 20 ans et plus	600 €	700 €	800 €
Aides auditives				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an)		100 % BR + 50 €/ an	100 % BR + 50 €/ an	100 % BR + 50 €/ an
*Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus.				
*Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du bénéficiaire.				

PRÉVOYANCE

	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
Prestations	% du salaire annuel de référence		
Incapacité temporaire de travail	75 %	85 %	95 %
Invalidité	50 %	75 %	75 %
Invalidité permanente absolue/décès	90 %	95 %	100 %

Annexe 2

Tableaux de cotisations

COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

FRAIS DE SANTÉ								
% de la rémunération brute fiscale								
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61 ans et plus
SANTÉ 1								
%	1,75 %	1,93 %	1,99 %	2,07 %	2,32 %	2,43 %	2,54 %	2,77 %
Cotisation plancher	405 €	492 €	498 €	501 €	507 €	510 €	513 €	516 €
Cotisation plafond	1 224 €	1 443 €	1 443 €	1 443 €	1 443 €	1 443 €	1 443 €	1 443 €
SANTÉ 2								
%	2,48 %	2,67 %	2,72 %	2,83 %	3,12 %	3,23 %	3,3 %	3,56 %
Cotisation plancher	447 €	528 €	537 €	540 €	546 €	549 €	555 €	558 €
Cotisation plafond	1 341 €	1 581 €	1 581 €	1 581 €	1 581 €	1 581 €	1 581 €	1 581 €
SANTÉ 3								
%	3,11 %	3,16 %	3,24 %	3,45 %	3,77 %	3,89 %	3,99 %	4,31 %
Cotisation plancher	492 €	579 €	585 €	588 €	594 €	603 €	606 €	615 €
Cotisation plafond	1 473 €	1 734 €	1 734 €	1 734 €	1 734 €	1 734 €	1 734 €	1 734 €

PRÉVOYANCE	
% de la rémunération brute fiscale	
Toutes tranches d'âge	
Prévoyance 1	0,53 %
Prévoyance 2	1,39 %
Prévoyance 3	1,74 %

Le détail de la ventilation de la cotisation figure page 47 de la présente annexe.

COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

FRAIS DE SANTÉ <i>% du montant net des pensions personnelles</i>		
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 70 ans	71 ans et plus
SANTÉ 1		
%	3,46%	4,66%
Cotisation plancher	678 €	678 €
Cotisation plafond	1 443 €	1 443 €
SANTÉ 2		
%	3,92%	5,11%
Cotisation plancher	774 €	774 €
Cotisation plafond	1 581 €	1 581 €
SANTÉ 3		
%	4,40%	5,52%
Cotisation plancher	864 €	864 €
Cotisation plafond	1 734 €	1 734 €

COTISATIONS VEUFS ET ORPHELINS

VEUFS										
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>										
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71 ans et plus
Santé 1	384 €	441 €	543 €	657 €	747 €	771 €	807 €	936 €	1 065 €	1 176 €
Santé 2	441 €	516 €	630 €	771 €	873 €	894 €	924 €	1 065 €	1 191 €	1 293 €
Santé 3	513 €	555 €	681 €	846 €	969 €	990 €	1 020 €	1 170 €	1 299 €	1 377 €

ORPHELINS	
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>	
Santé 1	318 €
Santé 2	333 €
Santé 3	405 €

COTISATIONS DU MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

MEMBRE BÉNÉFICIAIRE CONJOINT										
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>										
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 30 ans	31-35 ans	36-40 ans	41-45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	71 ans et plus
Santé 1	384 €	441 €	543 €	657 €	747 €	771 €	807 €	936 €	1 065 €	1 176 €
Santé 2	441 €	516 €	630 €	771 €	873 €	894 €	924 €	1 065 €	1 191 €	1 293 €
Santé 3	513 €	555 €	681 €	846 €	969 €	990 €	1 020 €	1 170 €	1 299 €	1 377 €

MEMBRE BÉNÉFICIAIRE ENFANT			
FRAIS DE SANTÉ <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i>			
Tranches d'âge	Inférieur ou égal à 18 ans	19-28 ans	Handicapés
Santé 1	261 €	318 €	318 €
Santé 2	312 €	333 €	333 €
Santé 3	360 €	405 €	405 €

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur **mgen.fr**