

Statuts & règlements mutualistes

MGEN International Santé

Prévoyance

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen^{*}

GRUPE **vyv**



Statuts & règlements mutualistes MGEN Santé Prévoyance

MGEN	3
MGEN Action sanitaire et sociale	61
MGEN Centres de santé	69

Statuts	4
Règlement mutualiste - MGEN International Santé prévoyance	16
Annexe 1 - Tableaux des prestations - Soins à l'étranger et dans les Collectivités d'Outre-Mer	34
Annexe 2 - Tableaux des prestations - Soins en France (Métropole et DROM)	37
Annexe 3 - Tableaux des cotisations	52
Annexe 4 - Zonier Géographique	58

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 Prudenciel 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 - I a) à I e) du Code de la mutualité.

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

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

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

1 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

➤ Chapitre 3 Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de référencement auprès des employeurs publics de la fonction publique d'État

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 4 Conditions spécifiques d'admission, de démission et de résiliation issues du dispositif de labellisation auprès des employeurs publics de la fonction publique territoriale

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

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 ;

2 - Une section « B » regroupant les adhérents des offres Complémenter Santé, Complémenter Santé Prévoyance, MGEN DUO, MGEN Territoires et Éducation, Conventions de participation, MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers ;

3 - Une section « C » regroupant les adhérents des offres Complémentaire Santé Solidaire, Efficience Santé, Efficience Santé BRED, Espace Bienvenue, ÔJI, Contrats collectif ;

4 - Une section « D » regroupant les adhérents de la section Extra métropolitaine et les adhérents à l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

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 au minima 3 délégués et maximum 14.

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

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

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

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

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

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

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

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

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 15 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 16 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 18 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

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

Article 19 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 20 - Composition et élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 21 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 22 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 24 - Obligation de confidentialité

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

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 26 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

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

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

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

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

Article 31 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

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

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

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

Article 35 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

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

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

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

- des détachés auprès de MGEN exerçant leur activité à la SEM,
- 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.

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 tiers les années paires.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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 - Vacance

En cas de vacance de poste en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

A3 - 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 Union sont membres de droit du comité extra-métropolitain.

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 40 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 41 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 42 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 43 - Modes de placement

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

Article 44 - Fonds d'établissement

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

Article 45 - Marge de solvabilité

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

Article 46 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8 Mandataires mutualistes

Article 50

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

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

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 53 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

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

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

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

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

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

Les taux ou montants de compléments de cotisation susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'aide à la complémentaire santé, mentionné aux articles L 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

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

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

(1) Garanties santé et prévoyance

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

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

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

Règlement mutualiste

MGEN International

Santé Prévoyance

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants relevant des articles 7 et 9 des statuts MGEN et de l'article 15 du présent règlement mutualiste et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Modalités d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

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

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

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

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

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

Article 3 - Démission

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

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

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

2 - Démission en cours d'année

Le membre participant, couvert par une offre contenant des garan-

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

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

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 4 - Résiliation de la couverture familiale

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

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

Article 5 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

1 - Suspension

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à défaut de paiement dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent, la mutuelle a la faculté de résilier sa garantie. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

2 - Résiliation

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

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

Article 6 - Réticence ou fausse déclaration

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

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

Article 7 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

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

Article 8 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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

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

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

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions du

droit étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux règlements mutualistes.

Article 9

Pour percevoir leurs prestations et bénéficier des services de la mutuelle, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Les prestations non couvertes par une cotisation correspondante feront l'objet d'un titre de reversement.

Article 10

1 - Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant aux chapitres 5 (Autonomie), 6 (Compléments de revenus) et 9 (Décès) du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit. Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

2 - Fraude

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par les statuts et règlements mutualistes, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues au paragraphe 1.

3 - Modification de situation

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

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

Article 11 - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance qui les concernent. Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet des garanties n'ouvre pas droit aux prestations. Toute garantie indemnisée est celle de la formule en cours à la date du fait générateur. Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des statuts et règlements mutualistes en vigueur à la date du fait générateur.

Article 12 - Délais d'attente

Les délais d'attente applicables à certaines prestations sont précisés au sein des articles du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance qui les concernent. 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 débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation. Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le délai d'attente.

Article 13 - Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires.

À défaut, les prestations ne sont pas versées.

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

Article 14 - 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, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 15 - 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 MGEN définie aux règlements mutualistes et aux annexes à ces règlements. Seule l'assemblée générale, ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, peut modifier la prise en charge de MGEN. En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément MGEN, défini aux règlements mutualistes et aux annexes à ces règlements, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 16 - Maxima des remboursements

Pour toute prestation, le remboursement par la mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a 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, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 17 - Maxima des prestations

Les prestations versées à hauteur du niveau de garantie en application du règlement, 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 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 l'adhérent.

Article 18 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

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

Article 19 - Protection des données à caractère personnel

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

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

- certaines basées sur l'exécution du contrat ou la réalisation de mesures précontractuelles : pour la passation, la gestion et l'exécution du règlement mutualiste et des statuts de la Mutuelle, pour réaliser des opérations en lien avec l'acceptation et la surveillance du risque, pour gérer la vie institutionnelle, pour gérer les contentieux et recours en lien avec le contrat du membre participant ;

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

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

Les données sont conservées le temps nécessaire à la réalisation des opérations citées plus avant, conformément au référentiel des durées de conservation mis en œuvre au sein de 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 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 MGEN dans la limite des finalités précitées.

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

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

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

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

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

**MGEN - Centre de services de la Verrière -
Protection des données - CS I0601 -
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 20 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève. La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent 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 demeure acquise, sous la même réserve. Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé. Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 21 - 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 la section extra-métropolitaine,
- en points d'accueil.

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

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

Article 22 - Bénéficiaires des prestations

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste les personnes bénéficiant d'une couverture santé de premier niveau et rattachées à la section extra-métropolitaine de MGEN. L'organisme assurant cette couverture est dénommé ci-après l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM).

Il peut s'agir d'un organisme d'assurance maladie obligatoire ou volontaire français ou local (à l'étranger ou dans les COM) ou d'une assurance privée.

L'organisme primaire d'assurance maladie doit nécessairement prendre en charge les frais liés à l'hospitalisation et au transport hospitalier sanitaire dans le pays de résidence du membre participant.

Peuvent adhérer au présent règlement en qualité de membres participants, les personnes, qui bénéficient d'un organisme primaire d'assurance maladie, et qui sont :

- fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant au sein d'une des fonctions publiques françaises ou d'un établissement d'enseignement privé sous contrat d'association avec l'Etat ;
- personnels salariés d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, à condition que leur activité ou celle de l'organisme relève d'une des activités citées à l'article 7 des statuts MGEN ;
- fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant une activité professionnelle au sein des établissements d'enseignement, des centres culturels français, des instituts français, de l'Alliance française, des établissements agréés avec l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger (AEFE), des établissements scolaires et de recherche situés à l'étranger.

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

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 et bénéficiaires bénéficient des prestations telles que prévues au présent règlement mutualiste, dans les conditions et limites prévues au présent règlement mutualiste.

Ils sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs.

Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Internationale Santé Prévoyance.

Ils bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille ;
- chapitre 5 - Autonomie ;
- chapitre 6 - Complément de revenus ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;
- chapitre 8 - Soutien social et financier ;
- chapitre 9 - Décès ;

2 - Les membres participants retraités

Les membres participants retraités sont définis comme :

- les personnes, déjà adhérents en qualité de membres participants actifs, qui liquident leurs droits à la retraite ;
- les personnes, déjà adhérents en qualité de membres participants retraités de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre référencée MGEN Alternative Santé Prévoyance ou d'une offre labellisée, qui partent résider à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer ;
- les membres participants actifs de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre référencée MGEN Alternative Santé Prévoyance ou d'une offre labellisée qui passent à la retraite et qui à cette occasion partent résider à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer.

Ils bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille ;
- chapitre 5 - Autonomie à l'exception de celle figurant à l'article 34 (perte temporaire d'autonomie) ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

- chapitre 8 - Soutien social et financier ;
- chapitre 9 - Décès ;

Le membre participant retraité conserve cette qualité y compris en cas de reprise d'une activité professionnelle.

3 - Les membres participants associés

Les membres participants associés sont définis comme :

- le membre participant qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de l'offre MGEN International Santé Prévoyance en qualité de membre participant associé. Ce changement de catégorie intervient dans un délai de 3 mois suivant le changement de situation du membre participant. Durant ce délai, le membre participant bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures. La mutuelle informera le membre participant associé de l'évolution de sa couverture.
- le membre bénéficiaire dont l'une des conditions lui permettant de relever de cette catégorie n'est plus remplie, peut adhérer, en qualité de membre participant associé, à l'offre au titre de laquelle il était couvert en qualité de bénéficiaire. Cette demande d'adhésion doit intervenir dans un délai de 3 mois suivant la perte de la qualité de membre bénéficiaire. Durant ce délai, le membre bénéficiaire bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures. Au-delà, en l'absence de demande d'adhésion il sera mis fin à la garantie

Ils bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celle figurant à l'article 30 (allocation naissance ou adoption) ;
- chapitre 5 - Autonomie ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

4 - Les membres participants maintenus

Ils sont définis comme les personnes en situation de cessation temporaire d'activité pour congé parental, convenance personnelle ou disponibilité et bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement, figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celle figurant à l'article 30 (allocation naissance ou adoption) ;
- chapitre 5 - Autonomie ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;
- chapitre 9 - Décès.

5 - Les membres participants orphelins

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

La couverture du membre participant orphelin prend fin au 31 décembre de l'année de ses 29 ans. Seul l'orphelin en situation de handicap peut conserver cette qualité au-delà de 29 ans.

Les membres participants orphelins de 18 ans à 29 ans bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celles figurant aux articles 30 (allocation naissance ou adoption) et 31-I (service d'aide à domicile) ;
- chapitre 5 - Autonomie à l'exception de celles figurant aux articles 33 (dépendance totale), 34 (perte temporaire d'autonomie), et 39 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

Les membres participants orphelins de plus de 29 ans en situation de handicap bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celles figurant aux articles 30 (allocation naissance ou adoption) et 31-I (service d'aide à domicile) ;

- chapitre 5 - Autonomie à l'exception de celles figurant aux articles 33 (dépendance totale), 34 (perte temporaire d'autonomie) et 39 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

6 - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant peut étendre la couverture familiale : à son conjoint, à son partenaire lié par un PACS, ou à son concubin, dès lors que celui-ci bénéficie d'un organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) en propre ou qu'il est ayant-droit sur l'OPAM du membre participant.

Ils bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celle figurant à l'article 30 (allocation naissance ou adoption) ;
- chapitre 5 - Autonomie ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

7 - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant ou celui de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin, et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 29 ans, dès lors que celui-ci bénéficie d'un organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) en propre ou qu'il est ayant-droit sur l'OPAM du membre participant.

Seul le bénéficiaire enfant en situation de handicap peut conserver cette qualité de bénéficiaire enfant au-delà de 29 ans.

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

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

7-1 - Les bénéficiaires enfants de moins de 18 ans et de plus de 29 ans bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celles figurant aux articles 30 (allocation naissance ou adoption) et 31-I (service d'aide à domicile) ;
- chapitre 5 - Autonomie à l'exception de celles figurant aux articles 33 (dépendance totale), 34 (perte temporaire d'autonomie) et 39 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

7-2 - Les bénéficiaires enfants de 18 ans à 29 ans bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement et figurant aux :

- chapitre 2 - Santé ;
- chapitre 3 - Maternité et famille à l'exception de celles figurant aux articles 30 (allocation naissance ou adoption) et 31-I (service d'aide à domicile) ;
- chapitre 5 - Autonomie à l'exception de celles figurant aux articles 33 (dépendance totale), 34 (perte temporaire d'autonomie), et 39 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 7 - Garanties additionnelles ;

Article 23 - Dispositions particulières à certaines prestations

I - Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 26 à 45 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

- 2 - Les prestations, allocations et aides spécifiques prévues aux articles 30 (allocation naissance ou adoption), 31 (assistance), 40 (handicap et dépendance), 39 (aide au mutualiste aidant), 45 (prestation invalidité décès) et 41 (orphelinat) sont accordées par les mutuelles créées par MGEN en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. Elles sont attribuées en application des dispositions figurant à leurs statuts et règlements.

TITRE 2

PRESTATIONS, ALLOCATIONS ET SERVICES DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1 Les formules de garanties

Article 24 - Les formules de garanties proposées

L'offre MGEN International Santé Prévoyance est composée de formules santé et de garanties prévoyance.

Dans ce cadre, le membre participant actif, retraité, orphelin ou associé a le choix entre les formules santé MGEN Ambre, MGEN Cyan, MGEN Magenta ou MGEN Outremer.

S'agissant des soins effectués à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer (COM), le membre participant actif, retraité, orphelin ou associé bénéficie des prestations santé détaillées à l'annexe 1 du présent règlement, fonction de la formule santé pour laquelle il aura opté.

S'agissant des soins effectués en France (métropole et DROM), le membre participant actif, retraité, orphelin ou associé bénéficie des prestations santé détaillées à l'annexe 2 du présent règlement.

Les membres participants, à l'exception des membres participants orphelins bénéficient obligatoirement de garanties prévoyance dans les conditions et limites prévues au présent règlement mutualiste.

Le bénéficiaire conjoint et le bénéficiaire enfant bénéficient obligatoirement de la même formule de garanties santé que celle du membre participant auquel ils sont rattachés. Le bénéficiaire conjoint bénéficie obligatoirement de garanties prévoyance dans les conditions et limites prévues au présent règlement mutualiste.

Par dérogation, le bénéficiaire enfant âgé de 18 ans et plus et de moins de 30 ans qui réside dans un pays différent de celui du membre participant auquel il est rattaché, peut être couvert par une formule de garanties santé différente de celle de son membre participant.

Article 25 - Les changements de formule

En cours d'adhésion, le membre participant peut solliciter un changement de formule santé 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.

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

Le changement de formule santé 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), un changement de pays de résidence ou une situation de chômage indemnisé. Dans ce cas, la nouvelle formule prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

En cas de changement de formule, l'adhérent bénéficie pour la période restant à courir jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours, de l'intégralité des nouveaux plafonds de garantie afférents à la formule d'accueil tels que précisés aux annexes 1 et 2 du présent règlement mutualiste, sous déduction de la consommation des plafonds de garantie afférents à la garantie antérieure constatés à la date d'effet du changement de formule.

Le changement de formule santé est sans effet sur les limites d'attribution pour les équipements d'optique.

➤ Chapitre 2 Santé

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

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.

Pour l'hospitalisation, le droit à prestation est apprécié à la date de début de séjour.

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

Dans le cas où le membre participant est soumis à un délai de carence pour le bénéfice des prestations de son organisme primaire d'assurance maladie ou qu'il ne peut pas justifier du bénéfice d'une couverture santé de premier niveau pour lui ou pour ses bénéficiaires, les garanties, lorsqu'elles concernent des soins et équipements pris en charge au titre du régime obligatoire français, sont minorées du remboursement auquel le membre participant aurait pu prétendre à ce titre.

Article 26 - Soins effectués à l'étranger et dans les Collectivités d'outre-mer (COM)

Maladie

L'adhérent bénéficie des garanties Frais de santé figurant à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste. Ces garanties sont servies en fonction de la formule de santé choisie et dans la limite des plafonds globaux de garanties, des plafonds annuels et des plafonds par acte prévus à l'annexe 1. Les plafonds s'entendent par adhérent et incluent le cumul des remboursements perçus par celui-ci, effectués par l'organisme primaire d'assurance maladie d'une part et la mutuelle au titre du régime complémentaire d'autre part.

Les garanties Frais de santé figurant à l'annexe 1 du présent règlement mutualiste sont servies selon les montants indiqués et sous déduction de l'intervention éventuelle de l'organisme primaire d'assurance maladie de l'adhérent.

Sont exclusivement couverts par la mutuelle les soins médicalement justifiés, prescrits et/ou exécutés par une autorité médicale qualifiée. On entend par autorité médicale qualifiée les professionnels et établissements de santé ainsi que les praticiens relevant d'une profession réglementée autorisés à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

La mutuelle intervient d'une part, en référence aux actes, prestations et produits de santé remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire Française et d'autre part, pour les actes non remboursables précisés à l'annexe 1. Pour la garantie Dentaire, la mutuelle intervient en référence à l'ensemble des actes identifiés dans les nomenclatures de l'Assurance maladie obligatoire française.

Les prestations sont versées en euros en application du taux de change constaté à la date de traitement du dossier par la mutuelle.

Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut intervenir que dans la mesure où ils ont été prescrits par une autorité médicale qualifiée ou si l'organisme primaire d'assurance maladie auquel est rattaché le membre participant, a lui-même pris en charge les frais considérés.

Hospitalisation

La mutuelle 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.

Les soins hospitaliers ou de transport sanitaire hospitalier programmés sont couverts dans le pays de résidence ou dans un pays de l'espace Economique Européen ou en Suisse ; en l'absence de couverture par l'organisme primaire d'assurance maladie, la mutuelle intervient sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par la mutuelle ou son mandataire (IMA ou HealthCase Services en fonction de votre pays de résidence).

En cas d'hospitalisation programmée, l'adhérent doit contacter le mandataire local de la mutuelle (coordonnées ci-dessous), afin d'obtenir un accord préalable de prise en charge et d'être orienté vers un établissement du réseau MGEN international. En cas d'accident ou d'hospitalisation d'urgence, si du fait de son état, l'adhérent est dans l'impossibilité d'établir ce contact avant l'hospitalisation, il devra contacter le mandataire local dès que son état lui permettra.

La demande d'accord préalable pour les hospitalisations programmées doit parvenir à nos mandataires IMA ou HealthCase Services, suivant votre pays de résidence, au plus tard 10 jours avant l'hospitalisation.

Sont pris en charge au titre des prestations Hospitalisation :

- les honoraires médicaux ou chirurgicaux hospitaliers ;
- la participation forfaitaire visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale, le cas échéant ;
- 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, traitements et frais de laboratoire effectués au cours de l'hospitalisation ;
- les appareillages, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques non inclus dans les frais de séjour ;
- les frais d'accompagnant ;
- la chambre particulière.

En cas de maternité, l'adhérente doit déclarer sa grossesse auprès du mandataire local de la mutuelle avant la fin du troisième mois de grossesse.

Pour la couverture des dépenses de soins liés à la maternité lors de l'accouchement, la mutuelle intervient pour :

- les honoraires médicaux ;
- les frais d'hospitalisation en établissement public ou privé, agréé ou conventionné ;
- les frais de laboratoire et de sang ;
- les honoraires relatifs à l'accouchement à domicile ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'amniocentèse.

La prestation maternité concerne la période de l'accouchement uniquement (hors soins pré ou post maternité). Le suivi de grossesse n'entre pas dans le cadre de la garantie maternité.

L'ensemble des soins dispensés à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en soins externes) sont considérés comme des soins de ville et remboursés à ce titre.

Toute demande d'accord préalable et déclaration de grossesse doit être effectuée auprès de nos mandataires :

IMA pour les résidents dans tous les pays du monde, hors France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre-Mer et continent Américain :

- par téléphone : + 33 (0)5 49 76 66 76
- ou par courriel : mgen.international@ima.eu

Health Case Services pour les résidents dans les pays du continent américain à l'exception de Cuba :

- par téléphone : +33 (0)189370200
- par courriel : contact@mgeninternational.com
- ou par web : <https://mgeninternational.com>

A réception de la demande d'accord préalable par notre mandataire IMA ou HCS, une fois les justificatifs et devis fournis, le médecin conseil de MGEN pour les soins à l'International – DENOS MEDICAL ASSISTANCE – pourra délivrer, si les soins sont médicalement justifiés ou que leurs coûts sont raisonnables ou coutumiers localement, un accord de prise en charge validant le type de soins proposé au regard de la pathologie et les tarifs de ceux-ci.

Dans les cas contraires (soins non justifiés médicalement ou dont les coûts seraient jugés non raisonnables ou non coutumiers localement) ou en cas de refus de réalisation des soins dans un établissement du réseau MGEN International, la prise en charge des frais hospitaliers pourra être plafonnée à hauteur du coût des soins raisonnables et coutumiers observés localement. L'avance des frais médicaux pourra également ne pas être mise en œuvre.

Transport sanitaire

La mutuelle couvre les frais de transports sanitaires dans le cadre hospitalier ou non.

Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Assistance et services en cas d'hospitalisation

Les membres participants et leurs bénéficiaires bénéficient des garanties d'assistance, services en cas d'hospitalisation et services d'information prévus par le contrat collectif souscrit par MGEN auprès d'IMA Assurances.

Les détails et conditions de ces garanties et services figurent dans la notice d'information figurant en annexe du présent règlement mutua-liste.

Cure thermique

La mutuelle couvre les dépenses relatives aux frais d'hébergement et de transport pour cure, aux frais de traitement en établissement thermal, et aux frais de surveillance et pratiques médicales complémentaires lors d'une cure thermique prescrite médicalement nécessaire.

Chirurgie réfractive de l'œil

La mutuelle couvre les interventions chirurgicales réalisées par une autorité médicale qualifiée en ophtalmologie, quel que soit le type d'intervention pratiquée en vue de corriger un défaut visuel.

Forfait Prévention

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

- contraception : pilule contraceptive, anneau vaginal, spermicide et patchs contraceptifs, préservatifs masculins et féminins, test de grossesse, contraception d'urgence ;
- vaccins, rappels et traitements antipaludéens prescrits ;
- sevrage tabagique : traitements nicotiques de substitution prescrits.

Forfait « Se soigner autrement »

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire, un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes, et dans la limite d'un forfait par séance :

1 - Ostéopathie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

2 - Actes médicaux d'acupuncture

La mutuelle intervient pour les séances d'acupuncture effectuées par un praticien autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

3 - Consultations diététiques

La mutuelle intervient pour les consultations réalisées par un diététicien autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

4 - Chiropraxie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un chiropracteur autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

5 - Séances de psychomotricité

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un psychomotricien autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

6 - Séances d'ergothérapie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ergothérapeute autorisé à exercer conformément à la réglementation applicable dans le pays des soins.

Justificatifs à fournir

Lorsque le membre participant ou le bénéficiaire ne bénéficie pas du service de dispense d'avance des frais, le remboursement par la mutuelle s'effectue sur la base :

- des originaux de factures ou notes d'honoraires du praticien ou de l'établissement de santé, nominatives, acquittées, détaillées et indiquant :
 - les frais réels auxquels il a été exposé et la date d'exécution pour chaque acte, prestation ou produit de santé ;
 - les mentions relatives à l'identification du praticien ou de l'établissement de santé ;
- les originaux de décompte de prestations de son organisme primaire d'assurance maladie, sauf s'il bénéficie de la télétransmission informatique de ses décomptes vers la mutuelle ;
- le décompte des prestations ou d'indemnité versées par tout organisme public ou privé en France ou à l'étranger.

En cas de dispense d'avance de frais totale ou partielle, l'adhérent s'engage à transmettre à la mutuelle ou son mandataire les originaux de décompte de prestations de son organisme primaire d'assurance maladie.

Les justificatifs précités doivent indiquer de manière claire et lisible la monnaie de facturation des soins.

Les prestations sont versées en euros en application du taux de change constaté à la date de traitement du dossier par la mutuelle.

L'adhérent doit pouvoir justifier de la prescription des soins lorsqu'elle constitue une condition de leur remboursement par la mutuelle.

Article 27 - Soins effectués en France (métropole et DROM)

Maladie

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable, et aux articles d'application R.871-1 et R.871-2 du même Code. Elles ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise mentionnées à l'article L. 160-13 du Code précité.

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

Les prestations suivantes incluent celles de l'organisme primaire d'assurance maladie de l'adhérent, selon les montants indiqués en annexe 2 du présent règlement mutualiste :

- 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 de la pharmacie, 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 l'organisme primaire d'assurance maladie a lui-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la Mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive - voir Tableaux des prestations - Annexe 2),
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas, dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

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

- Ostéopathie : MGEN intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.
- Chirurgie réfractive de l'oeil : MGEN intervient pour des interventions chirurgicales, réalisées par un ophtalmologiste, non remboursées par la Sécurité sociale quel que soit le type d'intervention pratiqué. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque oeil, peuvent être attribuées à la même personne.
- Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose : le droit à prestation est apprécié à la date d'achat. La prestation est servie sur présentation de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée. Seules deux participations par an peuvent être attribuées à la même personne.
- Implants cornéens posés lors d'intervention de la cataracte prise en charge par la Sécurité sociale. Seules deux participations, c'est-à-dire une pour chaque oeil, peuvent être attribuées à la même personne.
- Séances de kinésithérapie dite « méthode de reconstruction posturale » : MGEN intervient pour les séances réalisées par un kinésithérapeute justifiant d'une technique reconnue par le médecin consultant MGEN.
- Forfait contraception.

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

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

Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires.

Hospitalisation (médecine, chirurgie)

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

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

1 - Champ d'intervention

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

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

Elle intervient également pour les hospitalisations en institut médico-éducatif lors de séjours en régime d'internat.

2 - Conditions de remboursement

Il est subordonné à l'intervention éventuelle de l'organisme primaire d'assurance maladie pour l'ensemble des frais et actes afférents aux hospitalisations quelle qu'en soit la nature (médecine ou chirurgie) sans préjudice des obligations du contrat responsable.

3 - Risques garantis

Sont couverts par la mutuelle :

- 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 pour le remboursement :

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

4 - Fait générateur et justificatifs à produire

Le droit à prestation est apprécié à la date de début de séjour.

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

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN dans le cadre du conventionnement mutualiste, il bénéficie de la dispense d'avance de frais à hauteur du montant de la prestation conventionnelle.

Les prestations hors du réseau conventionné sont servies sur présentation de la facture originale nominative acquittée et détaillée de l'établissement hospitalier.

Dépistage pré-natal

La mutuelle intervient pour les amniocentèses non remboursées par la Sécurité sociale ou pour le dépistage pré-natal non invasif remboursé par la Sécurité sociale.

Maternité

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

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

Forfait Se soigner autrement

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire, un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

1 - Ostéopathie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

2 - Actes médicaux d'acupuncture

La mutuelle intervient pour les séances d'acupuncture, effectuées par un médecin titulaire d'un diplôme ou d'une capacité en acupuncture ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) ou par une sage-femme titulaire d'un diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale reconnu par l'État.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée précisant la nature de l'acte et le cas échéant, du décompte de l'organisme primaire d'assurance maladie pour les actes remboursables par la Sécurité sociale.

3 - Consultations diététiques

La mutuelle intervient pour les consultations non remboursées par l'organisme primaire d'assurance maladie et réalisées par un diététicien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

4 - Homéopathie

La prestation est versée pour les produits homéopathiques prescrits (médicaments et préparations magistrales) non remboursés par l'organisme primaire d'assurance maladie.

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

La prestation est servie sur présentation de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée établie par une officine de pharmacie.

5 - Chiropraxie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un chiropracteur diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

6 - Séances de psychomotricité

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un psychomotricien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

7 - Séances d'ergothérapie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ergothérapeute diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

8 - Pédicure-podologie

La mutuelle intervient pour les séances de pédicure et podologie effectuées par un praticien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur. Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature.

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

9 - Autres prestations

La prestation est versée pour le remboursement des séances d'hypnothérapie, naturopathie, étiothérapie, sophrologies non remboursées par la Sécurité sociale.

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

Forfait prévention

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire, un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

1 - Contraception/ tests de grossesse

La prestation est versée pour les pilules de nouvelles générations, l'anneau vaginal et les patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par l'organisme primaire d'assurance maladie sur présentation de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée établie par une officine de pharmacie.

La prestation est également versée pour la contraception d'urgence

(pilule du lendemain), les préservatifs féminins et masculins, les spermicides et les tests de grossesse. Elle est versée sur présentation de la facture originale acquittée établie par une officine de pharmacie.

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

2 - Vaccins et médicaments antipaludéens prescrits non remboursés par la sécurité sociale

La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, ainsi que pour les actes de vaccinations associés. Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte.

La prestation est versée sur présentation :

- de la prescription médicale et de la facture nominative acquittée ;
- ou de la seule facture nominative acquittée établie par un centre agréé de vaccination.

Article 28 - Exclusions

La mutuelle ne garantit pas, sauf à ce que ces prestations soient expressément prévues dans les tableaux de prestations figurant en annexes 1 et 2 du présent règlement mutualiste :

- les frais de parapharmacie, les soins cosmétiques, les produits d'hygiène, les crèmes solaires et/ou hydratantes, les produits de maquillage, les traitements de confort ;
- les vitamines et minéraux, les compléments alimentaires, les produits diététiques, les aliments pour bébé, les eaux minérales ;
- les médicaments et traitements liés aux troubles de l'érection, les hormones de croissance, les opérations et traitements liés au changement de sexe, les frais engagés dans le cadre des gestations pour autrui (GPA), les frais de tests ADN ;
- les lunettes et lentilles sans correction visuelle ;
- les frais de recherche et de transport pour la transplantation d'organes, les traitements expérimentaux ;
- les frais de traitement esthétique, les frais de traitement ou opérations ou cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, les cures thermales non motivées médicalement (dont la thalassothérapie).

Cette disposition s'applique sans préjudice du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale pour les soins en France métropolitaine et dans les DROM.

Article 29 - Délais de versement des prestations frais de santé

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

➤ Chapitre 3 Maternité et famille

Article 30 - Allocation naissance ou adoption

La mutuelle attribue une allocation de 160 euros à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant, admis en qualité de bénéficiaire. La naissance ou le jugement d'adoption plénière intervenu avant l'adhésion du membre participant ne donne pas lieu au versement de l'allocation. Cette allocation est forfaitaire.

L'allocation est versée sans fourniture de pièce justificative pour l'enfant mutualiste dont la naissance ou le jugement d'adoption plénière (français ou étranger produisant les mêmes effets que le jugement d'adoption français) date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale faisant acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Dans le cas de l'adoption plénière d'un enfant âgé d'un an ou plus, l'adhérent devra fournir à la mutuelle l'une des pièces justificatives suivantes :

- La copie du jugement définitif français d'adoption plénière.

- La copie du jugement d'adoption étranger produisant les mêmes effets que le jugement d'adoption français accompagné de sa traduction en français.

- La copie du livret de famille faisant figurer l'extrait de la transcription du jugement d'adoption plénière de l'enfant.

Les demandes d'allocation doivent parvenir dans un délai de 2 ans compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant.

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 31 - Assistance en France (Métropole et DROM)

31-1 - Service d'aide à domicile

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants actifs, retraités et associés et de leurs bénéficiaires conjoints un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des services d'aide à domicile en cas :

- de maladie y compris sans hospitalisation,
- ou d'immobilisation,
- ou de maternité « complexe » avec difficultés de santé,
- ou de naissance prématurée ou multiple

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

➤ Chapitre 4 Service de téléconsultation

Article 32 - Accès à un service digital de prise de rendez-vous et de téléconsultation médicale

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

Ce service est accessible depuis l'espace personnel du membre participant.

➤ Chapitre 5 Autonomie

Article 33 - Dépendance totale

1 - Objet

La garantie a pour objet de verser, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en état de dépendance totale, une rente viagère mensuelle ci-après intitulée prestation Dépendance Totale. Une prestation complémentaire de maintien à domicile est également accordée annuellement au mutualiste dépendant avec assistance d'une tierce personne.

2 - Définition de la dépendance totale

Est considéré en état de dépendance totale, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint dont l'état de santé est consolidé (non susceptible d'amélioration) qui est classé dans l'un des groupes iso-ressources 1 ou 2 en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n°2008-821 du 21 août 2008.

L'état de dépendance est apprécié à partir des groupes iso-ressources (GIR) ci-après :

GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ainsi que les personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui

ont conservé leur capacité de se déplacer.

Le classement en GIR 1 ou 2 est constaté dans le cadre de l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) ; si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, le classement en GIR est constaté par assimilation par le médecin consultant de la mutuelle.

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Tout membre participant et/ou bénéficiaire conjoint peut bénéficier de la rente dépendance totale et de la prestation complémentaire de maintien à domicile, à l'exclusion de ceux qui se trouvent déjà en état de dépendance totale à la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle.

Fait générateur : date de classement en GIR 1 ou 2 (en application de la grille AGGIR en vigueur) dans le cadre de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou, si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, la date de constatation de l'état de dépendance totale par le médecin consultant de la mutuelle.

Un délai d'attente de 3 ans est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion pour toute dépendance totale consécutive à une maladie. Ce délai d'attente ne s'applique pas pour les adhérents déjà couverts par la même garantie au titre de l'une des offres du groupe MGEN.

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'accident.

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

- Prestation Dépendance Totale : La prestation garantie est versée sous forme d'une rente mensuelle à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus à compter du 1^{er} jour du mois qui suit le classement en GIR. Le montant de la rente mensuelle est égal à 120 €.
- Prestation complémentaire de maintien à domicile : Cette prestation annuelle est complémentaire à la prestation Dépendance Totale. Elle est versée en cas de maintien à domicile nécessitant l'assistance d'une tierce personne une seule fois par an à terme échu, à condition que le mutualiste ait été maintenu à domicile au moins 6 mois sur la période des 12 derniers mois précédant le renouvellement de la prestation. Le montant de la prestation annuelle est égal à 500 €.

4-2 - Suspension

Les prestations sont versées aussi longtemps que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est vivant et en état de dépendance totale reconnu.

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint devra fournir à la date d'anniversaire du classement en GIR, un certificat médical précisant son état civil et son lieu de résidence, et le cas échéant justifiant le maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne. Pour les personnes classées en GIR 1 et 2 par le médecin consultant, un document vérifiant l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) sera sollicité à leur 60^e anniversaire.

À défaut de justificatifs, le paiement de la rente et de la prestation complémentaire est suspendu. Le versement des prestations reprendra dès réception des documents demandés. Les montants suspendus seront alors reversés dans un délai de 30 jours, sans dommages ni intérêts.

4-3 - Cessation du paiement des prestations

La rente et la prestation complémentaire cessent d'être versées au 1^{er} jour du mois qui suit :

- la cessation de l'état de dépendance totale,
- le décès.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

4-4 - 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 40 jours ouvrés hors délais bancaires.

5 - Revalorisation de la rente

À compter du versement de la rente Dépendance totale, la prestation peut être revalorisée le 1^{er} janvier de chaque année sur la base d'un taux d'indexation validé lors d'un conseil d'administration précédant le renouvellement annuel.

6 - Modalités de gestion et de justification de l'état de dépendance totale

6-1 - Déclaration de l'état de dépendance totale

Dès réception de la demande des prestations relatives à la dépendance totale, la mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier et de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par le médecin consultant de la mutuelle.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter du classement en GIR n'est plus recevable.

6-2 - Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

- le formulaire de demande de prestations signé du bénéficiaire de la garantie ou de son représentant légal,
- un document certifiant l'attribution de l'APA au mutualiste, indiquant le Groupe Iso-Ressources donnant lieu à cette prestation, la date d'attribution et la date de révision éventuelle,
- si le mutualiste n'est pas éligible à l'APA en raison de son âge et/ou de son lieu de résidence, un questionnaire médical rempli par le médecin du mutualiste et adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de la mutuelle,
- dans le cadre d'une mesure de protection, un jugement de tutelle en cas de mise sous tutelle du mutualiste,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :

- un certificat médical attestant que le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint est atteint d'une dépendance totale, et justifiant du maintien à domicile avec assistance d'une tierce personne.

Article 34 - Perte Temporaire d'Autonomie

I - Objet

La garantie a pour objet de verser une prestation, dans les conditions définies ci-après, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

2 - Définition de la perte temporaire d'autonomie

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint :

- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles, et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,
- dont l'état est constaté médicalement par le médecin conseil de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

*maladies garanties :

- infarctus du myocarde,
- accident vasculaire cérébral,
- sclérose en plaques,
- cancers.

**accidents garantis :

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et /ou du bénéficiaire conjoint et provoquée exclusivement par un événement extérieur imprévu et soudain.

N'est pas considéré comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale.

Est garantie la situation de perte temporaire d'autonomie suite à un accident, lorsque le mutualiste est atteint de :

- lésions traumatiques graves : perte d'un membre, d'une main, d'un pied, ou victime d'un traumatisme crânien,
- cécité: acuité visuelle corrigée égale au plus à 1/20 avec rétrécissement du champ visuel inférieur à 20°.
- surdité : atteinte auditive supérieure à 70 décibels de perte,
- brûlures graves : brûlures au 3^e degré couvrant au moins 20% de la surface du corps et attestée par le diagnostic d'un chirurgien plasticien.

La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

Le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint de moins de 65 ans peut bénéficier de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie à l'exclusion de celui qui a demandé la liquidation de sa retraite ou de sa pension de retraite.

Fait générateur : date de la perte d'autonomie indiquée sur le certificat médical par le médecin du mutualiste.

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

La prestation garantie est versée sous forme d'une prestation payable trimestriellement à terme à échoir, à l'expiration d'un délai de franchise de 30 jours continus à compter de la date d'établissement du certificat médical par le médecin du mutualiste et dont la situation de perte temporaire d'autonomie sera confirmée par le médecin conseil de la mutuelle.

Le montant de la prestation est égal à 400 € par trimestre. Chaque trimestre est versé en totalité sans application de prorata temporis. La durée maximale de versement est de 4 trimestres (continus ou discontinus).

Chaque nouvelle maladie ou accident garanti(e) ouvre droit à une nouvelle période de 4 trimestres maximum. Toutefois, en cas de nouvelle maladie ou accident garanti(e) survenant pendant une période d'indemnisation, le nouveau droit à prestation met un terme à la prestation en cours. Aucun délai de franchise n'est appliqué dans ce cas.

Un nouvel arrêt de travail survenant dans les 60 jours qui suivent la reprise d'activité pour la même pathologie ou le même accident que l'arrêt initial est considéré comme une rechute. Dans ce cas, la prestation est versée sans délai de franchise.

4-2 - Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse au 1^{er} jour du trimestre qui suit :

- la fin de la perte temporaire d'autonomie,
- la reconnaissance de l'état de dépendance totale,
- le décès,
- en tout état de cause, au terme du versement du 4^e trimestre.

Les sommes versées postérieurement au décès devront être remboursées à la mutuelle.

4-3 - 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 40 jours ouvrés hors délais bancaires.

5 - Exclusions

La garantie est accordée à l'exclusion des conséquences résultant de la participation à des paris, défis, duels, rixes dans lesquels le mutualiste a pris une part active, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger.

6 - Modalités de gestion et de justification de la situation de perte temporaire d'autonomie

6-1 - Déclaration de la perte temporaire d'autonomie

À réception de la déclaration de la perte temporaire d'autonomie, la mutuelle se réserve le droit de faire examiner le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint par un médecin conseil de la mutuelle.

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter de l'établissement d'un certificat médical n'est plus recevable.

6-2 - Justificatifs à produire

- le formulaire de demande de prestations signé du mutualiste,
- un certificat médical indiquant l'accident et ses conséquences ou la nature de la maladie, la date de début et la durée probable de la situation de perte temporaire d'autonomie,
- du procès-verbal de la gendarmerie ou coupure de presse en cas d'accident,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

En cas de rechute :

- un certificat médical attestant des mêmes conséquences de l'accident ou de la même nature de la maladie qui a ouvert droit à la prise en charge initiale.

➤ Chapitre 6 Complément de revenus

Article 35 - Allocations journalières

I - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant actif à la date du fait générateur, qui perçoit des prestations en espèces de l'administration, de la Sécurité sociale ou d'un organisme primaire d'assurance maladie, en cas de diminution du revenu servant de base au calcul de la cotisation MGEN résultant d'une maladie ou d'un accident intervenu dans le cadre de la vie privée ou professionnelle.

La date du fait générateur est le 1^{er} jour d'arrêt de travail. Un nouvel arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de 30 jours minimum. À défaut le fait générateur reste inchangé.

Un délai d'attente de 12 mois est appliqué en cas d'adhésion effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement. Ce délai d'attente ne s'applique pas pour les adhérents déjà couverts par la même garantie au titre de l'une des offres du groupe MGEN.

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

Tout fait générateur en cours au moment de la date d'effet de l'adhésion ne donnera lieu à aucune indemnisation.

Toute demande de prestation n'est plus recevable après un délai de 2 ans à compter du début de prise en charge tel que défini au point 3 du présent article et au plus tard à compter du jour où l'adhérent en a eu connaissance s'il l'a ignoré jusque-là.

I-1 - Membre participant fonctionnaire ou agent contractuel de la Fonction Publique ayant plus de 4 mois d'ancienneté

Ces membres participants ont droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé de grave maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé ou lorsqu'il bénéficie de l'allocation d'invalidité temporaire.

I-2 - Membre participant relevant d'un organisme primaire d'assurance maladie

Ces membres participants ont droit aux prestations du présent article pendant les périodes où il bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité sociale d'un organisme primaire d'assurance maladie au titre d'une maladie, d'un accident, ou de la maternité.

2 - Définition de la garantie

2-1 - Niveau de garantie

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou un organisme primaire d'assurance maladie à hauteur de 77 % de l'assiette moyenne quotidienne utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN des 12 mois précédant la perte de traitement. L'assiette de cotisations ne peut être inférieure à celle correspondant à la cotisation plancher.

2-2 - Ressources

Les ressources représentent le montant brut versé en arrêt de travail par l'Administration ou un organisme primaire d'assurance maladie et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

Les ressources prises en compte sont celles relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

2-3 - Montant de la prestation

Le montant versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources.

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

3 - Début de prise en charge

Le versement de la prestation débute :

- à compter du passage à demi-traitement, tel que prévu par le régime spécial de la Fonction publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèce par un organisme primaire d'assurance maladie.

Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par un organisme primaire d'assurance maladie, la prestation est versée, pendant ce délai, sous déduction des indemnités journalières reconstituées.

4 - Justificatifs à produire

Le membre participant doit retourner le formulaire de demande de prestation complété, daté et signé, et accompagné des pièces justificatives demandées

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

5 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle,
- en cas de passage en invalidité,
- au plus tard en cas de mise à la retraite effective du membre participant.
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion au règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance, sauf en cas d'adhésion à une autre offre du groupe MGEN,
- au lendemain du décès du membre participant.

6 - Délais 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.

7 - Reprise d'activité en situation d'invalidité

Par exception à l'article 11 du présent règlement mutualiste, le membre participant actif placé en invalidité qui reprend une activité est éligible à la prestation Allocations journalières dans les conditions détaillées au présent article, uniquement si le fait générateur est postérieur à son placement en invalidité.

Article 36 - Allocations d'invalidité

I - Conditions d'attribution

Les allocations d'invalidité sont attribuées au membre participant contraint, pour cause d'invalidité, de cesser l'activité professionnelle relevant du champ de recrutement MGEN.

Le membre participant a droit à la prestation Allocations d'invalidité lorsqu'il est placé en retraite pour invalidité ou placé en invalidité catégorie 1, 2 ou 3 au sens du Code de la Sécurité sociale ou l'organisme primaire d'assurance maladie.

La date du fait générateur tel que prévu par l'article 4 du présent règlement mutualiste est la date d'effet de mise en invalidité reconnue par l'Administration ou la Sécurité sociale ou l'organisme primaire d'assurance maladie.

Un délai d'attente d'un an est appliqué en cas d'adhésion effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement.

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

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de la date de mise à la retraite pour invalidité, du classement en invalidité catégorie 1, 2 ou 3 au sens du Code de la Sécurité sociale ou placé en invalidité par un organisme primaire d'assurance maladie ou du jour où il en a eu connaissance, s'il l'a ignoré jusque-là, n'est plus recevable.

2 - Définition de la garantie

La garantie Allocations d'invalidité permet de compenser partiellement la perte de rémunération liée à l'invalidité de l'adhérent.

2-1. Invalidité totale

L'invalidité totale se caractérise par un taux d'invalidité supérieur ou égal à 60 % ou un classement en invalidité de 2e ou 3e catégorie par la Sécurité sociale ou un placement en invalidité par un organisme primaire d'assurance maladie.

Dans ce cas :

- une rente temporaire calculée sous déduction des ressources brutes perçues est versée jusqu'au 31 décembre précédant l'année des 70 ans.

A l'exception des participants percevant une prime de vie chère, le montant de la rente est figé au montant calculé à la date de mise en invalidité reconnue par l'Administration, la Sécurité sociale ou l'organisme primaire d'assurance maladie.

- un capital unique dont le montant est calculé à l'issue du versement de la rente temporaire est versé l'année des 70 ans

2-2 - Invalidité partielle

L'invalidité partielle se caractérise par un taux d'invalidité inférieur à 60 % ou un classement en invalidité de 1^{re} catégorie par la Sécurité sociale ou un placement en invalidité par un organisme primaire d'assurance maladie.

Dans ce cas :

- une rente temporaire recalculée annuellement sous déduction des ressources brutes perçues est versée jusqu'au 31 décembre précédant l'année des 70 ans.
- un capital unique dont le montant est calculé à l'issue du versement de la rente temporaire est versé l'année des 70 ans.

2-3 - Niveau de garantie

Calcul de la rente :

En cas d'invalidité totale, la rente versée est égale à :

- 70 % des salaires bruts relevant du champ de recrutement MGEN des 3 mois précédant la date de mise en invalidité (si le traitement est réduit sur la période d'arrêt de travail précédant l'invalidité, il sera reconstitué).
- diminuée des ressources brutes perçues.

En cas d'invalidité partielle, la rente versée est égale à :

- 2/3 de 70 % des salaires bruts relevant du champ de recrutement MGEN des 3 mois précédant la date de mise en invalidité (si le traitement est réduit sur la période d'arrêt de travail précédant l'invalidité, il sera reconstitué).
- diminuée des ressources brutes perçues.

Le salaire brut inclut le traitement brut et les primes et indemnités maintenues par l'employeur jusqu'à la date de mise en invalidité. Les primes et indemnités sont prises en compte dans la limite de 15 % du traitement brut auxquelles s'ajoute le cas échéant l'indemnité de vie chère des collectivités d'outre-mer.

Calcul du capital versé à 70 ans :

Le capital est calculé en multiple de la rente réévaluée sous déduction des ressources brutes de l'année des 70 ans, selon les modalités suivantes :

- adhérents mis en invalidité avant 33 ans : montant du capital équivalent à 12 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité entre 33 et 39 ans : montant du capital équivalent à 10 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité entre 40 et 45 ans : montant du capital équivalent à 8 fois la rente annuelle réévaluée ;
- adhérents mis en invalidité après 45 ans : montant du capital équivalent à 6 fois la rente annuelle réévaluée.

2-4 - Ressources

Les ressources prises en compte correspondent aux pensions brutes d'invalidité ou de vieillesse perçues par le membre participant au titre du ou de régimes obligatoires (pension de base et/ou complémentaire) et toute autre ressource perçue par le membre participant.

Les ressources suivantes sont exclues du calcul de la prestation : pension de réversion, majoration pour assistance d'une tierce personne, majoration pour enfant à charge, épargne personnelle volontaire – plan(s) épargne retraite, pensions alimentaires, revenus fonciers, allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), frais de mesure de protection versés aux mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM).

2-5 - Montants plancher et plafond de la rente

Le montant plancher de la rente est égal à 360 € annuels.

Pour les adhérents dont le montant de la rente temporaire est inférieur à 1200 € annuels, MGEN procédera à un versement unique de ladite rente sous forme d'un capital selon les modalités suivantes :

- adhérents mis en invalidité avant 45 ans : montant du capital équivalent à 25 fois la rente annuelle ;
- adhérents mis en invalidité entre 45 et 55 ans : montant du capital équivalent à 18 fois la rente annuelle ;
- adhérents mis en invalidité après 55 ans : montant du capital équivalent à 13 fois la rente annuelle.

Le montant plafond de la rente est égal à 20 000 € annuels.

3 - Revalorisation de la prestation

A compter du versement des allocations d'invalidité, la prestation peut être revalorisée le 1er janvier de chaque année sur la base d'un taux d'indexation validé lors du conseil d'administration précédant le renouvellement annuel.

4 - Justificatifs à produire

Le membre participant doit retourner le formulaire de demande de prestation complété, daté et signé, et accompagné des pièces justificatives demandées.

Dans le cadre d'une rente temporaire assortie d'une invalidité partielle, le dossier complet doit parvenir à la mutuelle chaque année avant le 31 janvier. A défaut, la prestation annuelle ne sera pas versée. La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

5 - Modalités et durée de versement de la prestation

Le versement de la rente temporaire débute à la date d'effet de mise en invalidité reconnue par l'Administration ou la Sécurité sociale. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu tant que les conditions de versement sont remplies.

Le versement de la prestation sous forme de rente est suspendu dès que les ressources prises en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieures à la garantie MGEN.

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

- le décès du membre participant,
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion MGEN Santé Prévoyance,
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations,
- le paiement sous forme de capital en substitution de la rente ou à l'issue du versement de la rente temporaire, sa démission de la mutuelle.

6 - Délais 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.

7 - Reprise d'activité en situation d'invalidité

Par exception à l'article 11 du présent règlement mutualiste, le membre participant actif placé en invalidité qui reprend une activité est éligible à la prestation Allocations journalières dans les conditions détaillées au présent article, uniquement si le fait générateur est postérieur à son placement en invalidité.

Chapitre 7 Garanties additionnelles

Article 37

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

- Assurance emprunteur,
- Produits d'épargne (notamment assurance vie et épargne retraite),
- Assurance dépendance,
- Assurance décès,
- Assurance obsèques,
- 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.

Chapitre 8 Action sociale

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

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

Article 38 - 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 39 - Aide au mutualiste aidant

Une aide annuelle est délivrée par MGEN lorsque le mutualiste assiste son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1^{er} degré, en état de dépendance totale.

Article 40 - Handicap et dépendance

1 - Handicap

L'allocation handicap est versée aux membres participants et bénéficiaires, de moins de 60 ans, atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale.

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

2 - Dépendance

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de plus de 60 ans, se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable constatée par le médecin consultant de MGEN, et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de MGEN. Si en cours d'année, le membre participant ou le bénéficiaire conjoint MGEN est classé en GIR 1 ou 2 et perçoit à ce titre la rente dépendance totale par MGEN, l'allocation dépendance est interrompue.

3 - Modalités de versement des allocations

Elles sont attribuées annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle, et sont versées périodiquement.

Elles peuvent être modulées en fonction du handicap, du degré de dépendance, du besoin d'assistance, du quotient familial ou des aides extérieures.

4 - Correspondant mutualiste

Le comité départemental de MGEN peut désigner un correspondant mutualiste chargé de veiller sur la situation matérielle et morale de chaque personne relevant du groupe handicap ou dépendance.

Article 41 - Orphelinat

1 - Objet

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.

2 - Montant et versement de l'allocation

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

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

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

Elle est versée :

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

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

3 - Demandes d'allocation

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

4 - Correspondant mutualiste

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

Article 42 - Réservations de lits, places

MGEN intervient auprès de certains établissements, principalement des maisons de retraite ou des établissements pour personnes handicapées, pour réserver des lits, places et offrir un service de crèches au bénéfice de ses mutualistes.

Article 43 - Centres de vacances pour personnes Handicapées

MGEN, seule ou dans le cadre de partenariats avec des organismes spécialisés, organise des séjours en centres de vacances pour des personnes handicapées, mutualistes ou enfants de ses mutualistes.

Le membre participant doit :

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

➤ Chapitre 9 Décès

Article 45 - Prestation invalidité décès

45-1 - Objet

Cette prestation, à caractère de garantie annuelle, a pour objet de garantir au membre participant le paiement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survenant en période de garantie.

Une prestation complémentaire (accessoire aux garanties décès et PTIA) dite « majoration pour charge de famille » est également prévue lorsque le membre participant a des enfants à charge répondant à certaines conditions. Elle a pour objet de pourvoir à l'entretien et à l'éducation du (ou des) enfant(s).

N'ouvrent pas droit à la PID, au-delà des cas prévus au présent règlement mutualiste, les membres participants retraités qui, avant le 1^{er} janvier 1986 ont, soit opté pour une allocation annuelle (versée par l'UMR), soit refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre.

45-2 - Date d'effet et fin de la garantie

La garantie prend effet le jour de la date d'effet de l'adhésion à MGEN en qualité de membre participant.

Fait générateur :

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

La garantie cesse de produire ses effets :

- pour la garantie PTIA seulement, au 65^e anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie décès, dès le paiement du capital au titre de la garantie PTIA,
- à la date à laquelle le membre participant perd la qualité de membre participant.

45-3 - Définitions

45-3-1 - Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie ouvre droit au versement du capital si le membre participant, avant son 65^e anniversaire est à la fois :

- dans l'incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de lui procurer gain ou profit, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- obligé de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes ordinaires de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

La PTIA doit être reconnue par le médecin consultant de la mutuelle comme répondant aux deux critères ci-dessus.

45-3-2 - Définition de l'enfant à charge

On entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux conditions cumulatives énoncées ci-après :

- être âgé de moins de 20 ans,
- être âgé de 20 ans et plus et bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou être titulaire d'une carte d'invalidité / carte mobilité inclusion,
- être à la charge du membre participant de manière effective et permanente.

45-4 - Prestations garanties

45-4-1 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants actifs

Le capital garanti est égal à 85 % de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN précédant le décès.

Ce capital est au moins égal à 85 % de l'assiette de la cotisation annuelle afférente à l'indice nouveau majoré 318 de la Fonction publique. Il est proratisé en cas d'activité à temps partiel. L'assiette ne peut être supérieure à celle correspondant à la cotisation plafond.

45-4-2 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants retraités

Pour les membres participants retraités, le capital garanti s'élève à 3 500€.

45-4-3 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants maintenus

Pour les membres participants maintenus, le capital versé est égal à 15 855 euros.

45-4-4 - Majoration pour charge de famille

En cas de décès du membre participant, une somme égale à 25 % du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique est versée à chaque enfant à charge.

En cas de PTIA du membre participant une somme égale à 25 % du traitement brut annuel correspondant à l'indice nouveau majoré 821 de la Fonction publique est versée à ce dernier par enfant à charge.

45-5 - Bénéficiaires des prestations garanties

45-5-1 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Les prestations sont versées au membre participant.

Le versement des prestations au titre de la PTIA libère MGEN de toute obligation lors du décès ultérieur de ce dernier. Il met donc fin à la garantie « décès ».

45-5-2 - En cas de décès

45-5-2-1 - Bénéficiaires

Lorsque l'adhérent a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

A 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 1er 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.

45-5-2-2. 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 l'adhérent 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 l'adhérent doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire.

Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent 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 de l'adhérent, l'acceptation est libre.

45-5-3 - En cas de majoration pour charge de famille

Les bénéficiaires sont les enfants à charge. La prestation est versée :

- aux enfants eux-mêmes lorsqu'ils sont majeurs et âgés de 18 à 20 ans, ou lorsqu'ils sont majeurs et en situation de handicap,
- lorsqu'ils sont mineurs, sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

45-6 - 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 de l'adhérent dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'adhérent 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.

45-7 - Modalités de gestion et de justification des sinistres

45-7-1 - Demande de prestations

La demande de prestations doit indiquer précisément l'identité de l'adhérent ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

En ce qui concerne le risque de perte totale et irréversible d'autonomie, les demandes de prestations ne sont recevables que dans les six mois suivant la survenance du sinistre au titre duquel elles sont présentées.

Cette disposition ne sera pas appliquée si MGEN ne subit pas de préjudice du fait du retard de déclaration. Il en va de même si l'adhérent peut justifier que le retard est dû à un cas fortuit ou à un cas de force majeure.

45-7-2 - Justifications en cas de décès

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- 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,
- un RIB du bénéficiaire,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

45-7-3 - Justifications en cas de PTIA

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA met l'adhérent 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,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

45-7-4 - Délais 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.

45-7-5 - Obligations déclaratives de la Mutuelle

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

TITRE 3

SERVICES OU ACTIVITÉS SANITAIRES, SOCIALES, MÉDICO-SOCIALES, SPORTIVES ET CULTURELLES

Article 46 - MGEN Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale assure l'administration et la gestion de services de soins et d'accompagnements mutualistes. La liste de ces services est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Action sanitaire et sociale. Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale bénéficient, des soins et services dispensés par ces établissements.

Article 47 - MGEN Centres de santé

MGEN Centres de santé assure l'administration et la gestion de centres de santé et d'optique. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Centres de santé.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé peuvent bénéficier des soins et services qui y sont dispensés.

TITRE 4

COTISATIONS ET COMPLÉMENTS

Article 48 - Cotisations

1 - Dispositions générales

La cotisation versée par le membre participant couvre une année civile. Pour l'application du présent chapitre, les cotisations tiennent compte de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant. Quatre zones sont définies : Zone 1, Zone 2 et Zone 3 et Zone Collectivités d'Outre-mer (COM). Le détail de chacune des dites zones figure en annexe 4 du présent règlement mutualiste.

2 - Actifs

La cotisation est déterminée en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion.

Quatre tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 30 ans ;
- de 30 à 49 ans ;
- de 50 à 64 ans ;
- à partir de 65 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 membre participant.

La cotisation est exprimée, dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond spécifiques selon la tranche d'âge du membre participant, en pourcentage des revenus, quelles que soient leur nature et leur origine, définis comme le traitement indiciaire ou la rémunération brut(e), l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités. Pour les fonctionnaires, les primes et indemnités incluses en totalité dans l'assiette de cotisations sont celles liées à la vie chère et à l'expatriation telles que l'indemnité de résidence (IR) et l'indemnité spéciale de vie locale (ISVL). Pour les non fonctionnaires, l'ensemble des primes et indemnités sont incluses dans l'assiette.

3 - Retraités

La cotisation est déterminée en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion.

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 65 ans ;
- à partir de 65 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 membre participant.

La cotisation est exprimée en pourcentage du montant brut de l'ensemble des pensions personnelles des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires et pour ceux qui en bénéficient, de l'indemnité temporaire de retraite (ITR) en totalité, dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond.

Le membre participant retraité ne cotise pas au titre d'une éventuelle pension de réversion.

4 - Membres participants associés

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant associé dans l'année civile de l'adhésion :

Quatre tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 30 ans ;
- de 30 à 49 ans ;
- de 50 à 64 ans ;
- à partir de 65 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 membre participant associé.

5 - Membres participants maintenus en cessation temporaire d'activité

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant maintenu dans l'année civile de l'adhésion :

Quatre tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 30 ans ;
- de 30 à 49 ans ;
- de 50 à 64 ans ;
- à partir de 65 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 membre participant maintenu.

6 - Membres participants Orphelins

La cotisation est forfaitaire en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint le 1er jour du mois qui suit la date d'anniversaire.

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 18 ans ;
- de 18 à 29 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 membre participant orphelin.

Article 49 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 48-I du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile.

Ce complément est calculé au prorata de la période de couverture.

Il concerne :

I - Le bénéficiaire conjoint

Le complément de cotisation est forfaitaire et fixé en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant, de la formule de garantie choisie par le membre participant et de l'âge atteint par le bénéficiaire conjoint dans l'année civile de l'adhésion.

Quatre tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 30 ans ;
- de 30 à 49 ans ;
- de 50 à 64 ans ;
- à partir de 65 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.

2 - Les bénéficiaires enfants

Le complément dû pour chaque bénéficiaire enfant est forfaitaire et fixé en fonction de la zone territoriale à laquelle appartient le pays de résidence du membre participant ou du bénéficiaire enfant le cas échéant (cf. article 17 du présent règlement), de la formule de garantie par laquelle l'enfant est couvert et de l'âge atteint par le bénéficiaire enfant le 1er jour du mois qui suit la date d'anniversaire.

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 18 ans ;
- de 18 à 29 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 enfant.

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

Cette gratuité s'applique au complément de cotisation de l'enfant le plus jeune.

Article 50 – Revalorisation des cotisations

Les cotisations sont revalorisées chaque 1^{er} janvier en fonction de l'évolution annuelle de la consommation de soins et de biens médicaux observée durant les deux dernières années tout en tenant compte des résultats techniques de l'offre.

Article 51 - Cotisations des garanties additionnelles

Les membres participants et bénéficiaires qui adhèrent à une garantie additionnelle, acquittent une cotisation spécifique figurant au sein de la notice d'information qui leur est remise lors de cette adhésion.

Annexe 1

Tableaux des prestations

Soins à l'étranger et dans les Collectivités d'Outre-Mer

Les prestations figurant à la présente annexe sont exprimées en pourcentage des frais réels sous déduction de l'intervention de l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) du membre participant.

Les garanties sont minorées du remboursement applicable au titre du régime obligatoire français lorsque le membre participant ne peut justifier d'une couverture par un organisme primaire d'assurance maladie pour lui ou ses bénéficiaires ou pendant la période de carence de son organisme primaire d'assurance maladie.

Les forfaits et plafonds prévus à la présente annexe incluent le cumul des remboursements perçus par l'adhérent effectués par l'organisme primaire d'assurance maladie d'une part et la mutuelle au titre du régime complémentaire (RC) d'autre part.

GARANTIE*	MGEN AMBRE			MGEN CYAN			MGEN MAGENTA		
	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)
Hospitalisation* (sous réserve d'un accord préalable en cas d'hospitalisation programmée)									
Hospitalisation (Frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100%			100%			100%		
Maternité (Frais d'accouchement, amniocentèse)	100%		3000€	100%		5000€	100%		7000€
Chambre particulière (par jour ou nuitée)	100%	50€		100%	60€		100%	95€	
Frais accompagnant (par jour)	100%	20€		100%	30€		100%	50€	
Transports sanitaires *	100%			100%			100%		
Soins courants									
Médecins généralistes et spécialistes (Consultations, visites, chirurgie)	100%	45€		100%	70€		100%	120€	
Psychothérapie	100%		300€	100%		500€	100%		700€
Pharmacie (médicaments)	100%			100%			100%		
Auxiliaires médicaux	100%		600€	100%		800€	100%		1600€
Actes techniques médicaux (hors dentaire)	90%			90%			90%		
Analyses, Biologie médicale	90%			90%			90%		
Radiologie	90%			90%			90%		

GARANTIE*	MGEN AMBRE			MGEN CYAN			MGEN MAGENTA		
	Plafond annuel maximum 100 000 €			Plafond annuel maximum 200 000 €			Plafond annuel maximum 300 000 €		
	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)
Cures thermales	100%		1 000 €	100%		2 000 €	100%		5 000 €
Forfait «Prévention»	100%		100 €	100%		100 €	100%		100 €
Forfait «Se soigner autrement»	100%	20 €	80 €	100%	30 €	120 €	100%	40 €	160 €
Prothèses et Matériels Médicaux dont Audioprothèses	100%		600 €	100%		900 €	100%		1 200 €
Optique médicale **									
Monture	100%		60 €	100%		60 €	100%		60 €
Verres	100%		250 €	100%		300 €	100%		350 €
Lentilles	100%		150 €	100%		150 €	100%		150 €
Chirurgie réfractive de l'œil	100%	365 €	730 €	100%	365 €	730 €	100%	365 €	730 €
Dentaire									
Soins dentaires	100%			100%			100%		
Prothèses, éléments supplémentaires de bridge, et implants (dans la limite de 3 implants par an)	100%	550 €	1 850 €	100%	600 €	2 000 €	100%	650 €	2 150 €
Bridge 3 éléments et prothèses amovibles	100%	1 100 €		100%	1 200 €		100%	1 300 €	
Orthodontie	100%		600 €	100%		900 €	100%		1 200 €

* Pour les soins programmés, notamment en cas d'hospitalisation et de transport sanitaire hospitalier, la mutuelle intervient au titre de la complémentaire santé conformément aux conditions de prise en charge prévues à l'article 26.

Les soins hospitaliers ou de transport sanitaire hospitalier programmés en dehors du pays de résidence, de la France métropolitaine, de l'Espace Economique Européen, des DROM et de la Suisse sont couverts par la mutuelle exclusivement sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par la mutuelle ou son mandataire.

** 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.

Les adhérents résidant dans une COM bénéficient de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations détaillées par la présente annexe prévus dans le cadre des éventuels accords mis en place au sein de ladite COM.

MGEN OUTREMER			
Plafond annuel maximum 200 000 €			
GARANTIE*	Taux de remboursement (en % des frais réels)	Forfait maximum par acte (OPAM + RC)	Plafond annuel (OPAM + RC)
Hospitalisation *			
Hospitalisation (Frais de séjour, honoraires médicaux et paramédicaux, produits de santé)	100%		
Maternité (Frais d'accouchement, amniocentèse)	100%		5 000€
Chambre particulière (par jour ou nuitée)	100%	60€	
Frais accompagnant (par jour)	100%	30€	
Transports sanitaires *	100%		
Soins courants			
Médecins généralistes et spécialistes (Consultations, visites)	100%	70€	
Psychothérapie	100%		500€
Pharmacie (médicaments)	100%		
Auxiliaires médicaux	100%		800€
Actes techniques médicaux (hors dentaire)	100%		
Analyses, Biologie médicale	100%		
Radiologie	100%		
Cures thermales	100%		2 000€
Forfait «Prévention»	100%		100€
Forfait «Se soigner autrement»	100%	30€	120€
Prothèses et Matériels Médicaux dont Audioprothèses	100%		900€
Optique médicale **			
Monture	100%		60€
Verres	100%		350€
Lentilles	100%		150€
Chirurgie réfractive de l'œil	100%	365€	730€
Dentaire			
Soins dentaires	100%		
Prothèses, éléments supplémentaires de bridge, et implants (dans la limite de 3 implants par an)	100%	600€	
Bridge 3 éléments et prothèses amovibles	100%	1 200€	
Orthodontie	100%		900€

* Pour les soins programmés, notamment en cas d'hospitalisation et de transport sanitaire hospitalier, la mutuelle intervient au titre de la complémentaire santé conformément aux conditions de prise en charge prévues à l'article 26.

Les soins hospitaliers ou de transport sanitaire hospitalier programmés en dehors du pays de résidence, de la France métropolitaine, de l'Espace Economique Européen, des DROM et de la Suisse sont couverts par la mutuelle exclusivement sous réserve d'un accord préalable de prise en charge par la mutuelle ou son mandataire.

** 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.

Les adhérents résidant dans une COM bénéficient de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations détaillées par la présente annexe prévus dans le cadre des éventuels accords mis en place au sein de ladite COM.

Annexe 2

Tableaux des prestations

Soins en France (Métropole et DROM)

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).	
Honoraires médicaux	
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	
Médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	100 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Médecins spécialistes	100 %
Consultations / Visites de sages-femmes	
Sages-femmes	100 %
Actes techniques dont radiologie	
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	Oui
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds »	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.	
Honoraires paramédicaux	
Honoraires des auxiliaires médicaux	
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %
Honoraires de pharmacie remboursée par la Sécurité sociale	
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	100 %
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses - Actes de laboratoire	100 %
Médicaments	
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Néant
Honoraires de pharmacie remboursés par la sécurité sociale	100 %
Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose (dans la limite de deux actes par année civile)	77 €

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).
Autres soins (se soigner autrement)	
Ostéopathie Quand le mutualiste a recours à un ostéopathe partenaire KALIXIA Ostéo, il bénéficie de tarifs encadrés sur les consultations.	100 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance
Acupuncture	
Homéopathie *	
Consultations diététicien	
Chiropraxie	
Psychomotricité	
Ergothérapie	
Pédicure-Podologie	
Hypnothérapie	
Naturopathie	
Etiopathie	
Sophrologie	
* La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie	
Psychothérapie	
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale	
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	100 %
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale	
Séances de psychothérapie (20 séances maximum par année civile)	15 € par séance
Kinésithérapie dite «méthode de reconstruction posturale» (20 séances maximum par année civile)	16 € par séance
Prévention	
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100 %
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100 %
Contraception / Tests de grossesse	75 € / année civile
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	
Dépistage Prénatal Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) / Amniocentèse	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte
Cures thermales	
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	100 %
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	100 %
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement : Pour les cures remboursées par la Sécurité sociale	Remboursement SS + 75 € / séjour
Transports	
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100 %
Matériel médical	
Appareillages et dispositifs médicaux	
- Accessoires et pansements, appareillage et orthopédie remboursés par la Sécurité sociale	100 %
- Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	230 %
Prothèses	
Prothèses oculaires	100 % La prise en charge ainsi définie permet un remboursement total de la dépense engagée, pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics
Prothèses capillaires	
- Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics
- Prothèse capillaire totale classe II (*)	245 %
- Prothèse capillaire partielle (*)	100 %
- Accessoires capillaires (3 accessoires *)	200 %

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

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).	
Prothèses mammaires externes	
- Par prothèse	Remboursement SS + 130€
Forfait produits complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale (soutien-gorge et maillot de bain prescrits et adaptés aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et set mamelons auto-adhérents)	130€ / année civile

HOSPITALISATION

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).	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	150 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	130 %
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels

*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.

Forfait journalier hospitalier

Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait journalier psychiatrique	

Hébergement et frais de séjour

Frais de séjour	100 %
-----------------	-------

Chambre particulière

Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN

- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	40 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie	45 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	50 € / jour
- Chambre particulière en maternité	50 € / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	25 €

Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN

- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	18,50 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie	30 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité)	33 € / jour

HOSPITALISATION

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).	
Frais d'accompagnant	
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : <ul style="list-style-type: none"> - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap 	
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.	25 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.	

DENTAIRE

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).	
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 conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	150 €
Prothèses	
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale	
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) <ul style="list-style-type: none"> - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique 	420 €
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) <ul style="list-style-type: none"> - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique 	216 €
Inlay core (avec ou sans clavette)	153 €
Bridge 3 éléments	839 €
Élément supplémentaire de bridge (pilier)	182,75 €
Élément supplémentaire de bridge (intermédiaire)	0,17 € 29 €
Couronne transitoire	30 €

DENTAIRE

PRESTATIONS

Nature des frais

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

Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale

- 1 à 3 dents	329 €
- 4 dents	347 €
- 5 dents	365 €
- 6 dents	384 €
- 7 dents	402 €
- 8 dents	420 €
- 9 dents	439 €
- 10 dents	457 €
- 11 dents	475 €
- 12 dents	493 €
- 13 dents	512 €
- 14 dents	530 €
Ajout dent contreplaquée	Remboursement SS + 26 € /dent

Réparations sur appareils amovibles en métal remboursées par la Sécurité sociale

- Adjonction ou changement ou réparation d'appareil sans démontage	Remboursement SS + 46 € /dent
Réparation avec remontage :	
- Pour 1 dent	Remboursement SS + 51,16 €
- De 2 à 14 dents	Remboursement SS + 5,16 € /dent
Changement de facette	Remboursement SS + 61 € / élément

Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Rebasage	46 € par acte
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	400 € / année civile

Orthodontie

Traitements remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement :	
- Examen avec prise d'empreinte et diagnostic	48 €
- Examen avec analyse céphalométrique, en supplément	16 €
Traitement actif (par semestre)	542 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	274 €
Traitement de contention (2 ^e année)	161 €

Traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement	40 €
Traitement actif (par semestre) : 4 semestres maximum	270 €
Traitement de contention (1 ^{re} année)	225 €
Traitement de contention (2 ^e année)	150 €
Traitement d'occlusion	122 €

Implantologie

Prothèse remboursée par la Sécurité sociale

Couronne sur implant	200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes
Implant*	
Non remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	500 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)
Remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement SS + 500 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)

*Forfait par implant versé par dent concernée

Parodontie

Traitement remboursé par la Sécurité sociale	100 %
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale	Néant

OPTIQUE

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

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

Lunettes remboursées par la Sécurité sociale

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

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

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

			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	35 €	45 €
		≥ 16 ans	35 €	45 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	90 €	120 €
		≥ 16 ans	90 €	120 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	90 €	120 €
		≥ 16 ans	90 €	120 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	90 €	120 €
		≥ 16 ans	90 €	120 €
Monture (classe B)		< 16 ans	35 €	35 €
		≥ 16 ans	60 €	60 €

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	Remboursement SS + forfait 110 €
Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	

Autres prestations optiques

Prisme incorporé	< 16 ans	Remboursement SS + 15 €
	≥ 16 ans	Remboursement SS + 13 €
Matériel pour amblyopie (sur prescription médicale) par œil et par année civile, TM au-delà		Remboursement SS + 130 €
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)		365 €
Prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)		365 €

* 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.

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).
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement (*)	
Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	Remboursement total de la dépense engagée Pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics
Mutualiste de 20 ans et plus	
Aides auditives hors panier 100% Santé (*)	
Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	1590 €
Mutualiste de 20 ans et plus	740 €
Frais d'entretien et réparation	
Piles/accumulateurs remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile. Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait.	Remboursement SS + 50 €

* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

CONVENTION D'ASSISTANCE POUR LA « COUVERTURE INTERNATIONALE » DES ADHÉRENTS MGEN RÉSIDANT À L'ÉTRANGER

Article 1 - Préambule

Cette convention se propose d'apporter des garanties d'assistance dans les conditions prévues au sein de cette convention aux mutualistes relevant de la MISP Section Extra Métropolitaine souscripteurs ou ayant droit de l'offre MGEN International Santé Prévoyance souscrite auprès de MGEN⁽¹⁾.

IMA ASSURANCES⁽²⁾ est l'assureur des garanties assistance (décrites en article 6) souscrites par MGEN.

Les garanties relatives aux frais médicaux (décrites en article 5) sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES pour le compte de MGEN, assureur des garanties frais médicaux, dans les conditions ci-après.

Les garanties sont mises en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE (IMA GIE³).

IMA ASSURANCES intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants :

+ 33 5 49 76 66 76 ou **mgen.international@ima.eu**.

1. La Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans – 75748 PARIS CEDEX 15

2. IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest 75436 PARIS CEDEX 09.

3. IMA GIE, Groupement d'Intérêt Économique dont le siège est situé 118 avenue de Paris – 79000 Niort, immatriculé au Registre du Commerce de Niort sous le n° 433.240.991.

Article 2 - Résumé des garanties et services

Transport sanitaire (prise en charge) - Tous transports (avion sanitaire, ambulance, taxi, train, etc.) - Accompagnement pour voyager avec le bénéficiaire blessé ou malade - Hébergement de l'accompagnant (pendant la durée de l'hospitalisation) - Retour de l'accompagnant proche - Si bénéficiaire handicapé, présence d'un proche lors du transport - Retour du bénéficiaire et ses ayants-droits vers leur pays de résidence - Transfert vers structure hospitalière adaptée (10 nuits d'hôtel maximum)	Frais réels Billet aller 25 € / nuitée Billet retour Billet A/R Billet Retour 60 € / nuitée
Billet chevet - En cas d'hospitalisation > à 10 jours et si bénéficiaire est seul et isolé de toute membre de sa famille	Billet A/R
Orientation médicale hospitalière - Orientation dans Réseaux hospitaliers agréés à travers le monde	> 1 500 structures labellisées > 7 000 structures supports
Avance des frais médicaux hospitaliers - Acompte pour mise en œuvre des actes médicaux	Immédiat dans les limites des plafonds des garanties
Immobilisation > à 30 jours - En cas d'incapacité temporaire de travail > à 30 jours du bénéficiaire, prise en charge de son transport et de ses ayants-droits vers la France	Billet A/R
Difficulté grave et imprévue - Avance de fonds	10 000 €
Frais de justice à l'étranger - Avance des honoraires d'avocat et frais de justice en cas de poursuites judiciaires	3 000 €
Caution pénale à l'étranger - Avance de fonds en cas d'incarcération du bénéficiaire ou menacé de l'être	10 000 €
Déplacement d'un proche pour reconnaissance du corps - Déplacement si indispensable pour la reconnaissance du corps et/ou les formalités - Hébergement sur le lieu de reconnaissance	Billet A/R À concurrence de 500 €
Décès d'un bénéficiaire - Préparation et transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de résidence ou en France - Retour des bénéficiaires résidant avec le bénéficiaire décédé sur leur lieu de résidence ou en France - En cas d'incinération sur place et en l'absence d'ayant-droit sur place, prise en charge d'une personne venant du pays de résidence ou en France	Frais réels Billet retour Billet A/R
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Frais réels d'acheminement
Conseils médicaux (télé médecine...)	Illimités
Renseignements pratiques	Illimités
Assistance linguistique	Illimités
Messages urgents	Illimités
Portail Mobilité	Illimités

Article 3 - Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel : Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques audit bénéficiaire.

Affection longue durée : Ce sont des pathologies au long cours avec alternance d'hospitalisations, de soins ambulatoires, de soins externes, voire de médicaments délivrés uniquement par le centre hospitalier.

Animaux de compagnie : Animaux dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée (notamment chien ou chat), vivant au domicile du Bénéficiaire.

Bagages à main : Effets et objets personnels transportés par le bénéficiaire à l'occasion d'un déplacement, dans la limite de 50 kg, à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et plus généralement de tout objet de valeur.

Sont assimilés aux bagages à main les cycles sans moteur (vélos, VTT, ...).

Bénéficiaire : Membre participant ou membre bénéficiaire par contrat.

Membre participant : Personne ayant adhéré à l'offre MGEN International Santé Prévoyance comportant en inclusion les garanties d'assistance prévues par la présente convention et relevant de la Section extra métropolitaine.

Membre bénéficiaire : Ayant droit conjoint ou enfant du membre participant.

Cas de force majeure : Événements exceptionnels imprévisibles, irrésistibles et extérieurs au Bénéficiaire, auxquels on ne peut faire face et qui permettent une exonération de responsabilité.

Conjoint : Époux/épouse, concubin(e) (personne vivant maritalement avec une autre à son domicile, sans être marié ou pacsé) ou partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité).

Difficulté grave et imprévue : Tout événement non médical ayant pour conséquence le règlement par le bénéficiaire d'une dépense qu'il ne peut honorer.

Domicile : Lieu de résidence des bénéficiaires ou, pour les membres bénéficiaires poursuivant des études en dehors du pays de résidence, le lieu d'études.

Enfant : Enfant à charge dénommé au contrat de MGEN.

Événement climatique majeur : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.

Étranger : Tout pays autre que le pays de résidence et la France.

Frais d'hébergement : Frais de la nuit à l'hôtel et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

Frais de secours et de recherche : Ensemble des moyens (humains et matériels) mis en œuvre dans le cadre d'une opération de sauvetage ou de recherches menées par les services de protection civile ou par les services compétents localement.

France : France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre-Mer, Andorre et principauté de Monaco.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

Infraction volontaire : Tout acte pouvant être associé à son auteur, qui porte préjudice ou menace de danger l'intérêt de la société, et qui est passible d'une sanction pénale.

Interdiction officielle : Tout ordre, temporaire ou permanent, émanant d'une autorité locale officielle qui porte défense d'exercer ses fonctions.

Maladie : Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Membre de la famille : Conjoint de droit ou de fait (concubin, PACS...), enfants, parents, beaux-pères et belles-mères.

OPAM : Organisme d'assurance maladie obligatoire ou volontaire français ou local (à l'étranger ou dans les COM) ou assurance privée.

Pays de résidence : Pays de résidence des bénéficiaires connu au contrat MGEN.

Plateau technique : Ensemble des moyens médicaux (établissements hospitaliers, praticiens, matériel chirurgical...) disponibles localement (pays ou ville).

Proche : Toute personne désignée par le bénéficiaire.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration médicale ou de chirurgie (notamment actes réalisés sous anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) n'incluant aucune nuit à l'hôpital.

Soins externes : Toutes consultations, tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, les soins dentaires ou d'optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique et n'incluant aucune nuit à l'hôpital et ne relevant pas de soins ambulatoires.

Transport sanitaire : Opération qui consiste à transporter un malade ou un blessé dont l'état justifie le recours à un transport adapté et assisté. Celui-ci est conditionné à l'état du patient, évalué par les médecins d'IMA ASSURANCES qui décident de prescrire ou non ce transport sanitaire et en déterminent les modalités.

Transfert sanitaire : Opération qui consiste à amener, sans notion d'urgence, un bénéficiaire dans une ville ou un pays voisin afin d'effectuer des examens ou des actes non réalisables dans son pays de résidence.

Article 4 - Domaine d'application

4.1 - Bénéficiaires

a) Composition du groupe assuré – bénéficiaire des garanties

Sont garantis par le présent contrat, et ce à titre obligatoire, tous les membres participants et tous les membres bénéficiaires (ci-après désignés indifféremment « le(s) bénéficiaire(s) » relevant de MGEN International Santé Prévoyance précédemment appelé Section Extra Métropolitaine (dite « SEM ») dans les conditions définies par les statuts MGEN et le règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance.

Les garanties « frais médicaux » sont assurées par MGEN et gérées par IMA ASSURANCES dans les conditions décrites ci-après.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par MGEN auprès d'IMA ASSURANCES.

b) Prise d'effet et durée de l'adhésion et des garanties

L'adhésion et la garantie prennent effet à la date à laquelle le bénéficiaire entre dans le groupe défini ci-dessus, ou à la date à laquelle le contrat collectif prend effet si le bénéficiaire fait déjà partie du groupe assuré.

Aucune formalité médicale n'est appliquée lors de l'adhésion.

L'adhésion et le droit à garantie cessent de produire leurs effets en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Lorsque les conditions de l'article 1.1.a) ne sont plus remplies ;
- En cas de non-paiement de la cotisation dans les conditions définies par l'article L 113-3 du code des assurances ;
- En cas de résiliation du contrat conclu entre MGEN et IMA ASSURANCES ;
- En cas de décès du membre participant ou de son bénéficiaire.

c) Réticence ou fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener IMA ASSURANCES à invoquer la nullité de l'adhésion (Article L113-8 du code des assurances). Les cotisations payées demeureront alors acquises à IMA ASSURANCES qui aura droit au paiement de toute cotisation échue à titre de dommages et intérêts.

IMA ASSURANCES peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelles.

Il appartient à IMA ASSURANCES d'établir le caractère frauduleux de la déclaration.

4.2 - Territorialité

Les **garanties d'assistance, assurées par IMA ASSURANCES**, s'appliquent **dans le monde entier hors France** sauf cas particulier stipulé dans la présente convention.

Les **garanties « frais médicaux », assurées par MGEN**, et dont la **gestion est déléguée à IMA ASSURANCES**, s'appliquent sur les territoires suivants :

- les pays du continent Européen à l'exclusion de la France ;
- les pays du continent Africain ;
- les pays du continent Océanique ;
- les pays du continent Asiatique ;
- Cuba.

4.3 - Évènements générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite d'évènements survenant au cours de tout déplacement, ou lors d'évènements médicaux survenant dans le pays de résidence tels que définis ci-après :

- Maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire ;
- Vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement ;
- Difficultés graves et imprévues ou d'ordre judiciaire.

4.4 - Conditions d'intervention

Pour leurs demandes d'assistance, en lien avec une urgence ou non, les bénéficiaires doivent appeler IMA ASSURANCES, 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, au numéro suivant :

+ 33 5 49 76 66 76 depuis un pays autre que la France,

05 49 76 66 76 depuis la France.

Les appels d'assistance à IMA ASSURANCES doivent être effectués préalablement à toute initiative, sauf cas de force majeure.

L'appel préalable à IMA ASSURANCES est la règle, par le bénéficiaire lui-même ou par toute personne disposée à lui porter aide et assistance.

Les bénéficiaires peuvent également saisir IMA ASSURANCES par mail, à l'adresse suivante :

mgen.international@ima.eu

Lors du premier contact, le bénéficiaire doit communiquer son identité, sa localisation et le numéro de téléphone auquel il peut être joint. Il expose très brièvement les difficultés qui motivent sa demande. En cas de problème médical (nécessitant une hospitalisation ou une intervention ambulatoire), il communique le numéro de téléphone du médecin présent sur place ou de l'établissement hospitalier ainsi que les heures possibles d'appel.

Hors situation d'urgence, le Portail Mobilité Internationale « MyGlobalSupport » est accessible via l'adresse <https://mygs.ima.eu>, ou en téléchargeant l'application mobile disponible sur les plateformes dédiées. Il permet aux bénéficiaires de :

- disposer d'informations par pays (situation générale, politique, sanitaire, sécuritaire),
- consulter/visualiser des alertes sanitaires et sécuritaires dans le monde entier, et/ou les recevoir par email,
- consulter les établissements du réseau médical MGEN International-IMA,
- disposer des coordonnées de contact pour les demandes d'assistance,
- contacter l'assistance directement par téléphone via le bouton d'urgence de l'application mobile.

4.5 - Mise en œuvre des garanties

a) Les garanties s'appliquent en tenant compte des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de l'évènement générateur et constatées lors de celui-ci.

- **La responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure**

ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

- De la même façon, la responsabilité d'IMA ASSURANCES ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA ASSURANCES.

- IMA ASSURANCES ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

- En outre, IMA ASSURANCES veille à la bonne application des garanties mais ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

b) Les garanties sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ; les frais engagés directement par le bénéficiaire peuvent être pris en charge par IMA ASSURANCES sous réserve d'un accord préalable de ce dernier.

c) Dans l'hypothèse d'une avance des frais par IMA ASSURANCES, si le bénéficiaire d'un transport sanitaire ou d'un rapatriement dispose d'un titre de transport remboursable en cas de non utilisation, il doit faire les démarches nécessaires en vue de son remboursement et en reverser le montant à IMA ASSURANCES.

d) Les garanties, non prévues dans la Convention, que IMA ASSURANCES accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la garantie dans un délai d'un mois à compter de son retour à son domicile.

e) A cet effet, la Convention ne comporte que de rares limitations.

Cependant, pour éviter que le principe qui vient d'être affirmé puisse être remis en cause ultérieurement s'il était constaté que certains bénéficiaires se montrent indécents, il a été décidé ce qui suit :

- lorsque le comportement d'un bénéficiaire sera jugé abusif par IMA ASSURANCES, celui-ci devra porter les faits incriminés à la connaissance de MGEN ;
- lorsque son intervention apparaîtra comme le résultat d'une négligence fautive, MGEN se réserve la possibilité de réclamer à l'intéressé le remboursement à IMA ASSURANCES de tout ou partie des frais qui pourront être considérés comme la conséquence directe de cette faute ;
- en cas de différend relatif à l'exécution de cette convention, seule la loi française est applicable.

4.6 - Cotisations

Le montant de la cotisation est fixé dans le contrat d'assurance souscrit par MGEN auprès d'IMA ASSURANCES. Il peut être révisé annuellement.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, le bénéficiaire peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure.

4.7 - Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1-** En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;
- 2-** En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance non équivoque par IMA ASSURANCES du droit à garantie des bénéficiaires ;
- La demande en justice, même en référé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

4.8 - Accés aux données personnelles

MGEN collecte, en qualité de Responsable de Traitement, tout ou partie des catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription et la gestion du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la souscription et l'application du contrat ainsi qu'au suivi de la relation contractuelle.

IMA ASSURANCES collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification du souscripteur et, le cas échéant des bénéficiaires du contrat ;
- des données relatives à la situation familiale ;
- des données nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance ;
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés ;
- des données médicales pour lesquelles l'assuré a donné son consentement lors de la souscription du contrat ou la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Ces données sont utilisées par MGEN et IMA ASSURANCES chacun pour leur périmètre respectif :

- au titre de l'exécution contractuelle pour :
 - la souscription et la gestion des contrats ;
 - l'exécution des contrats et en particulier la fourniture des prestations d'assistance ;
 - l'exercice des recours ainsi que la gestion des réclamations et des contentieux ;
- dans l'intérêt légitime du responsable de traitement, sauf opposition du bénéficiaire aux coordonnées mentionnées après :
 - l'élaboration de statistiques, d'études techniques et d'analyses marketing, notamment pour optimiser les processus métiers, améliorer l'expérience bénéficiaire en optimisant le parcours client, fournir des offres plus adaptées au marché et suivre la qualité des services rendus ;
 - les opérations relatives à la gestion clients et notamment le suivi de la relation (ex : passation d'enquête de satisfaction, enregistrement des appels) ;
 - le lancement de campagnes de prévention (ex : alertes liées à la survenance d'intempéries) ;

- dans le cadre des obligations légales :

- la mise en œuvre de dispositifs en matière de lutte contre la fraude. En cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude peut être réalisée ;
- la réponse à des demandes officielles émanant d'une autorité publique ou judiciaire dûment habilitée ;
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, le traitement de surveillance des contrats peut aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la loi en la matière ;
- le déploiement de dispositif de lutte contre la corruption ;
- la gestion des demandes des droits (accès, opposition...).

Ces données peuvent être transmises par IMA ASSURANCES ou accessibles aux entités suivantes, ayant besoin d'en connaître et dans la limite de leurs attributions respectives :

- aux distributeurs et prestataires en charge de la gestion du portefeuille client ;
- aux prestataires chargés de l'exécution des prestations d'assistance ainsi qu'à tout intervenant dans l'opération d'assistance y compris les autorités des éventuelles autorisations nécessaires. Certains prestataires d'assistance peuvent avoir la qualité de responsable de traitement ; ils collectent et traitent alors les données personnelles dont ils sont destinataires conformément à leur propre politique de confidentialité ;
- aux sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques ;
- aux entités du Groupe IMA intervenant en qualité de sous-traitant pour les finalités visées ci-dessus ;
- aux syndicats et fédérations professionnels pour les opérations pilotées par ou à l'initiative de ces organismes ;
- à MGEN à des fins de reporting d'activité, à l'exception des éventuelles données médicales et sauf opposition notifiée aux coordonnées ci-dessous.

En outre, elles peuvent faire l'objet d'une mutualisation avec les données d'autres assureurs dans le cadre d'un dispositif professionnel ayant pour finalité la lutte contre la fraude et dont le responsable du traitement est l'ALFA (l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance). Les données mutualisées sont les données relatives aux contrats d'assurance automobile et aux sinistres déclarés aux assureurs. Dans ce cadre, les données sont destinées au personnel habilité de l'ALFA, ainsi qu'aux organismes directement concernés par une fraude (organismes d'assurance, autorités judiciaires, officiers ministériels, auxiliaires de justice, organismes tiers autorisés par une disposition légale ou réglementaire). Pour l'exercice des droits dans le cadre de ce traitement, le bénéficiaire peut contacter l'ALFA, 1 rue Jules Lefebvre, 75431 Paris Cedex 09.

Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité, et/ou d'être accessibles depuis des pays tiers à l'Union Européenne dans le cadre d'opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA ASSURANCES de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA ASSURANCES. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Dans le cas où le bénéficiaire fournit des informations sur des tiers, le bénéficiaire s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini au présent article.

Des enregistrements ou double-écoutes sont réalisés sur une partie des appels à destination des services d'assistance d'IMA ASSURANCES dans le cadre de :

- la montée en compétence des collaborateurs ;
- le suivi du conseil et de la qualité de la relation client ;
- la constitution d'éléments factuels exploitables dans le cadre de la prévention et la résolution des litiges, contentieux et précontentieux ;
- la protection des collaborateurs en cas d'agressions verbales et incivilités à leur rencontre ;
- la réalisation d'expérimentations en lien avec les objectifs de management et de suivi de la qualité ainsi qu'autour d'analyses des conversations via des techniques d'intelligence artificielle ;
- la gestion des demandes d'exercice de vos droits ;
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption.

Ces enregistrements sont destinés aux seules personnes habilitées d'IMA ASSURANCES et sont susceptibles d'être transmis et/ou accessibles par les prestataires techniques intervenant dans la mise en place et l'analyse des conversations téléphoniques. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques. Les enregistrements sont conservés pour une durée de six mois, sauf en cas de contentieux où ils sont conservés pour la durée du contentieux et jusqu'à l'expiration des voies de recours.

Pour les finalités soumises à consentement, le bénéficiaire peut, à tout moment, le retirer auprès du Délégué à la Protection des Données : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort / dpo@ima.eu. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier des services associés.

Dans les conditions prévues par la loi, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès d'IMA ASSURANCES, aux coordonnées suivantes : Direction des Affaires Juridiques – 118 avenue de Paris – 79000 Niort – dpo@ima.eu.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

4.9 - Reclamation et médiation

Une réclamation est une déclaration actant d'un mécontentement concernant les garanties d'assistance mises en œuvre, ou la relation avec IMA ASSURANCES au cours de cette mise en œuvre (une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation).

En cas de réclamation, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations ou par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9.

Le Service Consommateur s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix jours ouvrables de sa réception, et à y apporter une réponse dans un délai de deux mois maximum.

Si le désaccord persiste après la réponse du Service Consommateur ou en l'absence de réponse dans le délai règlementaire, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org, ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

Article 5 - Frais médicaux gérés par IMA assurances

Les « garanties frais médicaux » sont détaillées en annexe du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance.

5.1 - Orientation médicale hospitalière

IMA ASSURANCES oriente les bénéficiaires faisant appel à elle vers les établissements hospitaliers qu'elle a conventionnés.

IMA ASSURANCES est liée par convention à des établissements hospitaliers sélectionnés dans le pays (ou les villes) où le plateau technique se révèle compatible avec les impératifs médicaux d'une part, et dont les coûts sont préalablement validés ou contrôlés par l'intermédiaire de structures spécialisées, d'autre part.

Dans tous les cas le réseau sélectionné par IMA ASSURANCES s'efforce de satisfaire aux normes de compétences techniques et financières les meilleures, compte tenu de la situation culturelle, géographique et politique, sociale et économique du pays considéré.

IMA ASSURANCES informe le bénéficiaire :

- Des établissements dans lesquels les soins feront l'objet d'un règlement direct par IMA ASSURANCES ;
- De la prise en charge délivrée à l'établissement conformément aux dispositions contractuelles négociées avec ce dernier.

5.2 - Avance des frais médicaux pour le compte de MGEN

5.2.1 - Hospitalisation et soins ambulatoires

5.2.1.1 - Cas général

En cas d'hospitalisation du Bénéficiaire supérieure à 24 heures et consécutive à une maladie ou un accident du Bénéficiaire, sous réserve que le bénéficiaire ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme primaire d'assurance maladie, IMA ASSURANCES avance le montant des frais d'hospitalisation du Bénéficiaire après du prestataire de soins comme stipulé alinéa 5.2.1.2 de ce paragraphe.

IMA ASSURANCES délivre un accord de prise en charge et procède à l'avance des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de MGEN, dans les limites précisées en annexe de la présente convention et définies en annexe des règlements mutualistes MGEN International Santé Prévoyance.

Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle délivre dans le même temps la garantie de paiement des frais médicaux dans ce pays.

Lorsqu'IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, MGEN assure directement les prestations prévues dans le règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance.

L'avance des frais médicaux hospitaliers sur le territoire de la France est exclue.

5.2.1.2 - Application de la garantie, montants et modalités de prise en charge

Cette garantie est valable uniquement hors de France et en dehors du continent américain. Le montant de l'avance des frais médicaux par IMA ASSURANCES est limité au montant du reste à consommer éventuel selon la nature des actes et en tout état de cause, au plafond absolu de la garantie souscrite par le Bénéficiaire.

Lorsqu'IMA a effectué le règlement des frais médicaux en cas d'hospitalisation du Bénéficiaire, le Bénéficiaire s'engage sans opposition à donner subrogation à IMA qui recouvre en son nom les montants dus par les organismes primaires d'assurance maladie et les organismes complémentaires et/ou de prévoyance (régime obligatoire et régime complémentaire).

En cas d'impossibilité pour IMA d'effectuer directement les démarches auprès de l'organisme primaire d'assurance maladie dont dépend l'adhérent, ce dernier s'engage à opérer, dès que possible ou dès son retour dans son pays de domiciliation, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés et à transmettre à IMA l'intégralité des remboursements obtenus de ces organismes primaires d'assurance maladie ainsi que les décomptes originaux justifiant ces remboursements accompagnés des photocopies des notes de soins justifiant des dépenses engagées. Sur la base des documents présentés, IMA ASSURANCES sollicitera auprès de MGEN le remboursement des montants résultant de la liquidation de la part complémentaire.

5.2.1.3 - Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de MGEN dans les cas suivants :

- a) Le suivi obstétrical (visites, examens complémentaires, ...) pré et postnatal dans la mesure où ils rentrent dans le cadre d'un forfait accouchement,
- b) Chambre particulière (de catégorie standard) : La prise en charge s'effectue sur la base d'une chambre à deux lits. Si la structure ne propose que des chambres particulières, prise en charge d'une chambre « standard » en restant vigilant sur le coût.
Si l'adhérent choisit délibérément une chambre particulière, prise en charge plafonnée au montant prévu par l'offre.
- c) Soins pré et postopératoires : La prise en charge des actes accessoires telle qu'une consultation pré et une consultation postopératoires liées à une pathologie unique est possible dans un délai limité raisonnable et selon le type de pathologie,
- d) Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat : en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA ASSURANCES, le suivi postopératoire immédiat pourra faire l'objet d'une prise en charge, dans le cadre du dossier ouvert au titre de la garantie frais médicaux ;
- e) Soins itératifs et onéreux : sur seul accord exprès de MGEN.
- f) Cas particulier : Prise en charge d'une admission aux urgences si le montant dépasse 763 euros
- g) Rééducation : prise en charge de 4 semaines de rééducation à date du fait générateur dans le cadre d'une hospitalisation sur accord de MGEN
- h) Dossiers Frais médicaux lourds (25 000 euros) : après étude par un médecin IMA et en accord avec MGEN et l'adhérent, possibilité d'un rapatriement en France pour y poursuivre son traitement médical
- i) Transports primaires : prise en charge dans le cadre du Tiers Payant en cas d'hospitalisation et/ou de suspicion d'hospitalisation,
- j) Soins externes : en cas de nécessité de bilan ou examens avant un transport médical, prise en charge des frais médicaux.
- k) Frais d'accompagnement : dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 15 ans, d'une personne handicapée ou d'une personne de plus de 70 ans, prise en charge des frais d'hébergement.
- l) FIV et Insémination : est prévu la prise en charge de 4 FIV et 6 inséminations maximum, un accord MGEN pourra être donné au cas par cas pour d'éventuel dépassement du plafond.
- m) Les retraités dans l'Espace Economique Européen doivent avoir un régime obligatoire local du pays où ils résident ou par la CFE afin de bénéficier du Tiers payant dans leur pays de résidence.

5.2.2 - Dossier « Longue Maladie »

Cela recouvre essentiellement des pathologies prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale. Ce sont des pathologies au long cours avec alternance d'hospitalisations, de soins ambulatoires, de soins externes, voire de médicaments délivrés uniquement par le centre hospitalier.

Dès lors qu'IMA ASSURANCES aura connaissance d'une demande de prise en charge de frais médicaux pour une telle pathologie, IMA ASSURANCES sollicitera auprès de MGEN, l'autorisation d'ouvrir un dossier « Longue Maladie ».

Dans le cadre de ce dossier, IMA ASSURANCES prend en charge l'ensemble des frais médicaux relatifs à la pathologie du patient, sur l'année civile, qu'il s'agisse d'hospitalisation, de soins ambulatoires ou de soins externes (quel que soit leur montant).

Dans la mesure du possible, l'ensemble des soins se fera dans un même établissement hospitalier.

Ce dossier sera reconduit par année civile, tant que cela sera nécessaire.

5.2.3 - Paiement des frais médicaux pour le compte de MGEN

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans une zone définie à l'article 4.2 Territorialité, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou des soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'évènement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

Les soins externes et les soins et prothèses dentaires sont exclus de cette garantie.

Article 6 - Garanties d'assistance dans le monde entier hors france

6.1 - Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

6.1.1 - Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA ASSURANCES, après avis des médecins consultés localement, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié) après intervention des OPAM le cas échéant, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport du patient vers la structure médicale la plus proche susceptible de dispenser les soins appropriés en dehors de tout transport primaire.

Pour les patients transférés sur décision d'IMA ASSURANCES vers une structure médicale adaptée, IMA ASSURANCES pourra prendre en charge jusqu'à 10 nuits d'hôtel (avec un plafond de 60 euros par nuit), dans l'attente de la consolidation médicale ou de la mise en place des moyens retour.

Si des déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) sont nécessaires dans les suites d'un transport en urgence organisé par IMA ASSURANCES, ceux-ci ne sont pas du ressort de l'assistance.

6.1.2 - Accompagnant

En cas de transport sanitaire du patient, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le voyage d'un proche, lui-même bénéficiaire, par le moyen le plus approprié.

En cas de transfert sanitaire du patient - pour des actes non réalisables sur place -, organisé par IMA ASSURANCES, si les médecins l'estiment médicalement nécessaire, prise en charge possible du transport d'un accompagnant.

La prise en charge d'un accompagnant sera systématique pour les enfants de moins de 15 ans ou si la personne est handicapée, quel que soit son âge.

En cas de transfert vers la structure médicale adaptée la plus proche, IMA ASSURANCES participe aux frais d'hébergement de l'accompagnant à hauteur de 25 euros par jour, pendant la durée de l'hospitalisation.

Si IMA ASSURANCES a organisé le transport aller d'un accompagnant, IMA ASSURANCES organise son retour.

6.1.3 - Hospitalisation de plus de 10 jours

IMA ASSURANCES met à la disposition d'un proche d'un billet de train aller/retour 1ère classe ou d'avion classe économique, pour se rendre au chevet du malade ou du blessé bénéficiaire isolé de tout membre de sa famille, qui doit rester hospitalisé pendant plus de 10 jours alors que son état empêche ou ne justifie pas un transport vers son pays de résidence ou en France.

6.1.4 - Transport de la famille accompagnante

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport des proches ayant eux-mêmes la qualité de bénéficiaires lorsque le transport vers la France est décidé et que le patient présente une incapacité temporaire de travail supérieure ou égale à 30 jours.

Si IMA ASSURANCES a organisé le transport aller des proches, IMA ASSURANCES pourra organiser leur transport retour.

6.1.5 - Déplacement hors du pays de résidence

6.1.5.1 - Retour dans le pays de résidence

À la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA ASSURANCES organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du pays de résidence.

Lorsque le bénéficiaire est confronté à un problème médical dans un pays autre que celui de résidence, IMA ASSURANCES peut organiser et prendre en charge, lorsque l'état médical du patient le permet, son retour vers le pays de résidence, par le moyen de transport médicalement adaptée. Une prise en charge transitoire sur le territoire métropolitain peut être jugée médicalement nécessaire en fonction des conditions sanitaires du pays de résidence.

Ce transport pour raison médicale donne lieu à l'organisation et à la prise en charge du retour des autres membres de la famille, en déplacement avec le patient, ayant eux-mêmes la qualité de bénéficiaires, en train 1ère classe ou en avion classe économique, dans le cas où leurs titres de transport prévus initialement ne seraient plus utilisables.

6.2 - Assistance en cas de décès

6.2.1 - Organisation et prise en charge

6.2.1.1 - Inhumation en France ou dans le pays de résidence

- du transport du corps dans un cercueil conforme à la législation et de qualité courante,
- des démarches funéraires nécessaires au rapatriement du corps, du lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans le pays de résidence,
- du retour des bénéficiaires résidant avec le décédé ou en déplacement avec lui.

6.2.1.2 - Incinération sur place

- d'une urne cinéraire (réceptacle obligatoire destiné à recevoir les cendres),
- du rapatriement de l'urne en France ou dans le pays de résidence,
- du retour des bénéficiaires résidant avec le décédé ou en déplacement avec lui,
- en cas d'absence d'un autre bénéficiaire sur place, du transport aller et retour d'une personne depuis la France.

Le cercueil nécessaire à l'incinération, l'incinération elle-même et l'urne funéraire (enveloppe de présentation à caractère décoratif de l'urne cinéraire) ne sont pas pris en charge par IMA ASSURANCES.

6.2.2 - Déplacement d'un proche

Lorsque les autorités locales du pays, dans lequel décède le bénéficiaire, prescrivent autoritairement une inhumation provisoire ou définitive sur place, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le transport aller-retour par train 1ère classe ou par avion classe économique d'un membre de la famille, pour se rendre aux obsèques, si l'un d'eux ne se trouve pas déjà sur le lieu des obsèques.

Dans ces conditions, IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais de séjour du membre de la famille jusqu'à concurrence de 500 euros.

Lorsque les autorités administratives, ayant prescrit une inhumation provisoire, acceptent par la suite une exhumation sur demande de la famille, en vue du transport vers un autre lieu, IMA ASSURANCES organise et prend en charge le rapatriement du corps vers un nouveau lieu d'inhumation.

Article 7 - Garanties d'assistance complémentaires

7.1 - Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA ASSURANCES recherche, sur le lieu de résidence, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. A défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de résidence, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA ASSURANCES organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

Le coût des médicaments ou des prothèses reste à la charge du bénéficiaire.

7.2 - Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

7.2.1 - Avance de fonds

IMA ASSURANCES peut à l'étranger, contre reconnaissance de dette ou chèque de garantie, consentir à un bénéficiaire une avance de fonds, dans la limite de 10 000 euros, pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire dans son pays de résidence.

7.2.2 - Frais de justice

En cas de poursuites judiciaires à l'étranger, IMA ASSURANCES avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère.

Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire au domicile du lieu de résidence, dans un délai d'un mois.

7.2.3 - Caution pénale

IMA ASSURANCES à l'étranger effectue le dépôt des cautions pénales dans la limite de

10 000 €, en l'absence de toute faute ou délit intentionnelle du bénéficiaire.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois suivant son versement.

Article 8 - Services d'informations

8.1 - Conseils médicaux

Des conseils médicaux pourront être donnés par une équipe médicale afin de rassurer, de renseigner, et d'orienter les bénéficiaires sur toute difficulté médicale. Ces conseils seront apportés par une équipe médicale :

- lors de la préparation d'un déplacement ou de son expatriation (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant un déplacement ou son expatriation (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour d'un déplacement ou de son expatriation (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

8.2 Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

8.3 Assistance linguistique

Un bénéficiaire confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA ASSURANCES qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

8.4 Messages urgents

IMA ASSURANCES se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA ASSURANCES ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

Article 9 - Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA ASSURANCES :

- Les soins externes, sauf dans le cadre de l'ouverture par IMA ASSURANCES d'un dossier « longue maladie »
- Les soins dentaires et d'optiques sauf lorsqu'ils sont liés à un accident et qu'ils nécessitent une hospitalisation ou de soins ambulatoires,
- Les frais médicaux engagés en France ou dans un pays non compris dans la Territorialité définie à l'article 4.2,
- Le rapatriement en France :
 - Pour tous types de soins, non urgents et/ou pouvant être réalisés dans un établissement hospitalier du réseau sélectionné par IMA ASSURANCES sur le lieu de résidence du bénéficiaire SEM hors de France ;
 - Pour des hospitalisations programmées ;
 - Afin d'y poursuivre des traitements médicaux débutés en France avant le départ du bénéficiaire SEM hors de France ;
 - Pour cause de grossesse (sauf complication imprévue) ;
 - Pour cause de procréation médicalement assistée ou d'interruption volontaire de grossesse ;
 - Pour des cures thermales ;
- Les conséquences et les frais découlant de soins ou d'une hospitalisation programmée à l'étranger s'ils n'ont pas donné lieu à une approbation par IMA,
- Les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique (soins, consultation ou hospitalisation, retours pour greffe d'organe)
- Les visites médicales et/ou de contrôle en dehors du pays de résidence,
- L'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc...).
- Les dépenses liées au changement de sexe, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, les conséquences et les frais en découlant
- Les soins médicaux ou paramédicaux, orthèses, prothèses, les traitements expérimentaux et tout autre produit non prescrit dans le cadre d'une hospitalisation et dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française.
- Les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques (en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies), les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, les voyages à visée thérapeutique,
- Les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,
- Les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente, kitesurf, canyoning, plongée,
- Les frais nés de la participation du bénéficiaire à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature,

- Les dépenses occasionnées par les proches ou les membres de la famille du bénéficiaire pendant sa période d'hospitalisation, autres que celles prévues dans le présent document,
- La circoncision si elle n'est pas médicalement justifiée,
- Les services à la personne (auxiliaire de vie, aide-ménagère, soutien scolaire...) dont le bénéficiaire peut avoir besoin suite à un accident ou à une maladie,
- Les déplacements itératifs (soins spécifiques ou consultations) nécessaires dans les suites d'une hospitalisation ou d'un transport en urgence ayant fait l'objet d'une surveillance médicale ou organisés par IMA ASSURANCES.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA ASSURANCES.

Annexe 3

Tableaux des cotisations

MEMBRES PARTICIPANTS ACTIFS ^{(1) (2)}					
Cotisation calculée sur le TIB ou rémunération brute + primes et indemnités					
	CATÉGORIE	MOINS DE 30 ANS	DE 30 À 49 ANS	DE 50 À 64 ANS	À PARTIR DE 65 ANS
Zone 1	MGEN Ambre	3,48%	3,84%	4,21%	5,59%
	Cotisation plancher annuelle	504 €	567 €	618 €	815 €
	Cotisation plafond annuelle	1 940 €	2 142 €	2 357 €	3 112 €
	MGEN Cyan	3,64%	4,02%	4,43%	5,88%
	Cotisation plancher annuelle	517 €	580 €	630 €	842 €
	Cotisation plafond annuelle	2 035 €	2 240 €	2 467 €	3 263 €
	MGEN Magenta	3,97%	4,38%	4,80%	6,38%
	Cotisation plancher annuelle	567 €	630 €	694 €	908 €
	Cotisation plafond annuelle	2 211 €	2 442 €	2 685 €	3 546 €
	MGEN Outremer	3,81%	4,20%	4,62%	6,13%
	Cotisation plancher annuelle	542 €	605 €	668 €	882 €
	Cotisation plafond annuelle	2 123 €	2 341 €	2 584 €	3 412 €
Zone 2	MGEN Ambre	3,61%	4,00%	4,60%	5,96%
	Cotisation plancher annuelle	509 €	572 €	642 €	831 €
	Cotisation plafond annuelle	2 003 €	2 207 €	2 536 €	3 276 €
	MGEN Cyan	3,69%	4,07%	4,66%	6,09%
	Cotisation plancher annuelle	534 €	598 €	668 €	858 €
	Cotisation plafond annuelle	2 048 €	2 264 €	2 578 €	3 354 €
	MGEN Magenta	4,03%	4,44%	5,10%	6,65%
	Cotisation plancher annuelle	572 €	636 €	721 €	926 €
	Cotisation plafond annuelle	2 220 €	2 465 €	2 820 €	3 654 €
	MGEN Outremer	3,95%	4,36%	5,01%	6,52%
	Cotisation plancher annuelle	560 €	623 €	707 €	899 €
	Cotisation plafond annuelle	2 181 €	2 414 €	2 764 €	3 582 €

MEMBRES PARTICIPANTS ACTIFS ^{(1) (2)}

Cotisation calculée sur le TIB ou rémunération brute + primes et indemnités

	CATÉGORIE	MOINS DE 30 ANS	DE 30 À 49 ANS	DE 50 À 64 ANS	À PARTIR DE 65 ANS
Zone 3	MGEN Ambre	4,75%	5,46%	6,03%	7,75%
	Cotisation plancher annuelle	676 €	767 €	842 €	1 081 €
	Cotisation plafond annuelle	2 627 €	3 005 €	3 328 €	4 264 €
	MGEN Cyan	4,80%	5,51%	6,10%	7,83%
	Cotisation plancher annuelle	690 €	782 €	858 €	1 081 €
	Cotisation plafond annuelle	2 655 €	3 035 €	3 361 €	4 311 €
	MGEN Magenta	4,90%	5,62%	6,19%	7,98%
	Cotisation plancher annuelle	720 €	812 €	888 €	1 128 €
	Cotisation plafond annuelle	2 717 €	3 114 €	3 418 €	4 411 €
	MGEN Outremer	4,90%	5,62%	6,21%	7,98%
	Cotisation plancher annuelle	705 €	797 €	873 €	1 112 €
	Cotisation plafond annuelle	2 714 €	3 114 €	3 437 €	4 408 €
Zone COM	MGEN Ambre	2,90%	3,63%	4,39%	5,84%
	Cotisation plancher annuelle	432 €	509 €	630 €	830 €
	Cotisation plafond annuelle	1 603 €	2 010 €	2 428 €	3 204 €
	MGEN Cyan	2,99%	3,73%	4,52%	6,01%
	Cotisation plancher annuelle	445 €	534 €	642 €	844 €
	Cotisation plafond annuelle	1 641 €	2 073 €	2 492 €	3 308 €
	MGEN Magenta	3,22%	4,02%	4,88%	6,49%
	Cotisation plancher annuelle	483 €	572 €	693 €	921 €
	Cotisation plafond annuelle	1 768 €	2 226 €	2 685 €	3 568 €
	MGEN Outremer	2,77%	3,46%	4,19%	5,57%
	Cotisation plancher annuelle	420 €	496 €	604 €	792 €
	Cotisation plafond annuelle	1 526 €	1 921 €	2 313 €	3 062 €

MEMBRES PARTICIPANTS RETRAITÉS ^{(1) (2)}

Cotisation calculée sur l'ensemble des pensions personnelles des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires

	CATÉGORIE	MOINS DE 65 ANS	À PARTIR DE 65 ANS
Zone 1	MGEN Ambre	4,17%	5,53%
	Cotisation plancher annuelle	618 €	815 €
	Cotisation plafond annuelle	2 357 €	3 112 €
	MGEN Cyan	4,41%	5,85%
	Cotisation plancher annuelle	630 €	842 €
	Cotisation plafond annuelle	2 480 €	3 279 €
	MGEN Magenta	4,78%	6,35%
	Cotisation plancher annuelle	694 €	908 €
	Cotisation plafond annuelle	2 698 €	3 563 €
	MGEN Outremer	4,60%	6,08%
	Cotisation plancher annuelle	668 €	882 €
	Cotisation plafond annuelle	2 597 €	3 429 €
Zone 2	MGEN Ambre	4,73%	6,02%
	Cotisation plancher annuelle	667 €	846 €
	Cotisation plafond annuelle	2 631 €	3 336 €
	MGEN Cyan	4,80%	6,14%
	Cotisation plancher annuelle	693 €	873 €
	Cotisation plafond annuelle	2 675 €	3 417 €
	MGEN Magenta	5,25%	6,70%
	Cotisation plancher annuelle	748 €	943 €
	Cotisation plafond annuelle	2 926 €	3 721 €
	MGEN Outremer	5,16%	6,57%
	Cotisation plancher annuelle	734 €	915 €
	Cotisation plafond annuelle	2 869 €	3 649 €
Zone 3	MGEN Ambre	6,02%	7,67%
	Cotisation plancher annuelle	849 €	1 081 €
	Cotisation plafond annuelle	3 357 €	4 264 €
	MGEN Cyan	6,08%	7,75%
	Cotisation plancher annuelle	865 €	1 081 €
	Cotisation plafond annuelle	3 391 €	4 311 €
	MGEN Magenta	6,17%	7,91%
	Cotisation plancher annuelle	896 €	1 128 €
	Cotisation plafond annuelle	3 448 €	4 411 €
	MGEN Outremer	6,22%	7,92%
	Cotisation plancher annuelle	880 €	1 112 €
	Cotisation plafond annuelle	3 467 €	4 408 €
Zone COM	MGEN Ambre	4,35%	5,79%
	Cotisation plancher annuelle	630 €	830 €
	Cotisation plafond annuelle	2 428 €	3 204 €
	MGEN Cyan	4,47%	5,96%
	Cotisation plancher annuelle	642 €	844 €
	Cotisation plafond annuelle	2 492 €	3 308 €
	MGEN Magenta	4,83%	6,42%
	Cotisation plancher annuelle	693 €	921 €
	Cotisation plafond annuelle	2 685 €	3 568 €
	MGEN Outremer	4,14%	5,51%
	Cotisation plancher annuelle	604 €	792 €
	Cotisation plafond annuelle	2 313 €	3 062 €

MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	CATÉGORIE	MOINS DE 30 ANS	DE 30 À 49 ANS	DE 50 À 64 ANS	À PARTIR DE 65 ANS
Zone 1	MGEN Ambre	607 €	838 €	1 009 €	1 133 €
	MGEN Cyan	626 €	870 €	1 055 €	1 182 €
	MGEN Magenta	776 €	1 073 €	1 287 €	1 456 €
	MGEN Outremer	665 €	916 €	1 100 €	1 236 €
Zone 2	MGEN Ambre	719 €	1 003 €	1 209 €	1 337 €
	MGEN Cyan	739 €	1 041 €	1 246 €	1 372 €
	MGEN Magenta	818 €	1 148 €	1 371 €	1 532 €
	MGEN Outremer	789 €	1 108 €	1 325 €	1 461 €
Zone 3	MGEN Ambre	952 €	1 341 €	1 571 €	1 721 €
	MGEN Cyan	967 €	1 356 €	1 587 €	1 738 €
	MGEN Magenta	994 €	1 395 €	1 645 €	1 793 €
	MGEN Outremer	991 €	1 392 €	1 637 €	1 785 €
Zone COM	MGEN Ambre	534 €	801 €	1 151 €	1 289 €
	MGEN Cyan	547 €	824 €	1 184 €	1 326 €
	MGEN Magenta	591 €	887 €	1 276 €	1 429 €
	MGEN Outremer	509 €	763 €	1 098 €	1 229 €

MEMBRES PARTICIPANTS MAINTENUS EN CESSATION TEMPORAIRE D'ACTIVITÉ (CTA)

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	CATÉGORIE	MOINS DE 30 ANS	DE 30 À 49 ANS	DE 50 À 64 ANS	À PARTIR DE 65 ANS
Zone 1	MGEN Ambre	607 €	838 €	1 009 €	1 133 €
	MGEN Cyan	626 €	870 €	1 055 €	1 182 €
	MGEN Magenta	776 €	1 073 €	1 287 €	1 456 €
	MGEN Outremer	665 €	916 €	1 100 €	1 236 €
Zone 2	MGEN Ambre	719 €	1 003 €	1 209 €	1 337 €
	MGEN Cyan	739 €	1 041 €	1 246 €	1 372 €
	MGEN Magenta	818 €	1 148 €	1 371 €	1 532 €
	MGEN Outremer	789 €	1 108 €	1 325 €	1 461 €
Zone 3	MGEN Ambre	952 €	1 341 €	1 571 €	1 721 €
	MGEN Cyan	967 €	1 356 €	1 587 €	1 738 €
	MGEN Magenta	994 €	1 395 €	1 645 €	1 793 €
	MGEN Outremer	991 €	1 392 €	1 637 €	1 785 €
Zone COM	MGEN Ambre	534 €	801 €	1 151 €	1 289 €
	MGEN Cyan	547 €	824 €	1 184 €	1 326 €
	MGEN Magenta	591 €	887 €	1 276 €	1 429 €
	MGEN Outremer	509 €	763 €	1 098 €	1 229 €

MEMBRES PARTICIPANTS ORPHELINS

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	CATÉGORIE	MOINS DE 18 ANS		À PARTIR DE 18 ANS	
				À PARTIR DE 29 ANS (en situation de handicap)	
Zone 1	MGEN Ambre	294 €		365 €	
	MGEN Cyan	322 €		384 €	
	MGEN Magenta	358 €		441 €	
	MGEN Outremer	338 €		397 €	
Zone 2	MGEN Ambre	378 €		413 €	
	MGEN Cyan	378 €		420 €	
	MGEN Magenta	417 €		458 €	
	MGEN Outremer	401 €		439 €	
Zone 3	MGEN Ambre	445 €		536 €	
	MGEN Cyan	462 €		551 €	
	MGEN Magenta	454 €		574 €	
	MGEN Outremer	470 €		567 €	
Zone COM	MGEN Ambre	338 €		432 €	
	MGEN Cyan	352 €		445 €	
	MGEN Magenta	366 €		483 €	
	MGEN Outremer	324 €		420 €	

BÉNÉFICIAIRES CONJOINTS

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	CATÉGORIE	MOINS DE 30 ANS		DE 30 À 49 ANS		DE 50 À 64 ANS		À PARTIR DE 65 ANS	
Zone 1	MGEN Ambre	607 €		838 €		1 009 €		1 133 €	
	MGEN Cyan	626 €		870 €		1 055 €		1 182 €	
	MGEN Magenta	776 €		1 073 €		1 287 €		1 456 €	
	MGEN Outremer	665 €		916 €		1 100 €		1 236 €	
Zone 2	MGEN Ambre	719 €		1 003 €		1 209 €		1 337 €	
	MGEN Cyan	739 €		1 041 €		1 246 €		1 372 €	
	MGEN Magenta	818 €		1 148 €		1 371 €		1 532 €	
	MGEN Outremer	789 €		1 108 €		1 325 €		1 461 €	
Zone 3	MGEN Ambre	952 €		1 341 €		1 571 €		1 721 €	
	MGEN Cyan	967 €		1 356 €		1 587 €		1 738 €	
	MGEN Magenta	994 €		1 395 €		1 645 €		1 793 €	
	MGEN Outremer	991 €		1 392 €		1 637 €		1 785 €	
Zone COM	MGEN Ambre	534 €		801 €		1 151 €		1 721 €	
	MGEN Cyan	547 €		824 €		1 184 €		1 326 €	
	MGEN Magenta	591 €		887 €		1 276 €		1 429 €	
	MGEN Outremer	509 €		763 €		1 098 €		1 229 €	

BÉNÉFICIAIRES ENFANTS

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	CATÉGORIE	MOINS DE 18 ANS	À PARTIR DE 18 ANS
			À PARTIR DE 29 ANS (en situation de handicap)
Zone 1	MGEN Ambre	294 €	365 €
	MGEN Cyan	322 €	384 €
	MGEN Magenta	358 €	441 €
	MGEN Outremer	338 €	397 €
Zone 2	MGEN Ambre	378 €	413 €
	MGEN Cyan	378 €	420 €
	MGEN Magenta	417 €	458 €
	MGEN Outremer	401 €	439 €
Zone 3	MGEN Ambre	445 €	536 €
	MGEN Cyan	462 €	551 €
	MGEN Magenta	454 €	574 €
	MGEN Outremer	470 €	567 €
Zone COM	MGEN Ambre	338 €	432 €
	MGEN Cyan	352 €	445 €
	MGEN Magenta	366 €	483 €
	MGEN Outremer	324 €	420 €

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

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

Annexe 4

Zonier Géographique

ZONE 1	ZONE 2	ZONE 3	ZONE COM
AFGHANISTAN	ACORES-MADERES	ARABIE SAOUDITE	NOUVELLE-CALEDONIE
ALBANIE	AFRIQUE DU SUD	ARGENTINE	POLYNESIE FRANCAISE
ALGERIE	ALLEMAGNE	BAHAMAS	SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON
ANGOLA	ANDORRE	BAHREIN	TERRES AUSTRALES ET ANTARCTIQUES FRANCAISES
ARMENIE	ANGUILLA	BARBADE	WALLIS ET FUTUNA
AZERBAIDJAN		BERMUDES	
BANGLADESH	ANTIGUA-ET-BARBUDA	BOLIVIE	
BELIZE	ANTILLES NEERLANDAISES	BRESIL	
BENIN	AUSTRALIE	CAIMANES (ILES)	
BHOUTAN	AUTRICHE	CANADA	
BIELORUSSIE	BELGIQUE	CHILI	
BIRMANIE	BONAIRE, SAINT EUSTACHE ET SABA	CHINE	
BOSNIE-HERZEGOVINE	BULGARIE	COLOMBIE	
BOTSWANA	CANARIES (ILES)	COSTA RICA	
BRUNEI	CHYPRE	EMIRATS ARABES UNIS	
BURKINA FASO	COREE DU SUD	EQUATEUR	
BURUNDI	CROATIE	ETATS-UNIS	
CAMBODGE	CUBA	GRECE	
CAMEROUN	CURAÇAO	GUAM	
CAP-VERT	DANEMARK	GUATEMALA	
CENTRAFRICAINE, REPUBLIQUE	DOMINICAINE, REPUBLIQUE	GUERNESEY	
COMORES	EL SALVADOR	HAWAII (ILES)	
CONGO	ESPAGNE	HONG-KONG	
CONGO (REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE)	ESTONIE	ILE NORFOLK	
COREE DU NORD	FEROE (ILES) (DANEMARK)	ISRAEL	
COTE D'IVOIRE	FIDJI	JAPON	
DJIBOUTI	FINLANDE	JERSEY	
DOMINIQUE	FRANCE	MALOUINES, OU FALKLAND (ILES)	
EGYPTE	GEORGIE DU SUD ET LES ILES SANDWICH DU SUD	MARIANNES DU NORD (ILES)	

ZONE 1	ZONE 2	ZONE 3	ZONE COM
ERYTHREE	GIBRALTAR	MEXIQUE	
ETHIOPIE	GRENADE	PEROU	
MACEDOINE DU NORD	HONGRIE	PUERTO RICO (ETATS-UNIS)	
GABON	INDETERMINE	QATAR	
GAMBIE	ISLANDE	ROYAUME-UNI	
GEORGIE	ITALIE	RUSSIE	
GHANA	JAMAIQUE	SAMOA AMERICAINES	
GROENLAND	KOSOVO	SINGAPOUR	
GUINEE	LETTONIE	SUISSE	
GUINEE EQUATORIALE	LIBAN	TAIWAN	
GUINEE-BISSAU	LIECHTENSTEIN	TERR. DES ETATS-UNIS D'AMERIQUE EN OCEANIE	
GUYANA	LITUANIE	TERR. DU ROYAUME-UNI DANS L'ATLANTIQUE SUD	
HAITI	LUXEMBOURG	TERRITOIRES DU ROYAUME-UNI AUX ANTILLES	
HONDURAS	MALTE	VENEZUELA	
INDE	MARSHALL (ILES)		
INDONESIE	MICRONESIE (ETATS FEDERES DE)		
IRAN	MONACO		
IRAQ	MONTSERRAT		
JORDANIE	NAURU		
KAZAKHSTAN	NICARAGUA		
KENYA	NORVEGE		
KIRGHIZISTAN	NOUVELLE-ZELANDE		
KIRIBATI	OCEAN INDIEN (TERRITOIRE BRITANNIQUE DE L')		
KOWEIT	PALAOS (ILES)		
LAOS	PANAMA		
LESOTHO	PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINEE		
LIBERIA	PARAGUAY		
LIBYE	PAYS-BAS		
MADAGASCAR	PHILIPPINES		
MALAISIE	PITCAIRN (ILE)		
MALAWI	POLOGNE		
MALDIVES	PORTUGAL		
MALI	PRESIDES		
MAROC	PROVINCES ESPAGNOLES D'AFRIQUE		
MAURICE	REPUBLIQUE DE SERBIE		
MAURITANIE	ROUMANIE		
MOLDAVIE	SAINT VINCENT		

ZONE 1	ZONE 2	ZONE 3	ZONE COM
MONGOLIE	SAINT-CRISTOPHE (CARAIBES DE L'EST)		
MONTENEGRO	SAINTE HELENE, ASCENSION ET TRISTAN DA CUNHA		
MOZAMBIQUE	SAINTE-LUCIE		
NAMIBIE	SAINT-MARIN		
NEPAL	SAINT-MARTIN (PARTIE NEERLANDAISE)		
NIGER	SALOMON (ILES)		
NIGERIA	SAMOA OCCIDENTALES		
OMAN	SEYCHELLES		
OUGANDA	SLOVAQUIE		
OUZBEKISTAN	SLOVENIE		
PAKISTAN	SUEDE		
PALESTINE	TCHEQUE, REPUBLIQUE		
RWANDA	TERRITOIRE DES PAYS-BAS (ANTILLES NEERLANDAISE)		
SAHARA OCCIDENTAL	THAILANDE		
SAO TOME-ET-PRINCIPE	TONGA		
SENEGAL	TURKS ET CAIQUES (ILES)		
SIERRA LEONE	TURQUIE		
SOMALIE	TUVALU		
SOUDAN	URUGUAY		
SOUDAN DU SUD	VANUATU		
SRI LANKA	VATICAN		
SURINAME	VIERGES BRITANNIQUES (ILES)		
SWAZILAND	VIETNAM		
SYRIE			
TADJIKISTAN			
TANZANIE			
TCHAD			
TIMOR ORIENTAL			
TOGO			
TRINITE ET TOBAGO			
TUNISIE			
TURKMENISTAN			
UKRAINE			
YEMEN			
ZAMBIE			

MGEN

Action sanitaire et sociale

Statuts

62

Règlement mutualiste

67

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 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Action sanitaire et sociale a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913.

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

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

- de gérer des établissements, services ou activités sanitaires, sociales, médico-sociales, sportives ou culturelles,
- de participer au service public hospitalier,
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

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

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

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie

par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

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 23 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Action sanitaire et sociale délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

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

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

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis à l'article 9 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Action sanitaire et sociale, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN prévus à l'article 10 des statuts de MGEN sont bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues à l'article 8 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 11 à 16 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

Les adhérents de MGEN, MGEN Vie, MGEN Centres de Santé et MGEN Filia étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale, il est procédé, aux termes des articles 18 et 19 des statuts de MGEN, à l'élection commune aux cinq mutuelles d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - 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 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 12 - Règles de quorum et de majorité

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

2 - Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

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

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

Article 13 - 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 12-1 et 12-3 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 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - 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, élection

Article 16 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 17 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 18 - 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 19 - 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 20 - 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 21 - 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 22 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 23 - 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 ;
- 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 ;
- 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 24 - Délégations de pouvoirs

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

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

Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Election et composition du bureau

Article 25 - Élection

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

Article 26 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 27 - Le président

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

Le président est rééligible.

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

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées

en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{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.

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

Chapitre 4 Direction effective

Article 28 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN Action sanitaire et sociale 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 29 - 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 Action sanitaire et sociale.

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 Action sanitaire et sociale, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 30 - 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 de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote telles que définies par l'article 12 des statuts de MGEN.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à MGEN.

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 32 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

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

Dès lors que MGEN Action sanitaire et sociale, intervient dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de MGEN Action sanitaire et sociale est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

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

Article 33 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts 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,

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 34 - Modes de placements

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.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 35 - Commissaires aux comptes

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

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

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN Action sanitaire et sociale

Article 36 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Action sanitaire et sociale fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1 Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 37 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 38 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2 Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 39 - Modifications des garanties

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

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

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

Règlement mutualiste

TITRE I

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Action sanitaire et sociale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Action sanitaire et sociale, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

TITRE 2

SERVICES ET RÉALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

➤ Chapitre I

Services de soins et d'accompagnement mutualistes

Article 3

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère les établissements sanitaires et médico-sociaux suivants :

- Établissement de santé pour adolescents de Chanay - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Arès - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Caire-Val - Site Jules Bouquet - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Fontenay-en-Parisis - Donation Brière - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Verrière - Site Denis Forestier - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Huby Saint Leu - Site Gabrielle Hielle - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Saint-Cyr-sur-Mer - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Chimotiaie - Groupe MGEN,

- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Marly-La-Ville- Site Jacques Achard - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Louvres - Site Jules Fossier - Groupe MGEN,
- Établissement de médecine et de soins médicaux et de réadaptation, Institut de néphrologie de Maisons-Laffitte - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de Hyères - Site Pierre Chevalier - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de La Chimotiaie - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de L'Arbizon - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation d'Évian - Site Camille Blanc - Groupe MGEN,
- Établissement de médecine et de soins médicaux et de réadaptation de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de La Menaudière - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation des Trois-Epis - Groupe MGEN,
- Établissements médico-sociaux du Royans - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Bordeaux - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Grenoble - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lille - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lyon - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rouen - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Toulouse - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale d'Ivry sur Seine - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Paris - Groupe MGEN
- Établissement sanitaire de la Verrière - Site Marcel Rivière - Groupe MGEN.

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère le centre d'accueil et de vacances adaptées, « le Domaine de la Porte Neuve » à Riec-sur-Bélon ainsi que l'Institut de formation en soins infirmiers de la Verrière.

Article 4

Les conditions d'admission sont celles définies au règlement intérieur de chaque établissement.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 5

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Action sanitaire et sociale au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN

Centres de santé

Statuts

70

Règlement mutualiste

75

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 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Centres de santé a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité, le 30 juin 2004.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714.

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

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

- de gérer des établissements, services ou activités sanitaires, médico-sociales, sportives, culturelles ;
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

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

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

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

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 23 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Centres de santé délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis à l'article 9 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Centres de santé.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Centres de santé, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN, prévus à l'article 10 des statuts de MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues à l'article 8 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 11 à 16 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

Les adhérents de MGEN, MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Vie et MGEN Filia étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Centres de santé, il est procédé, aux termes des articles 18 et 19 des statuts de MGEN, à l'élection commune aux cinq mutuelles d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - 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 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 12 - Règles de quorum et de majorité

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

2 - Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1. du présent article, l'assemblée générale ne délibère valablement que 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 qui délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

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

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

Article 13 - 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 12-1 et 12-3 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 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue 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, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - 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, élection

Article 16 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 17 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les

conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 18 - 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 19 - 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 20 - 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 21 - 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 22 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 23 - 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 ;
- 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 ;
- 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 24 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et composition du bureau

Article 25 - Élection

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

Article 26 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 27 - Le président

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

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

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux

de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{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.

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

➤ Chapitre 4

Direction effective

Article 28 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN Centres de santé 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 29 - 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 Centres de santé.

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 Centres de santé, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 30 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote telles que définies par l'article 12 des statuts de MGEN.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à MGEN.

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 32 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

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

Dès lors que MGEN Centres de santé, intervient dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de MGEN Centres de santé est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

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

Article 33 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses charges relatives aux services offerts 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,

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 34 - 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.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 35 - Commissaires aux comptes

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Centres de santé

Article 36 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Centres de Santé fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 37 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 38 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 39 - Modifications des garanties

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

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

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

Règlement mutualiste

TITRE 1

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Centres de santé sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Centres de santé, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

Article 3 - Dispositions particulières

Les activités mentionnées au titre 2 du présent règlement sont des services d'action sociale, relevant de l'article L. 111.1-1-3 du Code de la mutualité.

TITRE 2

SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTE

Article 4

MGEN Centres de santé administre et gère des centres médicaux et dentaires et un centre d'optique et d'audition :

- Centre médical et dentaire de Lyon - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nancy - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nice - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Paris Vaugirard - Groupe MGEN,
- Centre médical et dentaire de Strasbourg - Groupe MGEN
- Centre d'optique et d'audition de Paris - Groupe MGEN
- Centre d'audition de Strasbourg - Groupe MGEN
- Centre d'optique de Papeete - Groupe MGEN.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 5

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Centres de santé au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr

