



GRUPE **vyv**

SANTÉ  
PRÉVOYANCE  
MINISTÈRES  
SOCIAUX



# STATUTS ET RÈGLEMENT MUTUALISTE COLLECTIF

Offre référencée par les Ministères des Solidarités  
et de la Santé, du Travail, de l'Éducation nationale  
et des Sports et des établissements publics  
qui leurs sont rattachés.

Applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2019



# STATUTS

## AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2019

- 4 Statuts MGEN
- 16 Statuts MGEN vie

# STATUTS MGEN

## TITRE I

### FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

#### ➤ Chapitre I

#### Formation et objet de la mutuelle

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

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

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

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

##### Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

##### Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

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

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

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

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

**6** - de mettre en œuvre une action sociale ;

**7** - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

**8** - d'assurer le service des prestations de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de ses sections départementales constituant des

sections locales des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ;  
**9** - de participer à la gestion des actions sociales du ministère de l'Education nationale ou de tout employeur public ayant une activité visée à l'article 7 des présents statuts ;

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

##### Article 4 - Règlement mutualiste

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

##### Article 5 - Délégation de gestion

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

##### Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

## ➤ Chapitre 2

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

## Section I - Conditions d'admission à la mutuelle

### Article 7 - Champ de recrutement

#### I - Champ de recrutement individuel

**I.1** - MGEN est la mutuelle des personnels des fonctions publiques, des établissements publics et organismes privés sans but lucratif, à caractère laïc et non confessionnel œuvrant dans les secteurs d'activités suivants :

- éducation,
- enseignement scolaire et universitaire,
- santé scolaire,
- 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.

Ce champ de recrutement comprend :

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

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

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

#### I.2. Peuvent également adhérer à MGEN :

##### I.2.1 - Les personnes qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- se situant hors du champ de recrutement défini à l'article 7-1-1 des présents statuts
- bénéficiant d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Les membres participants, tels que définis au I.2.1 du présent article, ainsi que leurs bénéficiaires, bénéficient à ce titre exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste Efficience Santé.

**I.2.2** - Les fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires, et les retraités des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés, dans le cadre du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés d'application qui organisent le dispositif de labellisation des offres des organismes d'assurance auprès des employeurs de la fonction publique territoriale.

Les membres participants, tels que définis au I.2.2 du présent article, bénéficient ainsi que leurs bénéficiaires, à ce titre des prestations définies au règlement mutualiste Complémenter Santé et/ou au règlement mutualiste Complémenter Prévoyance.

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

**I.2.3** - Les personnes ayant adhéré à l'offre Espace Bienvenue (règlement mutualiste Espace bienvenue) au plus tard le 31 décembre 2012.

#### 2 - Champ de recrutement collectif

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

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

### I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

### 2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

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

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

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

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

L'adhésion à MGEN et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet au 1<sup>er</sup> jour :

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

## Article 9 - Membres participants

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

Le membre participant de MGEN, adhérent de l'offre MGEN Santé Prévoyance et de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, est membre participant de toutes les mutuelles qu'elle a créées en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité : MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Fila. Il n'a pas la faculté de renoncer à cette qualité.

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

### I - Les membres participants actifs

#### II - Les membres participants retraités

- 1) Les fonctionnaires qui adhéraient à MGEN au moment de la cessation de leur activité et qui perçoivent une pension de l'administration ;
- 2) Les retraités du régime général ayant acquis la qualité d'adhérent pendant la période d'activité ;
- 3) Les personnes, membres des personnels de MGEN, des mutuelles et des organismes créés par elle, lors de leur passage à la retraite ou de leur licenciement pour invalidité ayant acquis la qualité d'adhérent à l'une des mutuelles du groupe MGEN pendant la période d'activité.

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

Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN Santé Prévoyance et MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière.

#### IV - Les membres participants veufs.

Le veuf ou la veuve d'un membre participant peut adhérer à MGEN en tant que membre participant s'il était bénéficiaire conjoint MGEN au décès du membre participant. Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN International Santé Prévoyance et MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière.

#### V - Les membres participants orphelins

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

#### VI - Les membres participants jeunes

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

Cette catégorie de membres n'est pas éligible aux offres MGEN International Santé Prévoyance, MGEN Duo et MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière.

#### VII - Les membres participants visés à l'article 7.1.2 des présents statuts.

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

## Article 10 - Membres bénéficiaires

### I - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant, à l'exception du membre participant jeune et du membre participant adhérent de l'offre Efficience Santé, peut étendre la couverture familiale :

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

dès lors que celui-ci est assuré social ou ayant droit Sécurité sociale.

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

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

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

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

### II - Les bénéficiaires enfants

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

Le membre participant adhérent de l'offre Efficience santé ne peut étendre sa couverture familiale qu'à son enfant de moins de 18 ans.

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

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

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

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

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

## Article 11 - Membres participants associés

Le membre participant adhérent de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de son offre d'origine en qualité de membre participant associé.

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

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

Le membre bénéficiaire relevant de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance et 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.

## Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

### Article 12 - Démission

#### 1 - Démission à effet du 1<sup>er</sup> janvier :

La couverture complémentaire proposée par la mutuelle est annuelle. Le membre participant a, par conséquent, la faculté de mettre fin à son adhésion à effet du 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle en cours en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1<sup>er</sup> janvier.

#### 2 - Démission en cours d'année

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

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

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

#### 3 - Décès du membre participant

L'adhésion du membre participant prend fin à son décès. La couverture de ses bénéficiaires prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

### Article 13 - Résiliation de la couverture familiale

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

La résiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la demande.

### Article 14 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

#### 1 - Suspension

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

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

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

#### 2 - Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au paragraphe précédent, sauf dans le cas d'une suspension de la garantie intervenue pour non paiement d'une cotisation annuelle fractionnée pour lequel la résiliation intervient au terme de la période annuelle considérée.

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

### Article 15 - Réticence ou fausse déclaration

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

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

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

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

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

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

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

### Article 17 - Conséquences de la démission, de la résiliation et de la déchéance

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

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

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

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

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



## ➤ Chapitre 3

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

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

#### Article 18 - Champ de recrutement

En application du décret précité :

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

Chaque employeur public peut définir :

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

**I** - Définition de catégories supplémentaires de membres participants et de membres bénéficiaires dans le cadre du référencement des ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports :

- veufs,
- orphelins,

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

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

Les membres participants adhérents de l'offre référencée par les Ministères de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, de la Culture, de la Jeunesse et des Sports sont membres participants de MGEN et MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste collectif de l'offre référencée.

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

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

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

#### Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

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

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

À défaut la couverture du bénéficiaire prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

#### Article 20 - Règles spécifiques de démission et de résiliation

Il n'est pas fait application :

- de l'article 12-2 des présents statuts pour les membres participants définis aux articles 18-1 et 18-2 des présents statuts,
- du dernier alinéa de l'article 17 des présents statuts sauf en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations

## ➤ Chapitre 4

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

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

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

#### Article 21 - Champ de recrutement

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

En application du décret d'application précité :

- le champ de recrutement est celui défini par l'employeur public pour la labellisation.



- sont membres participants les fonctionnaires, agents non titulaires de droit public et de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics rattachés.

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

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

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

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

## Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

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

Le bénéficiaire d'un membre participant décédé peut adhérer en qualité de membre participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant auquel il était rattaché. À défaut, la couverture du bénéficiaire prendra fin dans un délai de trois mois suivant le décès du membre participant. La résiliation prendra effet un mois après sa notification par lettre recommandée avec accusé de réception.

## Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

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

# TITRE 2

## ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### Chapitre I

#### Assemblée générale

#### Section I - Composition, élections

#### Article 24 - Composition

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

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

#### Article 25 - Election des délégués

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

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

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

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

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

#### I - Candidatures

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

Aucune candidature n'est recevable après cette réunion du comité de section.

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

#### 2 - Modalités d'élections

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Article 27 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

### Article 28 - Règles de quorum et de majorité

**1** - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 32, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

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

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

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

**3** - Les décisions visées au 1 du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

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

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

## Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

### Article 30 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g) l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

- h) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- i) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- j) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- k) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m) la nomination des commissaires aux comptes,
- n) les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- o) la conclusion d'une convention de substitution,
- p) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,
- q) le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

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

### Article 31 - Force exécutoire des décisions

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

### Article 32 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

## ➤ Chapitre 2

## Conseil d'administration

### Section 1 - Composition, élections

#### Article 33 - Composition et élection des membres

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

##### 1 - Conditions d'éligibilité

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

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

##### 2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

### 3 - Vacance

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

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

## Article 34 - Statut des administrateurs

### 1 - Mise à disposition

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

Le nombre maximum des postes pouvant être occupés par des fonctionnaires du ministère de l'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<sup>e</sup> anniversaire.

### 3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

### 4 - Incompatibilités

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

### 5 - Interdictions

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

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

## Article 35 - Représentation des salariés

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

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

## Section 2 - Réunions

### Article 36 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

### Article 37 - Obligation de confidentialité

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

## Article 38 - Règles de quorum et de majorité

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

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

## Article 39 - Démission d'office

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

## Section 3 - Attributions

### Article 40 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

## Article 41 - Délégations de pouvoirs

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

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

## ➤ Chapitre 3

## Président et bureau

### Section 1 - Élection et missions du président

#### Article 42 - Élection et révocation

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

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

Le président est rééligible.

## Article 43 - Vacance

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

## Article 44 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

## Section 2 - Élection et composition du bureau

### Article 45 - 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 46 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

## Chapitre 4

### Direction effective

#### Article 47 - Dirigeants effectifs

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

#### Article 48 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

#### Article 49 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

## Chapitre 5

### Organisation des sections

#### Section 1 - Les sections

##### Article 50 - 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 51 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

##### A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

## **A1 - Conditions d'éligibilité**

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

- être membre participant au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être à jour de ses cotisations au 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- être âgé de 18 ans révolus l'année précédant l'élection,
- être âgé de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- ne pas avoir été salarié de la mutuelle, des mutuelles et des organismes créés par elle ou une autre entité du groupe MGEN, au moins 3 ans avant l'élection à compter du 31 octobre de l'année précédant l'élection,
- ne pas être frappé d'incapacité juridique.

## **A2 - Contestations**

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

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

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

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

## **B - Membres de droit**

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

## **C - Membres du bureau départemental**

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

Le bureau comprend :

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

## **D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote**

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

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

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

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

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

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

## **Article 52 - Administration de la section extra métropolitaine**

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

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

## **A - Membres élus**

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

## **A1 - Conditions d'éligibilité**

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

## **A2- Suppléance**

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

## **A3 - Vacance**

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

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

## **A4 - Contestations**

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

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

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

## **B - Membres de droit**

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

## **Section 3 - Fonctionnement des sections**

### **Article 53 - Dispositions générales**

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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



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

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

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

## ➤ Chapitre 6

### Organisation financière

#### Section 1 - Produits et charges

##### Article 54 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

##### Article 55 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

##### Article 56 - Modes de placement

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

##### Article 57 - Fonds d'établissement

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

##### Article 58 - Marge de solvabilité

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

##### Article 59 - Système de garantie

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

#### Section 3 - Commissaires aux comptes

##### Article 60 - Commissaires aux comptes

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

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

#### Section 4 - Comité d'audit

##### Article 61 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

## ➤ Chapitre 7

### Fonctionnaires détachés à MGEN

##### Article 62 - Missions des détachés

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

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

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

## TITRE 3

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

##### Article 63 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 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 64 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

#### Article 65 - Paiement des cotisations

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



# STATUTS MGEN 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 Vie a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 922 002. MGEN Vie est agréée par l'arrêté du ministre chargé de la Mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

##### Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max - Hymans (15<sup>e</sup> 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, d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie par :

- le versement d'une prestation spécifique en cas de naissance d'enfant(s) (branche 21),
- le versement ou la proposition de prestations en cas de décès (branche 20).

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 et sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

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

##### Article 4 - Règlement mutualiste

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

##### Article 5 - Convention de gestion

MGEN Vie délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

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

#### ➤ Chapitre 2

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

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

##### Article 6 - Membres participants

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

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

**6-1** - Les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Vie.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Vie, 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, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 8 des présents statuts, peuvent bénéficier des prestations définies au règlement mutualiste Garanties relatives à la vie et au décès de l'offre MGEN Santé Prévoyance ou au règlement mutualiste Garanties relatives à la vie et au décès de l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

**6-2** - Les membres participants définis à l'article 2-I-1 des conditions générales du règlement mutualiste collectif sont membres participants de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste collectif de l'offre référencée.

**6-3** - Les membres participants de la Mutuelle des Affaires Étrangères et Européennes (MAEE), définis à l'article 18-3 des statuts de MGEN, sont membres participants de MGEN Vie. Ils bénéficient à ce titre et exclusivement des prestations définies au règlement mutualiste offre référencée MAEE - Garanties décès et rente de survie.

### Article 7 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

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

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

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

des personnes physiques susmentionnées.

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

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

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

### Article 8 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN, prévus aux articles 10 et 18-I des statuts de MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Vie.

### Article 9 - 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 Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 11 et 18-I des statuts de MGEN.

## Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

### Article 10 - 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 Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 12 à 17 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.

## Chapitre I

### Assemblée générale

#### Section 1 - Composition, élection

##### Article 11 - Composition

Les adhérents de MGEN, de MGEN Action sanitaire et sociale et MGEN Centres de santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Vie, il est procédé aux termes des articles 24 et 25 des statuts de MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux quatre mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

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

##### Article 12 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en 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 13 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 17, 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 voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

## Article 14 - 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 13-1 et 13-3 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 15 - 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 montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, 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.
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R. 115-6 du Code de la mutualité.

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

## Article 16 - Force exécutoire des décisions

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

## Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

## Chapitre 2 Conseil d'administration

### Section 1 - Composition, élection

#### Article 18 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres.

##### 1 - Conditions d'éligibilité

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

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

##### 2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1<sup>er</sup> tour - majorité relative au 2<sup>nd</sup> tour).

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

##### 3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

## Article 19 - 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 65ème anniversaire.

### 2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

### 3 - Incompatibilités

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

### 4 - Interdictions

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

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

## Section 2 - Réunions

### Article 20 - 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 21 - 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 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

### Article 23 - Démission d'office

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

## Section 3 - Attributions

### Article 24 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

### Article 25 - 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 26 - Election

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 27 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 4 membres dont :

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

## Section 2 - Attributions des membres du bureau

### Article 28 - 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<sup>er</sup> du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

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

En cas de décès, de démission et 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 29 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN Vie 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 30 - 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 Vie.

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 Vie, 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 31 - 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 32 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote. Une section de vote est constituée par département.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à MGEN.

#### Article 33 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour. Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

## ➤ Chapitre 6

### Organisation financière

#### Section I - Produits et charges

##### Article 34 - 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.

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

##### Article 35 - 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 36 - 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 37 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 3 000 000 €. Ce montant pourra être augmenté par la suite suivant les besoins par décision de l'assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 14-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

### Article 38 - Marge de solvabilité

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

## Section 3 - Commissaires aux comptes

### Article 39 - 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.

## Section 4 - Comité d'audit

### Article 40 - Comité d'audit

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

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

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

## TITRE 3

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

#### Article 41 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

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

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

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

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

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

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

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

## TITRE 4

### OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

#### ➤ Chapitre 1

#### Obligations des adhérents envers la mutuelle

##### Article 42 - 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 43 - 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 44 - 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 COLLECTIF

## AU 1<sup>er</sup> JUILLET 2018

|    |                          |
|----|--------------------------|
| 23 | CONDITIONS GÉNÉRALES     |
| 31 | CONDITIONS PARTICULIÈRES |
| 42 | ANNEXE 1                 |
| 49 | ANNEXE 2                 |
| 56 | ANNEXE 3                 |
| 61 | ANNEXE 4                 |



# CONDITIONS GÉNÉRALES

|   |           |
|---|-----------|
| Article 1 - Objet .....   | 26        |
| <b>TITRE I : ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION.....</b>  | <b>26</b> |
| Article 2 - Champ de recrutement .....  | 26        |
| Article 3 - Catégories de membres .....   | 27        |
| Article 4 - Adhésion - Prise d'effet et durée.....  | 27        |
| Article 5 - Modification de situation.....  | 27        |
| Article 6 - Démission et résiliation .....  | 27        |
| Article 7 - Conséquences de la démission et de la résiliation .....   | 28        |
| Article 8 - Maintien des garanties.....   | 28        |
| <b>TITRE 2: PRESTATIONS .....</b>   | <b>28</b> |
| Article 9 - Définition des prestations.....   | 28        |
| Article 10 - Délais d'attente .....   | 28        |
| Article 11 - Forclusion.....  | 28        |
| Article 12 - Fait générateur .....  | 28        |
| Article 13 - Exclusions.....  | 28        |
| Article 14 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement<br>des prestations par la Sécurité sociale..... | 28        |
| Article 15 - Maxima des remboursements au titre des garanties santé .....   | 29        |
| Article 16 - Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance.....  | 29        |
| Article 17 - Contrôle médical.....  | 29        |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>TITRE 3 : COTISATIONS</b> .....                            | <b>29</b> |
| Article 18 - Définition des cotisations.....                  | 29        |
| Article 19 - Paiement des cotisations .....                   | 29        |
| Article 20 - Évolution des cotisations .....                  | 29        |
| Article 21 - Majoration des cotisations .....                 | 29        |
| <b>TITRE 4 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b> .....                 | <b>29</b> |
| Article 22 - Subrogation.....                                 | 29        |
| Article 23 - Prescription.....                                | 30        |
| Article 24 - Réclamations - Médiation.....                    | 30        |
| Article 25 - Territorialité.....                              | 30        |
| Article 26 - Informatique et libertés .....                   | 30        |
| Article 27 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles ..... | 30        |
| Article 28 - Respect du cahier des charges .....              | 30        |

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

**MGEN**, Mutuelle générale de l'Éducation nationale (SIREN n°775 685 399), **MGEN Vie** (SIREN n°441 922 002), dont le siège social est sis 3 square Max Hymans 75 748 Paris Cedex 15, et **Harmonie Fonction publique** (SIREN 790 314 017), dont le siège social est sis 8, rue du Helder, 75009 Paris, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ci-après désignées ensemble ou séparément « la Mutuelle », ont obtenu le référencement de la présente Offre, en vue de la protection sociale complémentaire des agents des ministères sociaux, à savoir le Ministère des Solidarités et de la Santé, le Ministère du Travail, le Ministère de l'Éducation nationale et le Ministère des Sports et des établissements publics qui leurs sont rattachés (hors établissements publics industriels et commerciaux).

Et ont conclu à ce titre une convention de référencement, à effet du 1<sup>er</sup> juillet 2018 et pour une durée de 7 ans, avec les ministères précités.

**L'Offre est organisée par :**

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

Lesquelles constituent le Règlement mutualiste collectif de l'Offre.

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

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

## Article 1 - Objet

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

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

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

Les garanties frais de santé sont coassurées par MGEN et Harmonie Fonction Publique, les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité sont assurées par MGEN et les garanties invalidité permanente et absolue et décès sont assurées par MGEN Vie.

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

## TITRE I

### ADHÉSION, DÉMISSION ET RÉSILIATION

#### Article 2 - Champ de recrutement

La présente Offre référencée est ouverte :

- aux agents relevant des ministères sociaux,
- à leurs ayants droit et ayants cause,

Tels que définis ci-après.

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

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

- les agents titulaires (fonctionnaires),
- les agents non titulaires de droit public (contractuels),
- les stagiaires (pré-titularisation),
- les retraités (actuels et futurs),
- les ayants cause (à savoir les veufs(ves) et orphelins des fonctionnaires, fonctionnaires stagiaires, contractuels et retraités décédés).

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

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

Sont exclus du dispositif, les personnels de droit privé et les vacataires.

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

- son conjoint, tel que défini à l'article 143 du Code civil, non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son partenaire d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), tel que défini à l'article 515-1 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle,
- son concubin (au sens de l'article 515-8 du Code civil) exerçant ou non une activité professionnelle.

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

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

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

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

### Article 3 - Catégories de membres

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

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

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

### Article 4 - Adhésion - Prise d'effet et durée

#### 4-1. Conditions et modalités

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

Pour les garanties frais de santé, le Membre Participant a le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Santé 1/Santé 2/Santé 3/Santé 4).

Le Membre Participant ayant opté pour la formule Santé 2, Santé 3 ou Santé 4 a la possibilité de compléter ses garanties santé en adhérant à la surcomplémentaire.

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

Pour les garanties prévoyance, dans le cadre du couplage des garanties santé et prévoyance obligatoire pour le Membre Participant actif, celui-ci a également le choix entre l'une ou l'autre des quatre formules dont le détail figure aux Conditions Particulières (Prévoyance 1/Prévoyance 2/Prévoyance 3/Prévoyance 4).

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

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

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

#### 4-2. Prise d'effet et durée

**L'adhésion et/ou l'extension de la couverture familiale et le cas échéant l'adhésion à la surcomplémentaire lorsqu'elle intervient simultanément, prennent effet au 1<sup>er</sup> jour :**

- du mois de la demande,
- du mois suivant la demande pour le Membre Participant ou Bénéficiaire déjà couvert par une offre du groupe MGEN,
- ou, dans tous les cas, du mois indiqué librement par le Membre Participant dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande, sous réserve qu'il demeure dans le champ de recrutement.

**L'adhésion à la surcomplémentaire prend effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.**

Toute demande d'adhésion doit être dûment signée et complétée.

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

### Article 5 - Modification de situation

**Le Membre Participant s'engage à informer, dans un délai de 15 jours, la Mutuelle de toutes modifications énoncées ci-après :**

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

### Article 6 - Démission et résiliation

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

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

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

#### 6-2. Décès du Membre Participant

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

Le Bénéficiaire du Membre Participant décédé peut, en tant qu'ayant cause tel que défini à l'article 2-1 des présentes, adhérer en qualité de Membre Participant s'il fait acte d'adhésion dans un délai de trois mois suivant le décès du Membre participant auquel il était rattaché. Durant ce délai, le Membre Bénéficiaire bénéficie du maintien des garanties dans les conditions antérieures. À défaut d'adhésion, la couverture du Membre Bénéficiaire prend fin dans le délai de trois mois suivant le décès du Membre Participant.

#### 6-3. Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture d'un ou des Membres Bénéficiaires ne peut être demandée que par le Membre Participant par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Mutuelle.

La résiliation prend effet le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>e</sup> mois suivant la demande.

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

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

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

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

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

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

## Article 7 - Conséquences de la démission et de la résiliation

La Mutuelle rembourse au Membre Participant la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la démission ou de la résiliation.

La démission et la résiliation entraîne la perte de la qualité de Membre Participant ainsi que la fin de l'extension de la couverture familiale.

En cas de résiliation à l'initiative du Membre Participant, le versement des prestations en cours de service ou d'acquisition est interrompu. Cette interruption concerne les allocations journalières et les allocations d'invalidité. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions de droits étaient antérieurement réunies, telles que prévues aux Conditions Particulières.

## Article 8 - Maintien des garanties

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

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

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

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

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

### 8-3. En cas de radiation des effectifs

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

### 8-4. En cas de congé

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

## TITRE 2

## PRESTATIONS

### Article 9 - Définition des prestations

Le détail des prestations offertes aux Membres Participants et à leurs Bénéficiaires figure, pour chacune des quatre formules Santé (Santé 1/Santé 2/Santé 3/Santé 4), la formule surcomplémentaire et des quatre formules Prévoyance (Prévoyance 1/Prévoyance 2/Prévoyance 3/Prévoyance 4), aux Conditions Particulières.

### Article 10 - Délais d'attente

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

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

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

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

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

### Article 11 - Forclusion

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

### Article 12 - Fait générateur

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

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

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

### Article 13 - Exclusions

Le détail des exclusions est défini aux Conditions Particulières.

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

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

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

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

### Article 15 - Maxima des remboursements au titre des garanties santé

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

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

### Article 16 - Maxima des prestations au titre des garanties prévoyance

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

### Article 17 - Contrôle médical

Lors d'une demande de prestation ou ultérieurement en cours de service, la Mutuelle peut procéder à un contrôle médical.

La Mutuelle n'est pas tenue par l'avis de la Sécurité sociale et si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conduit à un arrêt injustifié, elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

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

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

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

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

## TITRE 3

### COTISATIONS

#### Article 18 - Définition des cotisations

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

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

Les définitions et modalités de calcul des cotisations, dénommées ensemble ou séparément «la cotisation», sont définies pour chacune des quatre formules Santé (Santé 1/Santé 2/Santé 3/Santé 4), la surcomplémentaire et chacune des quatre formules Prévoyance (Prévoyance 1/Prévoyance 2/Prévoyance 3/Prévoyance 4) et pour chacune des catégories de membres, aux Conditions Particulières.

#### Article 19 - Paiement des cotisations

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

#### Article 20 - Évolution des cotisations

##### 20-1. Évolution annuelle des cotisations

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018 et jusqu'au 31 décembre 2020, les cotisations des garanties frais de santé et des garanties prévoyance telles que prévues aux Conditions Particulières ne feront l'objet d'aucune revalorisation ou actualisation.

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

Au-delà de ce délai, les cotisations des garanties frais de santé d'une part et celles des garanties prévoyance d'autre part feront l'objet d'une revalorisation ne pouvant excéder 2,5% par an.

##### 20-2. Évolution exceptionnelle des cotisations

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

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

#### Article 21 - Majoration des cotisations

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

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

## TITRE 4

### DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### Article 22 - Subrogation

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

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

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

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

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

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



## Article 23 - Prescription

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

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

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

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

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

## Article 24 - 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 09 72 72 23 24 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse de la Mutuelle,
- en points d'accueil.

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

### **MGEN – Centre de traitement de Marseille 13411 MARSEILLE CEDEX 20**

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

### **MGEN - Monsieur le Médiateur 3, square Max-Hymans 75748 Paris Cedex 15**

- par mail à l'adresse suivante : [mediation@mgen.fr](mailto:mediation@mgen.fr)
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

## Article 25 - Territorialité

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

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

## Article 26 - Informatique et libertés

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 pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pour organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires.

La non-fourniture des données a pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance.

Par sa signature, le membre participant garantit qu'il a pouvoir ou autorité pour agir au nom et pour le compte de ses ayants droit pour ce qui concerne les données à caractère personnel fournies.

Les données sont destinées aux personnels habilités de la mutuelle et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 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, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sauf opposition de sa part, les données à caractère personnel du membre participant pourront être utilisées dans le cadre de profilage.

Toute demande d'exercice de ces droits peut être envoyée, accompagnée d'un justificatif d'identité par courrier postal à l'adresse : MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Protection des données - CS 10601 La Verrière - 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également être faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>.

Le membre participant peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

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

## Article 27 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

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

## Article 28 - Respect du cahier des charges

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

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

# CONDITIONS PARTICULIÈRES

|   |    |
|---|----|
| TITRE 1 : LES FORMULES .....  | 33 |
| Article 1 - Les formules de garanties .....                                 | 33 |
| Article 2 - Les changements de formules .....                               | 33 |
| TITRE 2 : LES PRESTATIONS .....   | 33 |
| Chapitre 1 - Garanties frais de santé .....                                 | 33 |
| Article 3 - Objet de la garantie .....                                      | 33 |
| Article 4 - Maladie.....  | 33 |
| Article 5 - Forfait prévention et médecines douces .....                    | 34 |
| Article 6 - Hospitalisation .....   | 34 |
| Article 7 - Dispense d'avance de frais .....                                | 35 |
| Article 8 - Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir..... | 35 |
| Article 9 - Exclusions .....  | 35 |
| Chapitre 2 - Garanties prévoyance .....                                     | 35 |
| Article 10 - Incapacité temporaire de travail.....                          | 35 |
| Article 11 - Invalidité .....   | 37 |
| Article 12 - Invalidité Permanente et Absolue/Décès.....                    | 38 |
| Chapitre 3 - Assistance .....   | 39 |
| Article 13 - Prestations d'assistance .....                                 | 39 |
| Chapitre 4 - Action sociale .....   | 39 |
| Article 14 - Handicap .....   | 39 |
| Article 15 - Prestation particulière handicap.....                          | 39 |
| Article 16 - Orphelinat.....  | 39 |
| Article 17 - Aide au mutualiste aidant .....                                | 40 |
| TITRE 3 : LES COTISATIONS .....   | 40 |
| Article 18 - Cotisations des Membres Participants.....                      | 40 |
| Article 19 - Cotisations des Membres Bénéficiaires .....                    | 40 |
| TITRE 4 : LES GARANTIES OPTIONNELLES .....                                  | 41 |
| Article 20 - Complément d'autonomie.....                                    | 41 |
| Article 21 - Assurance de prêts.....  | 41 |
| Article 22 - Caution Acquisition .....                                      | 41 |
| Article 23 - Prêt installation .....  | 41 |
| Article 24 - Frais d'obsèques et assistance en cas de décès .....           | 41 |
| Article 25 - Rassurcap Solutions .....                                      | 41 |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>ANNEXE 1 : TABLEAUX DE PRESTATIONS.....</b>   | <b>42</b> |
| <b>ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION PRESTATIONS D'ASSISTANCE<br/>EN CAS D'HOSPITALISATION .....</b> | <b>49</b> |
| <b>ANNEXE 3 : NOTICE D'INFORMATION PROTECTION JURIDIQUE .....</b>                                  | <b>56</b> |
| <b>ANNEXE 4 : TABLEAUX DE COTISATIONS .....</b>  | <b>61</b> |

## TITRE I

### LES FORMULES

#### Article 1 - Les formules de garanties

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

|                             |         |         |         |         |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Garanties<br>Frais de santé | Santé 1 | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|

Le Membre Participant ayant opté pour la formule Santé 2, Santé 3 ou Santé 4 a la possibilité de compléter ses garanties santé en adhérant à la surcomplémentaire.

L'adhésion à cette offre donne lieu au versement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

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

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

|                         |                 |                 |                 |                 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Garanties<br>Prévoyance | Prévoyance<br>1 | Prévoyance<br>2 | Prévoyance<br>3 | Prévoyance<br>4 |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|

#### Article 2 - Les changements de formules

En cours d'adhésion, le Membre Participant peut solliciter un changement de formule santé ou, pour le seul Membre Participant actif, de formule prévoyance, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 24 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit au moins 2 mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre, date de réception par la Mutuelle.

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

La nouvelle formule prend effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande.

Aucune demande de changement de formule Prévoyance n'est possible dès lors que l'adhérent est en arrêt de travail à la date de la demande.

En cas de changements de formules non concomitants en santé et en prévoyance, le délai de 24 mois commence à courir à compter du dernier changement de formule effectué.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le Membre Participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement. Dans ce cas, la nouvelle formule prend effet le 1er jour du 4e mois qui suit sa demande.

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

## TITRE 2

### LES PRESTATIONS

#### ➤ Chapitre I

#### Garanties frais de santé

##### Article 3 - Objet de la garantie

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

L'étendue et le montant des garanties (Voir Annexe 1 – Tableaux des prestations) peuvent prévoir la prise en charge des frais qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie.

##### Article 4 - Maladie

Les prestations maladie sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable et de ses articles d'application R.871-1 et R.871-2.

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

Le droit à prestation est apprécié à la date des soins (date d'exécution de l'acte, date de délivrance des produits et prestations). Pour l'orthodontie, le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque fraction de traitement.

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

Les prestations suivantes sont servies en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie, dans les conditions et modalités prévues aux présentes et selon les montants indiqués aux Tableaux des prestations (Annexe 1) :

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

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

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

- **Chirurgie réfractive de l'œil** : La prestation est versée pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste.
- **Médicaments et contraceptifs** : La prestation est versée pour les médicaments et les contraceptifs non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestations est apprécié à la date d'achat.

- **Sevrage tabagique :** La prestation est versée pour les traitements nicotiques de substitution. Elle est servie après épuisement du forfait versé par la Sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie.
- **Ostéodensitométrie :** La prestation est versée pour le remboursement des actes d'ostéodensitométrie non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date d'exécution de l'acte.
- **Vaccins :** La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte dans un centre agréé de vaccination.

## Article 5 - Forfait prévention et médecines douces

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

### 5-1. Ostéopathie

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

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

### 5-2. Psychothérapie

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

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

### 5-3. Acupuncture

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

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

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

### 5-4. Diététicien

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

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

### 5-5. Nutritionniste

La prestation est versée pour les consultations de nutrition, effectuées par un médecin titulaire d'un diplôme reconnu par l'État lui permettant l'exercice particulier de nutritionniste.

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

Lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré

aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens - OPTAM CO), alors la prestation peut être versée sur la part des honoraires du médecin au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et après intervention de la Mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

### 5-6. Chiropracteur

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

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

### 5-7. Psychomotricien

La prestation est versée pour le remboursement des séances et des bilans de psychomotricité non remboursés par la Sécurité sociale, réalisés par un psychomotricien, autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

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

### 5-8. Podologue – Pédicure

La prestation est versée pour le remboursement des soins non remboursés par la Sécurité sociale, effectués par un podologue ou un pédicure, autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

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

### 5-9. Autres prestations

La prestation est versée pour le remboursement des séances de shiatsu, réflexologie, étiothérapie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et micro kinésithérapie non remboursées par la Sécurité sociale, réalisées 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 Mutuelle verse également à chaque Membre Participant ou Bénéficiaire un forfait individuel, par année civile en euros pour chacun des actes suivants réalisés par un professionnel de santé autorisé :

- amniocentèses non prises en charge par la Sécurité sociale ;
- caryotypes fœtaux non pris en charge par la Sécurité sociale.

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

## Article 6 - Hospitalisation

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

### 6-1. Champ d'intervention

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

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

### 6-2. Conditions de remboursement

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

### 6-3. Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

- les frais de séjours comprenant les frais d'hébergement, les soins, les produits pharmaceutiques, les frais de salle d'opération, les frais d'anesthésie,
- les actes et traitements effectués au cours de l'hospitalisation,
- les frais de laboratoire,
- les appareillages, dispositifs médicaux et produits pharmaceutiques non inclus dans les frais de séjour.

Par dérogation, la Mutuelle intervient également pour le remboursement :

- des dépassements d'honoraires pratiqués par le praticien,
- de la chambre particulière pour les séjours comprenant au moins une nuitée et pour les séjours ambulatoires,
- des frais d'accompagnant,
- des fécondations in vitro remboursées ou non par la Sécurité sociale,
- des dépassements d'honoraires liés à la péridurale,
- des frais de télévision,

sous réserve des limites applicables, telles que prévues au Tableau des prestations (annexe I).

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

### 6-4. Fait générateur

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

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

### Article 7 - Dispense d'avance de frais

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

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

### Article 8 - Demande de remboursement – pièces justificatives à fournir

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

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

Pour le paiement des prestations suivantes, outre les originaux de factures datées et acquittées, sont requis :

- Psychothérapie, ostéopathe, pédicure, podologue, nutritionniste, diététicien, acupuncteur, psychomotricien, chiropracteur et micro-kinésithérapie : la présence du numéro d'identification du praticien,

- Vaccination non remboursée : la prescription médicale (sauf vaccination en centre de vaccination agréé),
- Sevrage tabagique : le(s) décompte(s) de Sécurité sociale justifiant de l'épuisement du forfait versé par cette dernière.

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

### Article 9 - Exclusions

**Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique et les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale, à l'exception de ceux figurant aux présentes Conditions Particulières.**

## ➤ Chapitre 2 Garanties prévoyance

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

Lors de son adhésion, le Membre Participant actif choisit l'assiette de traitement ou de rémunération sur la base de laquelle sont calculées les garanties prévoyance prévues au présent chapitre, étant entendu que :

- l'assiette retenue vaut pour l'ensemble des garanties prévoyance ;
- la cotisation relative aux garanties prévoyance sera basée sur la même assiette.

Dans ce chapitre, on entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

### Article 10 - Incapacité temporaire de travail

#### 10-1. Définition de la garantie

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

#### 10-2. Conditions d'attribution

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

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

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

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

### 10-3. Fait générateur

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

### 10-4. Niveaux des garanties

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

| Incapacité<br>Temporaire<br>de Travail | Prévoyance 1                                 | Prévoyance 2                                 | Prévoyance 3<br>et<br>Prévoyance 4           |
|--|--|--|--|
|  | 75 %<br>du salaire<br>annuel de<br>référence | 85 %<br>du salaire<br>annuel de<br>référence | 95 %<br>du salaire<br>annuel de<br>référence |

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

### 10-5. Montant de la prestation

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

Le niveau de garantie Incapacité Temporaire de Travail indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence tel que défini ci-après.

On entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

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

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

### 10-6. Revalorisation du montant de la prestation

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

### 10-7. Modalités et durée du versement de la prestation

Le versement de la prestation débute :

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

Les allocations journalières sont payables à terme échu.

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

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique,
- la perception d'une pension de retraite ou de vieillesse,
- la liquidation de la pension retraite pour invalidité ou l'attribution d'une pension d'invalidité,
- la reconnaissance d'une réduction de la capacité de gain d'au moins 2/3 ouvrant droit à la garantie Invalidité telle que définie à l'article 11 ci-après,
- la résiliation par le Membre Participant de sa couverture au titre du présent règlement mutualiste,
- sa démission de la Mutuelle.
- le décès du Membre Participant.

### 10-8. Justificatifs à produire

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

#### Pour une demande initiale :

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

#### Pour une prolongation :

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

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



## Article 11 - Invalidité

### 11-1. Définition de la garantie

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

Lorsque le taux d'invalidité est compris entre 33% et 66%, le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente Partielle (IPP).

Lorsque le taux d'invalidité est supérieur à 66%, le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente Totale (IPT).

### 11-2. Conditions d'attribution

Est considéré comme reconnu en invalidité le Membre Participant dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33% et qui perçoit une pension de retraite pour invalidité ou une pension/allocation d'invalidité.

Ce taux d'invalidité :

- est déterminé par la commission de réforme dans le cadre de la procédure d'invalidité pour les fonctionnaires,
- est déterminé par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'invalidité,
- ou à défaut, par le médecin-conseil de la mutuelle.

L'offre de base n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité

### 11-3. Fait générateur

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

### 11-4. Niveaux de garantie

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

| Invalidité  | Prévoyance 1  | Prévoyance 2                            | Prévoyance 3 et Prévoyance 4            |
|---|---|---|---|
| Invalidité permanente partielle (rente mensuelle) | L'offre Prévoyance 1 n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité | 55% du TIB ou du salaire de base x N/66 | 75% du TIB ou du salaire de base x N/66 |
| Invalidité permanente totale (rente mensuelle)    |   | 55% du TIB ou du salaire de base        | 75% du TIB ou du salaire de base        |

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

### 11-5. Montant de la prestation

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

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

Le salaire annuel de référence est constitué, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les contractuels, hors primes et indemnités de toute nature ;

- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

Pour le calcul de la prestation Invalidité permanente partielle, N correspond au taux d'invalidité reconnu par la commission de réforme ou par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'invalidité, ou à défaut par le médecin conseil de la mutuelle.

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

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

### 11-6. Revalorisation du montant de la prestation

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

### 11-7. Modalité et durée du versement de la prestation

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

La prestation est attribuée pour une année civile et renouvelée chaque année au 1<sup>er</sup> janvier. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu.

La prestation est versée tant que les conditions de versement sont réunies.

Le versement de la prestation prend fin le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant l'un des évènements suivants :

- la perception d'une pension de vieillesse,
- le décès du Membre Participant,
- la résiliation par le Membre Participant de sa couverture au titre du présent règlement mutualiste.
- sa démission de la Mutuelle.

Le versement de la prestation prend fin le 31 décembre de l'année où l'adhérent a atteint l'âge minimum de départ à la retraite.

### 11-8. Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents suivants :

#### Pour une demande initiale :

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

#### Pour un renouvellement :

- formulaire de renouvellement,

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

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

## Article 12 - Invalidité Permanente et Absolue/Décès

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

### 12-1. Objet

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

### 12-2. Fait générateur

Le fait générateur est soit :

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

### 12-3. Définition de l'Invalidité Permanente et Absolue

Le Membre Participant est considéré en Invalidité Permanente et Absolue et peut à ce titre se voir verser le capital prévu au titre de la garantie, dès lors qu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

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

### 12-4. Montant des prestations

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

|                  | Prévoyance 1                       | Prévoyance 2                        | Prévoyance 3                        | Prévoyance 4   |
|------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <b>IPA Décès</b> | 70% du salaire annuel de référence | 100% du salaire annuel de référence | 130% du salaire annuel de référence | 200% du TIB ou salaire de base + majoration pour enfant à charge de 5000 € |

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

Le niveau de garantie IPA/Décès indiqué s'entend en pourcentage du salaire annuel de référence tel que défini ci-après.

On entend par salaire annuel de référence, selon le choix opéré par le Membre Participant Actif lors de son adhésion :

- le TIB pour les fonctionnaires et le salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- le traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

## 12-5. Bénéficiaires des prestations garanties

### 12-5-1. En cas d'Invalidité Permanente Absolue

La prestation est versée au Membre Participant.

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

### 12-5-2. En cas de décès

#### 12-5-2-1. Désignation du/des bénéficiaire(s)

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

À défaut de désignation expresse, la prestation est versée :

- 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 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.

#### 12-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du Membre Participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le Membre Participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'à lui seul.

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

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

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

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

### 12-5-3 Bénéficiaires de la majoration pour charge de famille

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

- aux enfants eux-mêmes, lorsqu'ils sont majeurs,
- lorsqu'ils sont mineurs, sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

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 ou de plus de 20 ans et bénéficier de l'allocation adulte handicapé ou être titulaire d'une carte d'invalidité / carte mobilité inclusion,
- être à la charge du Membre Participant ou du bénéficiaire conjoint de manière effective et permanente.

### 12-6. Risques exclus

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

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

### 12-7. Modalités de gestion et justificatifs

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

Justificatifs en cas d'Invalidité Permanente Absolue :

- un certificat médical attestant que l'IPA met le Membre Participant dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3<sup>e</sup> catégorie,
- une copie de l'attribution de la pension retraite pour invalidité portant la mention de l'octroi d'une majoration pour tierce personne ;
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

Justificatifs en cas de décès :

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

### 12-8. Fin de la prestation

La garantie cesse de produire ses effets :

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

## ➤ Chapitre 3 Assistance

### Article 13 - Prestations d'assistance

Le Membre Participant et le Membre Bénéficiaire Conjoint bénéficient des prestations d'assistance prévues au contrat d'assurance collectif « Assistance » souscrit par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA), en vue notamment des prestations d'accompagnement personnalisé suivantes :

- solutions d'assistance suite à une hospitalisation prévue ou imprévue,
- solutions pour faire face à certains imprévus : notamment la garde d'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation,
- prestations de protection juridique.

Les conditions de cette offre figurent dans les notices d'information annexées au présent règlement mutualiste collectif.

## ➤ Chapitre 4 Action sociale

### Article 14 - Handicap

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

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

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

### Article 15 - Prestation particulière handicap

Le Membre Participant ou Bénéficiaire percevant une allocation handicap peut, pour des frais ponctuels liés au handicap tels que le matériel lourd et l'aménagement du domicile ou du véhicule, bénéficier d'une prestation spécifique de la Mutuelle.

### Article 16 - Orphelinat

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

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

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

L'allocation est versée :

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

L'allocation est maintenue tant que l'orphelin conserve la qualité de Bénéficiaire, sauf s'il exerce une activité professionnelle et perçoit à ce titre un salaire brut annuel supérieur à 12 fois le Salaire Mensuel d'Appoint Limite (SMAL).

La valeur du SMAL est égale à 55% du SMIC mensuel brut calculé sur la base de 169 heures.

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

## Article 17 - Aide au mutualiste aidant

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

## TITRE 3

### LES COTISATIONS

#### Article 18 - Cotisations des Membres Participants

##### 18-1. Membres Participants actifs

La cotisation de la garantie Frais de santé est forfaitaire et déterminée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant actif : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant actif.
- 3 - l'indice nouveau majoré (INM) reconstitué à partir du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires ou du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public.

Huit tranches d'âges sont définies :

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

Treize tranches d'indices sont définies :

- de 0 à 99
- de 100 à 199 ;
- de 200 à 299 ;
- de 300 à 399 ;
- de 400 à 499 ;
- de 500 à 599 ;
- de 600 à 699 ;
- de 700 à 799 ;
- de 800 à 899 ;
- de 900 à 999 ;
- de 1 000 à 1 099 ;
- de 1 100 à 1 199 ;
- à partir de 1 200.

La cotisation de la garantie prévoyance est déterminée en fonction :

- 1 - la formule de garantie Prévoyance choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant actif : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant actif.

Deux tranches d'âge sont définies :

- inférieur ou égal à 30 ans ;
- à partir de 31 ans.

La cotisation est exprimée, selon le choix exercé par le Membre Participant actif lors de l'adhésion, en pourcentage :

- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires et du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public, hors primes et indemnités de toute nature ;
- du traitement indiciaire brut pour les fonctionnaires ou du salaire de base brut pour les agents contractuels de droit public auquel s'ajoute les primes de toute nature.

##### 18-2. Membres Participants retraités

La cotisation est forfaitaire et déterminée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie,
- 2 - l'âge du Membre Participant retraité : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant retraité.
- 3 - l'INM reconstitué à partir des pensions brutes pour les anciens fonctionnaires et les anciens agents contractuels de droit public.

Deux tranches d'âges sont définies :

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

Treize tranches d'indices sont définies :

- de 0 à 99
- de 100 à 199 ;
- de 200 à 299 ;
- de 300 à 399 ;
- de 400 à 499 ;
- de 500 à 599 ;
- de 600 à 699 ;
- de 700 à 799 ;
- de 800 à 899 ;
- de 900 à 999 ;
- de 1 000 à 1 099 ;
- de 1 100 à 1 199 ;
- à partir de 1 200.

##### 18-3. Veufs et Orphelins

Pour le Membre Participant veuf, la cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie
- 2 - l'âge du Membre participant veuf : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année civile d'assurance et l'année de naissance du Membre Participant veuf.

Dix tranches d'âges sont définies :

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

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

#### Article 19 - Cotisations des Membres Bénéficiaires

La cotisation du Membre Participant, définie à l'article 18 ci-dessus, est familiale. Elle est majorée le cas échéant par une cotisation par Membre Bénéficiaire Conjoint ou enfant.

##### 19-1. Bénéficiaire conjoint

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant,
- 2 - l'âge du Bénéficiaire conjoint : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du Bénéficiaire conjoint.

Dix tranches d'âges sont définies :

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

## 19-2. Bénéficiaires enfants

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de :

- 1 - la formule de garantie Frais de santé choisie par le Membre Participant,
- 2 - l'âge du Bénéficiaire enfant : l'âge à considérer est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du Bénéficiaire enfant.

Trois catégories sont définies :

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

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

La cotisation n'est pas due à compter du 3<sup>e</sup> enfant couvert, dès lors qu'au moins trois Bénéficiaires enfants sont rattachés au même Membre Participant.

Cette gratuité s'applique à la cotisation du /des Bénéficiaire(s) enfant le(s) plus jeune(s) dans l'ordre des dates de naissance, à compter du 3<sup>e</sup> enfant couvert.

## TITRE 4

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

Au-delà de l'Offre référencée, la Mutuelle propose des prestations annexes à titre optionnel et notamment :

#### Article 20 - Complément d'autonomie

Le Membre Participant et le Membre Bénéficiaire conjoint ont la faculté d'adhérer au contrat d'assurance collectif « Complément autonomie MGEN » souscrit par MGEN auprès de CNP Assurances, en vue de bénéficier d'une prestation financière de rente et d'une garantie capital en cas de perte d'autonomie ou de dépendance.

Dans ce cadre, ils peuvent également bénéficier de services d'assistance proposés au titre d'un contrat collectif souscrit par MGEN auprès d'IMA Assurances ainsi que de services d'information et de conseils.

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

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

#### Article 21 - Assurance de prêts

Le Membre Participant, le co-emprunteur et la caution personne physique, sous réserve de présenter une demande d'adhésion conjointe avec le Membre Participant, ont la faculté d'adhérer au contrat d'assurance collectif de prêts souscrit par MGEN auprès de CNP Assurances et CNP Caution pour couvrir certains risques destinés :

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

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

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

#### Article 22 - Caution Acquisition

Le Membre Participant, en sa qualité d'emprunteur principal, le co-emprunteur et la caution personne physique a (ont) la faculté d'adhérer à la garantie « caution acquisition » ayant pour objet la couverture du remboursement des prêts immobiliers, contractés auprès d'organismes conventionnés avec MGEN, lorsqu'ils ne peuvent plus faire face à leurs obligations de remboursement de leurs échéances de prêts.

L'adhésion à cette garantie donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

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

#### Article 23 - Prêt installation

Le Membre Participant a la faculté de souscrire un « Prêt installation MGEN-Casden » accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par MGEN et la Casden).

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

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

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

#### Article 24 - Frais d'obsèques et assistance en cas de décès

Le Membre Participant et le Membre Bénéficiaire conjoint ont la faculté d'adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par MGEN auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :

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

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

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

#### Article 25 - Rassicap Solutions

Le Membre Participant ou le Membre Bénéficiaire conjoint âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassicap Solutions » assuré par Parnasse-MAIF.

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

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

# ANNEXE I

## TABLEAUX DE PRESTATIONS

### FRAIS DE SANTÉ

| PRESTATIONS   | <i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i><br>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.<br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |         |         |         |                    |
|---|---|---------|---------|---------|--------------------|
|   | Santé 1   | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
| <b>MÉDECINE COURANTE</b>  |   |         |         |         |                    |
| <b>HONORAIRES</b>   |   |         |         |         |                    |
| Consultations / Visites médecins généralistes avec OPTAM/OPTAM-CO*        | 100% BR   | 100% BR | 140% BR | 140% BR | -                  |
| Consultations / Visites médecins généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO*        | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 120% BR | -                  |
| Consultation / Visite médecins spécialistes avec OPTAM/OPTAM-CO*          | 100% BR   | 130% BR | 160% BR | 200% BR | -                  |
| Consultation / Visite médecins spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO*          | 100% BR   | 110% BR | 140% BR | 180% BR | -                  |
| Actes Techniques Médicaux avec OPTAM/OPTAM-CO*                            | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 120% BR | -                  |
| Actes Techniques Médicaux hors OPTAM/OPTAM-CO*                            | 100% BR   | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |
| Honoraires des sages femmes   | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 120% BR | -                  |
| Honoraires des auxiliaires médicaux                                       | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 120% BR | -                  |
| <b>RADIOLOGIE</b>   |   |         |         |         |                    |
| Actes de radiologie et d'imagerie avec OPTAM/OPTAM-CO*                    | 100% BR   | 130% BR | 140% BR | 160% BR | -                  |
| Actes de radiologie et d'imagerie hors OPTAM/OPTAM-CO*                    | 100% BR   | 110% BR | 120% BR | 140% BR | -                  |
| Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (par acte) | 50€   | 50€     | 50€     | 50€     | -                  |
| <b>LABORATOIRE</b>  |   |         |         |         |                    |
| Actes d'anatomie et de cytologie biologique                               | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 140% BR | -                  |
| Analyses et examens de laboratoires                                       | 100% BR   | 100% BR | 120% BR | 140% BR | -                  |

\*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.



| PRESTATIONS  | Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale<br>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.<br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |             |             |             |                    |
|--|--|-------------|-------------|-------------|--------------------|
|  | Santé 1  | Santé 2     | Santé 3     | Santé 4     | Sur-complémentaire |
| <b>PHARMACIE : MÉDICAMENTS, PRODUITS DE LA PHARMACOPÉE OU PRÉPARATIONS MAGISTRALES</b>   |  |             |             |             |                    |
| Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 65%)   | 100% BR  | 100% BR     | 100% BR     | 100% BR     | -                  |
| Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 30%)  | Sécurité sociale (30% BR)  | 100% BR     | 100% BR     | 100% BR     | -                  |
| Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 15%)  | Sécurité sociale (15% BR)  | 100% BR     | 100% BR     | 100% BR     | -                  |
| Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale   | 100% BR  | 100% BR     | 100% BR     | 100% BR     | -                  |
| Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale   | -  | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | -                  |
| Médicaments et contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale  | -  | 40€         | 50€         | 60€         | -                  |
| Substituts nicotiques dont Sécurité sociale 150€ (sur prescription médicale et par année civile)   | 200€   | 200€        | 225€        | 250€        | -                  |
| Substituts nicotiques pour les femmes enceintes et les personnes âgées de 20 à 30 ans dont Sécurité sociale 150€ (sur prescription médicale et par année civile) | 200€   | 200€        | 225€        | 250€        | -                  |

| PRESTATIONS   | Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale |         |         |         |                    |
|---|--|---------|---------|---------|--------------------|
|   | Santé 1  | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
| <b>FORFAIT PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES</b><br>Selon les conditions définies à l'article 5 des Conditions particulières |  |         |         |         |                    |
| Ostéopathie   |  |         |         |         |                    |
| Psychothérapie  |  |         |         |         |                    |
| Acupuncture   |  |         |         |         |                    |
| Diététicien   |  |         |         |         |                    |
| Nutritionniste  |  |         |         |         |                    |
| Chiropracteur   | -  | 100€    | 120€    | 140€    | 100€               |
| Psychomotricien   |  |         |         |         |                    |
| Podologue/Pédicure  |  |         |         |         |                    |
| Shiatsu, réflexologie, étioopathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et micro kinésithérapie.                     |  |         |         |         |                    |
| Amniocentèse par année civile   | -  | 65€     | 80€     | 100€    | -                  |
| Caryotype fœtal par année civile  | -  | 120€    | 135€    | 150€    | -                  |



| PRESTATIONS  | <i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i><br><b>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.</b><br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |             |             |             |                    |
|--|--|-------------|-------------|-------------|--------------------|
|  | Santé 1  | Santé 2     | Santé 3     | Santé 4     | Sur-complémentaire |
| <b>HOSPITALISATION</b>   |  |             |             |             |                    |
| Selon les conditions définies à l'article 6 des Conditions particulières   |  |             |             |             |                    |
| Forfait journalier   | Frais Réels  | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | -                  |
| Frais de séjour  | 100% BR  | 100% BR     | 150% BR     | 180% BR     | -                  |
| Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale (18€)                           | Frais Réels  | Frais Réels | Frais Réels | Frais Réels | -                  |
| <b>HONORAIRES</b>  |  |             |             |             |                    |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux avec OPTAM/OPTAM-CO**  | 100% BR  | 150% BR     | 200% BR     | 300% BR     | -                  |
| Honoraires médicaux et chirurgicaux hors OPTAM/OPTAM-CO**  | 100% BR  | 130% BR     | 180% BR     | 200% BR     | -                  |
| Dépassement sur péridurale**   | -  | 50€         | 70€         | 80€         | -                  |
| Fécondation in vitro (par acte)**  | 85€  | 85€         | 85€         | 85€         | -                  |
| <b>FRAIS LIÉS À L'HÉBERGEMENT : CHAMBRES PARTICULIÈRES</b>   |  |             |             |             |                    |
| Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité***                         | -  | 40€         | 55€         | 70€         | 20€                |
| Chambre particulière avec nuitée en unités de Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an)***                       | -  | 30€         | 50€         | 60€         | -                  |
| Chambre particulière avec nuitée en unités de Soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an)*** | -  | 20€         | 40€         | 50€         | -                  |
| Chambre particulière en ambulatoire***   | -  | 15€         | 25€         | 25€         | 5€                 |
| <b>AUTRES FRAIS LIÉS À L'HÉBERGEMENT</b>   |  |             |             |             |                    |
| Forfait télévision (par jour)  | -  | 2€          | 3€          | 5€          | -                  |
| Forfait d'accompagnement (par jour)****  | 25€  | 30€         | 35€         | 35€         | -                  |
| <b>TRANSPORT</b>   |  |             |             |             |                    |
| Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale  | 100% BR  | 100% BR     | 100% BR     | 100% BR     | -                  |

\*\* Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Pour les dépassements sur péridurale et fécondation in vitro remboursés par la sécurité sociale, limitation aux actes réalisés par les médecins adhérents aux dispositifs de pratiques tarifaire maîtrisée.

\*\*\* Pour la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires), si le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un établissement conventionné avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), il peut bénéficier de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations définies ci-dessus.

\*\*\*\* Pour les enfants de moins de 16 ans, les enfants handicapés quel que soit l'âge et pour accompagner les personnes de plus de 70 ans.

| PRESTATIONS   | Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale<br>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.<br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |         |         |         |                    |
|---|--|---------|---------|---------|--------------------|
|   | Santé 1  | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
|   | <b>OPTIQUE</b>   |         |         |         |                    |
| <b>LUNETTES ENFANTS</b>   |  |         |         |         |                    |
| Monture   | 100% BR  | 45 €    | 65 €    | 80 €    | -                  |
| Verre unifocal simple   | 100% BR  | 35 €    | 50 €    | 70 €    | 30 €               |
| Verre unifocal complexe   | 100% BR  | 85 €    | 90 €    | 100 €   | 30 €               |
| Verre multifocal complexe   | 100% BR  | 95 €    | 100 €   | 110 €   | 50 €               |
| Verre multifocal très complexe  | 100% BR  | 100 €   | 110 €   | 120 €   | 50 €               |
| <b>LUNETTES ADULTES</b>   |  |         |         |         |                    |
| Monture   | 50 €   | 65 €    | 80 €    | 90 €    | 50 €               |
| Verre unifocal simple   | 20 €   | 35 €    | 40 €    | 45 €    | 30 €               |
| Verre unifocal complexe   | 75 €   | 75 €    | 80 €    | 85 €    | 30 €               |
| Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2290396/2291183)   | 75 €   | 75 €    | 100 €   | 125 €   | 50 €               |
| Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2227038/2299180)   | 75 €   | 100 €   | 130 €   | 160 €   | 50 €               |
| Verre multifocal très complexe  | 80 €   | 115 €   | 150 €   | 170 €   | 50 €               |
| <b>SUPLÉMENTS</b>   |  |         |         |         |                    |
| Suppléments optique   | 100% BR  | 120% BR | 150% BR | 200% BR | -                  |
| <b>LENTILLES</b>  |  |         |         |         |                    |
| Lentilles de contact prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)     | 100 €  | 140 €   | 160 €   | 180 €   | 50 €               |
| Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile) |  |         |         |         |                    |
| <b>AUTRES SOINS</b>   |  |         |         |         |                    |
| Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)  | -  | 250 €   | 350 €   | 450 €   | -                  |

Quand le Membre Participant ou le Membre Bénéficiaire a recours à un opticien lunetier agréé OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles correctrices dans la limite des prestations définies ci-dessus. Les coordonnées des opticiens lunetiers agréés OPTISTYA ou e-OPTISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr. Les lunettes (monture et verres) sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

LIMITES DE REMBOURSEMENT pour les lunettes :

Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'adhésion.

À partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'adhésion.

Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la

présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

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

Afin de respecter la réglementation, le Membre Participant ou le Bénéficiaire accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

| PRESTATIONS   | <i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i><br><b>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.</b><br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |         |         |         |                    |
|---|--|---------|---------|---------|--------------------|
|   | Santé 1  | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
|   | <b>DENTAIRE</b>  |         |         |         |                    |
| <b>SOINS</b>  |  |         |         |         |                    |
| Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue avec OPTAM/OPTAM-CO* ou par un chirurgien-dentiste | 100% BR  | 100% BR | 120% BR | 140% BR | -                  |
| Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue hors OPTAM/OPTAM-CO*                               | 100% BR  | 100% BR | 100% BR | 120% BR | -                  |
| Inlay / Onlay   | 100% BR  | 150% BR | 200% BR | 250% BR | -                  |
| Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par année civile)   | -  | 250€    | 300€    | 400€    | -                  |
| <b>SOINS PROTHÉTIQUES PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>  |  |         |         |         |                    |
| Inlay-Core  | 100% BR  | 150% BR | 175% BR | 200% BR | 30% BR             |
| Prothèse dentaire   | 125% BR  | 300% BR | 350% BR | 400% BR | 100% BR            |
| Rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)  | 100% BR  | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |
| Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)  | -  | 200€    | 200€    | 200€    | -                  |
| <b>SOINS PROTHÉTIQUES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>  |  |         |         |         |                    |
| Prothèse dentaire transitoire (par prothèse)  | -  | 30€     | 50€     | 50€     | -                  |
| Prothèse fixe (par prothèse)  | -  | 150€    | 300€    | 430€    | 100€               |
| <b>IMPLANTOLOGIE</b>  |  |         |         |         |                    |
| Actes d'implantologie pris en charge ou non par la Sécurité sociale   | 100% BR  | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |
| Couronne sur implant prise en charge la Sécurité sociale  | 100% BR  | 300% BR | 350% BR | 400% BR | -                  |
| Implant racine pris en charge ou non par la Sécurité sociale (maximum 2 implants par années civiles)  | 100% BR (si remboursement Sécurité sociale)  | 450€    | 650€    | 800€    | -                  |
| <b>ORTHODONTIE PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>  |  |         |         |         |                    |
| Traitement actif d'orthodontie  | 125% BR  | 250% BR | 350% BR | 400% BR | -                  |
| 1 <sup>ère</sup> année de contention  | 100% BR  | 250% BR | 250% BR | 250% BR | -                  |
| 2 <sup>ème</sup> année de contention et autres soins d'orthodontie  | 100% BR  | 250% BR | 250% BR | 250% BR | -                  |
| <b>ORTHODONTIE NON PRISE EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>  |  |         |         |         |                    |
| Traitement actif d'orthodontie ou 1 <sup>ère</sup> année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)   | 70% BR   | 350€    | 350€    | 450€    | -                  |

\*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un Centre dentaire relevant du Réseau National des Centres de Santé Mutualistes (RNCSM), il bénéficie d'un panier de soins à tarifs négociés et de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.

| PRESTATIONS   | <i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i><br>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.<br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |         |         |         |                    |
|---|---|---------|---------|---------|--------------------|
|   | Santé 1   | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
| <b>APPAREILLAGES</b>  |   |         |         |         |                    |
| <b>APPAREILLAGE</b>   |   |         |         |         |                    |
| Grand appareillage et véhicules pour handicapés   | 100% BR   | 200% BR | 250% BR | 300% BR | -                  |
| Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention  | 100% BR   | 200% BR | 250% BR | 300% BR | -                  |
| Pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie   | 100% BR   | 135% BR | 150% BR | 200% BR | -                  |
| Autres équipements non pris en charge par la Sécurité sociale                                       | -   | 25 €    | 50 €    | 75 €    | -                  |
| <b>APPAREILLAGE AUDITIF</b>   |   |         |         |         |                    |
| Bilan acoustique du nouveau-né  | 23 €  | 23 €    | 23 €    | 23 €    | -                  |
| Frais d'entretien de prothèse auditive, fournitures et accessoires                                  | 100% BR   | 170% BR | 185% BR | 200% BR | -                  |
| Prothèse auditive prescrite pour les 20 ans et plus (par appareil, par oreille et par année civile) | 100% BR   | 600 €   | 700 €   | 800 €   | -                  |
| Prothèse auditive prescrite pour les moins de 20 ans ou atteints de cécité                          | 100% BR   | 170% BR | 185% BR | 200% BR | -                  |
| <b>AUTRES PROTHÈSES</b>   |   |         |         |         |                    |
| Prothèse capillaire (par prothèse et par année civile)  | 150 €   | 500 €   | 500 €   | 500 €   | -                  |
| Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)  | 350 €   | 600 €   | 600 €   | 600 €   | -                  |

Les prothèses auditives sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus.

Les coordonnées des audioprothésistes partenaires AUDISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'Espace personnel sur le site mgen.fr.

| PRESTATIONS  | <i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i><br>Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.<br>En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur,<br>la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits |         |         |         |                    |
|--|---|---------|---------|---------|--------------------|
|  | Santé 1   | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Sur-complémentaire |
| <b>CURE THERMALE</b>                                       |   |         |         |         |                    |
| Forfait thermal  | -   | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |
| Frais d'hébergement pris en charge par la Sécurité sociale | -   | 230 €   | 230 €   | 230 €   | -                  |
| Frais de transport   | -   | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |
| Honoraires médicaux  | -   | 100% BR | 100% BR | 100% BR | -                  |

## PRÉVOYANCE

|   | Prévoyance 1   | Prévoyance 2  | Prévoyance 3  | Prévoyance 4  |
|---|--|---|---|---|
| Prestations   | % du TIB ou salaire de base                                |   |   |   |
| <b>Incapacité temporaire de travail</b>                                       | 75% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale | 85% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale    | 95% dans la limite de 100% de la rémunération nette totale    |   |
| <b>Incapacité permanente partielle</b><br><b>Incapacité permanente totale</b> | L'offre de base n'ouvre pas droit à la garantie Invalidité | Rente mensuelle = $55\% \times N/66$<br>Rente mensuelle = 55% | Rente mensuelle = $75\% \times N/66$<br>Rente mensuelle = 75% |   |
| <b>Incapacité permanente absolue/ Décès</b>                                   | 70%  | 100%  | 130%  | 200% +<br>Majoration pour enfant à charge de 5 000€ |

On entend par N le taux d'invalidité du Membre Participant

# ANNEXE 2

# NOTICE D'INFORMATION

# PRESTATIONS D'ASSISTANCE

# EN CAS D'HOSPITALISATION

## DOMAINE D'APPLICATION

### 1. Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice :

- le membre participant de la Mutuelle,
- ses ayants droit.

### 2. Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de l'offre du Ministère des Affaires Sociales.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par le membre participant auprès de MGEN, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

### 3. Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement\* en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM\*\* (au-delà de 50 km du domicile, pour la prestation du transfert médical),

### 4. Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de la survenance d'un des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,

du bénéficiaire.


L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation assistance qui correspond le mieux à ses besoins, **à raison d'une seule prestation par fait générateur.**

**Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.**

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

### 5. Modalités de mise en œuvre

**Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7**

- Par téléphone :  APPEL NON SURTAXE
- Par télécopie : 02 51 83 26 31 (si classique) ou 02.40.44.43.93 (si INTL)/ Télécopie Médecin-Conseil : 02 40 44 43 00

**Pour les Membres Participants résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :**

- Par téléphone : 00 33 9 72 72 27 28

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1<sup>er</sup> appel, un n° d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

**Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les dix jours (10 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.**

**Pour le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.**

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies certifiées.

### 6. Exécution des prestations

**Les prestations garanties par la présente notice ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire, n'est remboursée par l'Assisteur.**

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultat.

\* Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

\*\* Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours. Les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

L'Assisteur ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans le cadre de l'Assistance à domicile, en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. Toutefois, l'Assisteur se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

## 7. Définitions

**Pour l'application de la présente notice, on entend par :**

**Accident :** tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les infarctus du myocarde ;
- les ruptures d'anévrisme ;
- les accidents vasculaires cérébraux ;
- les lombalgies, les lumbagos ;
- les sciatiques ;
- les éventrations ;
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les hydrocutions ;
- les hernies abdominales ;
- les lésions méniscales.

**Adhérent :** personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à la mutuelle.

**Aidant :** est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

**Aide à domicile :** la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

**Animaux familiers de compagnie :** sont considérés comme animaux familiers de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

**Ascendant :** sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du membre participant. Pour être considéré comme ayant droit du membre participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du membre participant et vivant sous le même toit.

**Attentat :** tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur. Cet attentat devra être recensé par l'État français.

**Autorité médicale :** toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.

**Ayants droit :** les ayants droit du membre participant, sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

**Bénéficiaire :** la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif à une garantie santé de la Mutuelle et ses ayants droit.

**Catastrophe naturelle :** phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

**Centre de convalescence :** les centres de convalescence sont des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

**Consolidation :** stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

**Dépendance :** état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du membre participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du membre participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

**Dispositif de téléassistance :** désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

**Domicile ou résidence habituelle :** le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France métropolitaine, à Monaco ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.



**Dommmages corporels :** dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

**DROM :** par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 km de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

**Établissement de soins :** tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

**Pays étranger :** tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine, de Monaco ou des DROM.

**Faits générateurs :** les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la notice d'information. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation,
- un traitement anticancéreux,
- une maternité,
- une immobilisation
- une maladie, un accident ou une blessure.

**Frais d'hébergement :** frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

**Grossesse pathologique :** caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifiques. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

**Handicap :** constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

**Hospitalisation :** tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

**Immobilisation :** désigne toute immobilisation imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

**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.

**Maladie soudaine à l'étranger :** désigne une pathologie inattendue et non récurrente qui nécessite un traitement d'urgence pour prévenir ou atténuer le danger présent sur la vie ou la santé. Une situation d'urgence n'existe plus lorsque les données médicales indiquent que le bénéficiaire est capable de rentrer dans son pays de résidence habituelle pour obtenir et/ou continuer son traitement.

**Maternité :** sont considérés comme maternité tout séjour de plus de 5 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

**Membre de la famille :** conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du bénéficiaire.

**Participant :** personne physique affilié à « l'offre du Ministère des Affaires Sociales » assuré par MGEN.

**Pays de séjour :** le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice en dehors de son pays de résidence.

**Participant :** personne physique affilié au « contrat du Ministère des Affaires Sociales » assuré par MGEN.

**Personne dépendante :** toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du membre participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'adhérent et vivant sous le même toit que lui.

**Pièces justificatives :** ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

**Proche :** les ascendants et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'adhérent ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

**Responsabilité civile :** obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

**Soins médicalement nécessaires :** dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

**Téléassistance :** désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

**Traitement :** Seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.

**Transport :** sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 km) et dans la limite de 500 Euros TTC pour les transports en France métropolitaine, Monaco ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

## PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

### 1. Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

#### Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception, avant le déclenchement de la prestation, d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile du bénéficiaire.

**Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.**

### 2. Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures ou en cas de maternité

**Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité à tous les bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.**

#### a) Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

#### b) Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

#### c) Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école.
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM.
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

#### d) Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine, à Monaco ou à l'intérieur du même département pour les adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

#### e) Garde des animaux familiers

L'Assisteur prend en charge le gardiennage des animaux familiers du bénéficiaire dans un centre agréé. **Cette prestation est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 € TTC.**

#### f) Dispositif de Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

#### g) Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise, sans prendre en charge, le transport d'un proche, résidant en France métropolitaine, Monaco ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire, ainsi que son hébergement à l'hôtel. **Les frais sont à la charge du proche.**

### 3. Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou radiothérapie du bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Un forfait annuel de 24 heures à répartir sur une durée de 12 mois pourra alors être accordé, pendant la durée du traitement. **Cette prestation s'organise à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance.**

### 4. Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

#### a) Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une **période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ou si le bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du bénéficiaire salarié.

#### Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par télécopie au médecin-conseil :

- Par téléphone : 02 40 44 43 00
- Par mail à : [medecinconseil@rmasistance.fr](mailto:medecinconseil@rmasistance.fr)
- Par courrier sous pli confidentiel à : Plateforme d'assistance - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex

indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

## b) École à domicile

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 16<sup>ème</sup> jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

**L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge soit les coûts non défiscalisables occasionnés soit l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie.**

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le membre participant au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

### Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

### Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

## 5. Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine, à Monaco, à Andorre ou dans les DROM

### a) Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé

par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

### b) Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin traitant,
- le transfert vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient.

Selon l'état du bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité sociale. Les transferts médicaux pour raisons de confort ou rapprochement familial sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur. Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

### Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, éventuellement, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

**IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne automatiquement LA NULLITÉ de la prestation.**

## **6. Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 km du domicile en France métropolitaine, à Monaco, à Andorre ou dans les DROM**

### **Déplacement et hébergement d'un proche**

**Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours,** l'Assisteur prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais **à concurrence de 75 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus)**. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement **à concurrence de 75 € TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits**. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

## **CADRE JURIDIQUE**

### **1. Assureur des prestations d'assistance**

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée «l'Assisteur» dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

### **2. Conditions restrictives d'application des garanties**

#### **2.1. Comportement abusif**

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire de la présente garantie.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

#### **2.2. Responsabilité**

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur 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.

L'Assisteur 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.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

### **2.3. Circonstances exceptionnelles**

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## **3. Exclusions**

### **3.1. Exclusions communes à l'ensemble des prestations**

**Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :**

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

**Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.**



#### 4. Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

#### 5. Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

#### 6. Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

#### 7. Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

#### 8. Protection des données personnelles

Les informations personnelles recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-après « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information) feront l'objet d'un traitement automatisé et seront utilisées par RMA pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance au profit des bénéficiaires. Dans ce cadre, ces informations seront réservées à l'usage des services concernés de RMA et de MGEN et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international. La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse du bénéficiaire à RMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant les connaître pour accomplir la mission de soins confiée par RMA.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement des données à caractère personnel les concernant, ainsi que d'un droit à la limitation et d'opposition au traitement, pour motif légitime. Les données ainsi transmises seront adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités poursuivies.

Le bénéficiaire peut, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer ses droits en envoyant un mail à l'adresse suivante : [dporma@rmassistance.fr](mailto:dporma@rmassistance.fr) ou en contactant : RMA - DPO, 46 Rue du Moulin - BP62127 - 44121 Vertou Cedex.

Le bénéficiaire peut également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), située 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, formulaire (<https://www.cnil.fr/fr/plaintes>) ou au +33 (0)1 53 73 22 22.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

#### 9. Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

RMA – Direction des opérations  
46 Rue du Moulin – BP 62127  
44121 Vertou cedex

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail ([mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)) ou à l'adresse suivante :

#### Médiateur de la Mutualité Française

FNMF  
255 rue de Vaugirard  
75719 PARIS Cedex 15

#### 10. Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

# ANNEXE 3

## NOTICE D'INFORMATION

### PROTECTION JURIDIQUE

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans la présente notice.

#### Article 1 - L'objet de la présente notice d'information

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L.141-4 du Code des Assurances et par l'article L.221-6 du Code de la Mutualité reprenant les dispositions du contrat collectif intitulé «PROTECTION JURIDIQUE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES» (dénommé ci-après Le Contrat Collectif) souscrit auprès de CFDP ASSURANCES par RMA agissant au nom et pour le compte de MGEN, au profit de la population fonctionnaire d'État des Ministères Sociaux et des établissements de santé décentralisés. Le présent Contrat Collectif consiste notamment à «prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi» (article L.127-1 du Code des Assurances).

##### 1.1 Les intervenants au contrat collectif :

**Le souscripteur du présent Contrat Collectif (dénommé ci-après L'Assisteur) :** RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE (RMA) – Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – B.P. 62127 – 44121 VERTOOU cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682 ; **L'Assisteur agissant pour le compte de la Mutuelle.**

**L'assureur santé du programme (dénommé ci-après La Mutuelle) :** MUTUELLE GÉNÉRALE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (MGEN) – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 03 square Max Hymans – 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399.

**Le porteur de risque (dénommé ci-après L'Assureur) :** CFDP ASSURANCES – Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

##### 1.2 Les définitions :

**Le Bénéficiaire ou Vous :** Les chefs de famille, particuliers personnes physiques, fonctionnaires d'État des Ministères Sociaux et des établissements de santé décentralisés, ainsi que l'ensemble des Bénéficiaires désignés au bulletin d'adhésion individuel frais de soins de santé complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle et intégrant les garanties du Contrat Collectif, à jour du paiement des cotisations. **Pour être couverts par le Contrat Collectif, les Bénéficiaires doivent être à jour du paiement de leurs cotisations et dûment désignés à l'Assureur.**

**Le Tiers :** toute personne étrangère au Contrat Collectif.

**Le Litige :** Une situation conflictuelle garantie Vous opposant à un Tiers, causée par un désaccord, un événement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction. **Pour être couvert par le présent Contrat Collectif, le Litige doit être survenu pendant la durée de votre adhésion audit Contrat Collectif.**

**Le Sinistre :** Le refus qui est opposé à une réclamation dont Vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L.127-2-1 du Code des Assurances). **Pour être couvert par le Contrat Collectif, le Sinistre doit être déclaré avant l'expiration de votre adhésion audit Contrat Collectif.**

**Le Seuil d'Intervention :** Le Montant en Principal du Litige en deçà duquel la garantie de l'Assureur n'est pas acquise.

**Le Montant en Principal :** Le principal est défini comme la demande elle-même, par opposition aux accessoires tels que les intérêts, les dépens et autres frais annexes.

#### Article 2 - L'adhésion au contrat collectif

L'adhésion au Contrat Collectif prend effet à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'adhérent au contrat individuel ou collectif frais de soins de santé complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle et intégrant les garanties du Contrat Collectif et prend fin en cas de résiliation de l'adhésion de l'adhérent audit contrat individuel ou collectif frais de soins de santé complémentaire ou en cas de résiliation du Contrat Collectif lui-même, la Mutuelle s'engageant alors à informer l'adhérent de la fin de la garantie.

#### Article 3 - Les garanties

##### 3.1 L'assistance téléphonique :

**Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et se rapportant aux garanties de protection juridique décrites dans la présente notice.**

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations, Vous informer sur vos droits, Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

##### Que faire en cas de besoin d'assistance ?

##### Contactez l'Assisteur :

- Par téléphone : 09 72 72 27 28 (prix d'un appel local)  
L'accès au service se fait du lundi au vendredi, de 08h00 à 18h30

### 3.2 Le recours médical et pharmaceutique :

À l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux, Vous êtes victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à un établissement de soins, un professionnel de santé, l'ONIAM...

### 3.3 Les mesures de protection d'un proche :

Suite à une perte d'autonomie, du fait d'une altération de l'état de santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, Vous-même ou votre conjoint, concubin ou co-titulaire d'un PACS, votre ascendant, descendant, collatéral ou ceux de votre conjoint, concubin ou co-titulaire d'un PACS, doit faire l'objet d'une mesure de protection (sauvegarde de justice, mise sous curatelle ou sous tutelle) si des difficultés ou des oppositions à la mise en œuvre ou au cours de cette mesure surviennent.

L'Assureur ne prend jamais en charge :

- les émoluments des notaires chargés de rédiger actes et contrats,
- les frais d'experts chargés de déterminer les actifs,
- les actes de partage,
- les frais des huissiers chargés de signifier les actes ou jugements,
- les frais fiscaux et les frais de publicité.

### 3.4 Le handicap et la dépendance :

Suite à une perte d'autonomie, que ce soit du fait d'une altération de la santé (vieillesse, accident, maladie...) ou des facultés mentales, votre dépendance doit être ou a été organisée et Vous rencontrez des difficultés avec : une maison de retraite ou un établissement médicalisé, une assistante médicale, une aide à domicile, les services de proximité (portage de repas, téléassistance...), les associations spécialisées ou les collectivités (CCAS,...), les organismes chargés des allocations spécifiques (APA,...), la collectivité locale dans le cadre de la délivrance d'une carte de transport ou de stationnement, les entreprises ayant réalisé des travaux de réparation ou d'aménagement, rendus nécessaires suite au handicap, non soumis à l'obligation d'assurance prévue par la loi du 4 janvier 1978 (dommages-ouvrage), le fournisseur ou le réparateur de matériel ou d'équipements indispensables suite au handicap (fauteuil, monte escalier...)...

## Article 4 - Les engagements de l'assureur

Pour Vous apporter les moyens de résoudre un Litige garanti dont le Montant en Principal des intérêts en jeu est supérieur à la somme de cent cinquante euros (150 €) TTC, l'Assureur s'engage :

- À Vous informer sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts et à Vous conseiller sur la conduite à tenir devant un Litige.
- À Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable.
- À Vous faire assister par des experts qualifiés quand la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution du Litige. L'expert Vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après Vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense Vous sera communiqué. L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet expert dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis.

- À Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

**Et lorsque toute tentative de résolution du Litige sur un terrain amiable a échoué, ou lorsque votre adversaire est assisté par un avocat, et lorsque le Montant en Principal des intérêts en jeu est supérieur à la somme de sept cent soixante euros (760 €) TTC, l'Assureur s'engage :**

- À Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- À prendre en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis :
  - les frais et honoraires des avocats et experts ;
  - les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel...
- À organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur. Conformément à l'article L.127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; l'Assureur intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat en vos lieu et place. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du Barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

**Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi. L'Assureur reste néanmoins à votre disposition ou à celle de votre avocat pour Vous apporter l'assistance dont Vous auriez besoin.**

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si Vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.

- À Vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.

## Article 5 - Vos obligations

**Vous Vous engagez :**

- À déclarer le Sinistre à l'Assureur dès que Vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que l'Assureur puisse défendre au mieux vos intérêts. L'Assureur ne peut néanmoins Vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive que s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre Litige et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...



- À relater les faits et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.
- À fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.
- À établir, par tous moyens, la réalité du préjudice que Vous alléguiez : **l'Assureur ne prend jamais en charge les frais de rédaction d'actes, d'expertises, les constats d'huissier, les frais liés à l'obtention de témoignages, d'attestations ou de toutes autres pièces justificatives destinées à constater ou à prouver la réalité de votre préjudice, à identifier ou à rechercher votre adversaire, diligentés à titre conservatoire ou engagés à votre initiative.**
- À ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec l'Assureur. Si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge. Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

## Article 6 - Les exclusions

### L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :

- dont les manifestations initiales sont antérieures et connues de vous à la prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif ou qui présentent un caractère non aléatoire lors de cette adhésion,
- en rapport avec une violation intentionnelle des obligations légales ou incontestables, une faute, un acte frauduleux ou dolosif que vous avez commis volontairement contre les biens ou les personnes en pleine conscience de leurs conséquences dommageables et nuisibles,
- garantis par une assurance dommages ou responsabilité civile et ceux relevant du défaut de souscription par vous d'une assurance obligatoire,
- relevant du conseil d'État ou de la cour de cassation lorsque le Montant en Principal des intérêts en jeu est inférieur à trois mille euros (3.000 €) ttc.

### QUE CE SOIT EN DÉFENSE OU EN RECOURS, L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- les frais engagés sans son accord préalable,
- les amendes, les cautions, les consignations pénales, les astreintes, les intérêts et pénalités de retard,
- toute somme de toute nature à laquelle vous êtes condamné à titre principal et personnel,
- les frais et dépens exposés par la partie adverse et que vous devez supporter par décision judiciaire,
- les sommes au paiement desquelles vous êtes condamné au titre des articles 700 du code de procédure civile, 375 et 475-1 du code de procédure pénale, l.761-1 du code de justice administrative, ainsi que leurs équivalents devant les juridictions monégasques,
- les sommes dont vous êtes légalement redevable au titre de droits proportionnels,
- les honoraires de résultat.

## Article 7 - L'application des garanties

### 7.1 Dans le temps :

#### La durée des garanties :

Sous réserve du paiement de la prime, les garanties du Contrat Collectif suivent le sort de l'adhésion du (des) Bénéficiaire(s) au contrat collectif frais de soins de santé complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle et intégrant ces garanties, à laquelle elles sont annexées.

Elles prennent effet dès l'adhésion au Contrat Collectif et sont applicables pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension de l'adhésion au contrat collectif frais de soins de santé complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle.

### La prescription :

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la Loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L.114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou 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 du Bénéficiaire contre l'Assureur 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 le Bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L.114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

### 7.2 Dans l'espace :

Les garanties du Contrat Collectif s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 4 en France, dans les DROM ainsi qu'en Principauté de Monaco : l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale.

## Article 8 - La protection de vos intérêts

### 8.1 Le secret professionnel (article L127-7 du code des assurances) :

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat Collectif, sont tenues au secret professionnel.

### 8.2 L'obligation à désistement :

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

### 8.3 L'examen de vos réclamations :

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat Collectif, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- par courrier à : CFDP Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : [relationclient@cfdp.fr](mailto:relationclient@cfdp.fr).

À compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de votre réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :

- par courrier à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS cedex 09,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

#### 8.4 Le désaccord ou l'arbitrage (article L127-4 du code des assurances) :

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis.

#### 8.5 Le conflit d'intérêts (article L127-5 du code des assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

#### 8.6 La protection de vos données :

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour adhérer au Contrat Collectif et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce que Vous acceptez expressément.

Ces données pourront être utilisées par l'Assureur pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du Contrat Collectif. Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur. Ces données pourront enfin être communiquées à des Tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Vous avez le droit d'obtenir communication de vos données auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de Vous opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : OPPOSETEL – Service Bloctel – 06 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

#### 8.7 L'autorité de contrôle :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

#### Article 9 - Les montants contractuels de prise en charge

Les montants du tableau ci-après sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction. Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, de traduction...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocat. Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-I du Code de Procédure Pénale, L.761-I du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

| BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCATS & D'EXPERTS  | EN €TTC         |
|---|-----------------|
| Consultation d'expert   | 188,40          |
| Démarches amiables :<br>- Intervention amiable<br>- Protocole ou transaction                            | 86,23<br>257,91 |
| Assistance :<br>- préalable à toute procédure pénale<br>- à une instruction ou une expertise judiciaire | 590,40          |
| Médiation de la consommation  | 391,00          |
| Médiation conventionnelle ou judiciaire<br>Arbitrage  | 895,20          |
| Expertise amiable   | 188,40          |
| Démarche au Parquet (forfait)   | 120,00          |
| Tribunal de Police  | 754,80          |
| Tribunal Correctionnel  | 860,40          |
| ONIAM<br>Conseil de l'ordre<br>Commissions diverses (CRCL...)   | 895,20          |
| Tribunal d'Instance   | 724,80          |
| Tribunal de Grande Instance<br>Tribunal Administratif<br>Autres juridictions du 1 <sup>er</sup> degré   | 895,20          |
| Référé, y compris d'heure à heure   | 631,20          |
| Incidents d'instance et demandes incidentes   | 468,00          |
| Ordonnance sur requête (forfait)  | 391,20          |
| Cour ou Juridiction d'Appel   | 895,20          |
| Recours devant le 1 <sup>er</sup> Président de la Cour d'Appel  | 708,00          |
| Cour de Cassation<br>Conseil d'État<br>Cour d'Assises   | 2 335,20        |
| Juridictions de l'Union Européenne<br>Juridictions monégasques ou andorranes                            | 895,20          |
| Juge des tutelles   | 882,00          |
| Juge de l'exécution<br>Juge de l'exéquatur  | 512,40          |

| PLAFONDS, FRANCHISE & SEUILS D'INTERVENTION    | EN €TTC   |
|--|-----------|
| <b>Plafond de prise en charge par Sinistre</b> | 20 000,00 |
| <b>Dont plafond pour :</b>                     |           |
| - démarches amiables                           | 429,60    |
| - expertise judiciaire                         | 188,40    |
| <b>Seuils d'intervention :</b>                 |           |
| - amiable                                      | 150       |
| - judiciaire                                   | 760       |
| - Cour de Cassation, Conseil d'État            | 3000      |
| <b>Franchise :</b>                             | 0         |

### Que faire en cas de Sinistre ?

#### Les déclarations de Sinistres parviendront :

- Par téléphone : **09 72 72 27 28** (prix d'un appel local)
- Par e-mail : **mgen-mas@cfdp.fr**
- Par courrier : **CFDP ASSURANCES – Centre de Gestion et d'Expertise – 569 rue Félix Trombe – CS 60011 – 66028 PERPIGNAN cedex**

Ressources Mutuelles Assistance – Union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – BP 62 127 – 44 121 VERTOU Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682.

Numéro LEI : 969500YZ86NRB0ATRB28.

CFDP Assurances – Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 € ayant son siège social Immeuble l'Europe, 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 958 506 156 B.

Numéro LEI : 969500ZW0FLQF852NM39.

MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social 03 square Max Hymans – 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399.

Numéro LEI : 9695002XFDDIA8FNI325.

# ANNEXE 4

## TABLEAUX

### DE COTISATIONS

#### COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

| FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 1               |                               |           |           |           |           |           |           |                |      |
|--|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|------|
| <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                               |           |           |           |           |           |           |                |      |
| Tranches d'âge                         | Inférieur ou égal à 30 ans    | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61 ans et plus |      |
| Indices/Tranches de rémunération       | 0-99 / 0€ - 5 615€            | 192€      | 237€      | 273€      | 306€      | 351€      | 378€      | 408€           | 435€ |
|  | 100-199 / 5 616€ - 11 243€    | 192€      | 237€      | 273€      | 306€      | 351€      | 378€      | 408€           | 435€ |
|  | 200-299 / 11 244€ - 16 859€   | 192€      | 237€      | 273€      | 306€      | 351€      | 378€      | 408€           | 435€ |
|  | 300-399 / 16 860€ - 22 487€   | 192€      | 237€      | 273€      | 306€      | 351€      | 378€      | 408€           | 435€ |
|  | 400-499 / 22 488€ - 28 115€   | 204€      | 243€      | 282€      | 321€      | 369€      | 399€      | 426€           | 456€ |
|  | 500-599 / 28 116€ - 33 731€   | 204€      | 243€      | 282€      | 321€      | 369€      | 399€      | 426€           | 456€ |
|  | 600-699 / 33 732€ - 39 359€   | 207€      | 249€      | 285€      | 327€      | 375€      | 405€      | 435€           | 465€ |
|  | 700-799 / 39 360€ - 44 975€   | 207€      | 249€      | 285€      | 327€      | 375€      | 405€      | 435€           | 465€ |
|  | 800-899 / 44 976€ - 50 603€   | 213€      | 255€      | 297€      | 339€      | 390€      | 420€      | 447€           | 477€ |
|  | 900-999 / 50 604€ - 56 231€   | 213€      | 255€      | 297€      | 339€      | 390€      | 420€      | 447€           | 477€ |
|  | 1000-1099 / 56 232€ - 61 847€ | 213€      | 255€      | 297€      | 339€      | 390€      | 420€      | 447€           | 477€ |
|  | 1100-1199 / 61 848€ - 67 475€ | 213€      | 255€      | 297€      | 339€      | 390€      | 420€      | 447€           | 477€ |
|  | À partir de 1 200 / 67 746€   | 213€      | 255€      | 297€      | 339€      | 390€      | 420€      | 447€           | 477€ |

| FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 2               |                               |           |           |           |           |           |           |                |      |
|--|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|------|
| <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                               |           |           |           |           |           |           |                |      |
| Tranches d'âge                         | Inférieur ou égal à 30 ans    | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61 ans et plus |      |
| Indices/Tranches de rémunération       | 0-99 / 0€ - 5 615€            | 297€      | 366€      | 432€      | 501€      | 573€      | 621€      | 666€           | 717€ |
|  | 100-199 / 5 616€ - 11 243€    | 297€      | 366€      | 432€      | 501€      | 573€      | 621€      | 666€           | 717€ |
|  | 200-299 / 11 244€ - 16 859€   | 297€      | 366€      | 432€      | 501€      | 573€      | 621€      | 666€           | 717€ |
|  | 300-399 / 16 860€ - 22 487€   | 297€      | 366€      | 432€      | 501€      | 573€      | 621€      | 666€           | 717€ |
|  | 400-499 / 22 488€ - 28 115€   | 312€      | 384€      | 453€      | 525€      | 600€      | 651€      | 702€           | 753€ |
|  | 500-599 / 28 116€ - 33 731€   | 312€      | 384€      | 453€      | 525€      | 600€      | 651€      | 702€           | 753€ |
|  | 600-699 / 33 732€ - 39 359€   | 318€      | 393€      | 462€      | 534€      | 612€      | 663€      | 717€           | 768€ |
|  | 700-799 / 39 360€ - 44 975€   | 318€      | 393€      | 462€      | 534€      | 612€      | 663€      | 717€           | 768€ |
|  | 800-899 / 44 976€ - 50 603€   | 327€      | 399€      | 474€      | 549€      | 633€      | 684€      | 738€           | 789€ |
|  | 900-999 / 50 604€ - 56 231€   | 327€      | 399€      | 474€      | 549€      | 633€      | 684€      | 738€           | 789€ |
|  | 1000-1099 / 56 232€ - 61 847€ | 327€      | 399€      | 474€      | 549€      | 633€      | 684€      | 738€           | 789€ |
|  | 1100-1199 / 61 848€ - 67 475€ | 327€      | 399€      | 474€      | 549€      | 633€      | 684€      | 738€           | 789€ |
|  | À partir de 1 200 / 67 746€   | 327€      | 399€      | 474€      | 549€      | 633€      | 684€      | 738€           | 789€ |

### FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 3

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge                   |                               | Inférieur ou égal à 30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61 ans et plus |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Indices/Tranches de rémunération | 0-99 / 0€ - 5 615€            | 438€                       | 513€      | 588€      | 663€      | 798€      | 891€      | 981€      | 1 071€         |
|                                  | 100-199 / 5 616€ - 11 243€    | 438€                       | 513€      | 588€      | 663€      | 798€      | 891€      | 981€      | 1 071€         |
|                                  | 200-299 / 11 244€ - 16 859€   | 438€                       | 513€      | 588€      | 663€      | 798€      | 891€      | 981€      | 1 071€         |
|                                  | 300-399 / 16 860€ - 22 487€   | 438€                       | 513€      | 588€      | 663€      | 798€      | 891€      | 981€      | 1 071€         |
|                                  | 400-499 / 22 488€ - 28 115€   | 459€                       | 537€      | 618€      | 696€      | 840€      | 933€      | 1 032€    | 1 125€         |
|                                  | 500-599 / 28 116€ - 33 731€   | 459€                       | 537€      | 618€      | 696€      | 840€      | 933€      | 1 032€    | 1 125€         |
|                                  | 600-699 / 33 732€ - 39 359€   | 468€                       | 549€      | 630€      | 711€      | 855€      | 954€      | 1 050€    | 1 149€         |
|                                  | 700-799 / 39 360€ - 44 975€   | 468€                       | 549€      | 630€      | 711€      | 855€      | 954€      | 1 050€    | 1 149€         |
|                                  | 800-899 / 44 976€ - 50 603€   | 483€                       | 567€      | 648€      | 732€      | 879€      | 981€      | 1 080€    | 1 179€         |
|                                  | 900-999 / 50 604€ - 56 231€   | 483€                       | 567€      | 648€      | 732€      | 879€      | 981€      | 1 080€    | 1 179€         |
|                                  | 1000-1099 / 56 232€ - 61 847€ | 483€                       | 567€      | 648€      | 732€      | 879€      | 981€      | 1 080€    | 1 179€         |
|                                  | 1100-1199 / 61 848€ - 67 475€ | 483€                       | 567€      | 648€      | 732€      | 879€      | 981€      | 1 080€    | 1 179€         |
| À partir de 1 200 / 67 746€      | 483€                          | 567€                       | 648€      | 732€      | 879€      | 981€      | 1 080€    | 1 179€    |                |

### FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 4

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge                   |                               | Inférieur ou égal à 30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61 ans et plus |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Indices/Tranches de rémunération | 0-99 / 0€ - 5 615€            | 501€                       | 582€      | 663€      | 744€      | 900€      | 1 002€    | 1 101€    | 1 203€         |
|                                  | 100-199 / 5 616€ - 11 243€    | 501€                       | 582€      | 663€      | 744€      | 900€      | 1 002€    | 1 101€    | 1 203€         |
|                                  | 200-299 / 11 244€ - 16 859€   | 501€                       | 582€      | 663€      | 744€      | 900€      | 1 002€    | 1 101€    | 1 203€         |
|                                  | 300-399 / 16 860€ - 22 487€   | 501€                       | 582€      | 663€      | 744€      | 900€      | 1 002€    | 1 101€    | 1 203€         |
|                                  | 400-499 / 22 488€ - 28 115€   | 525€                       | 609€      | 693€      | 780€      | 942€      | 1 050€    | 1 158€    | 1 266€         |
|                                  | 500-599 / 28 116€ - 33 731€   | 525€                       | 609€      | 693€      | 780€      | 942€      | 1 050€    | 1 158€    | 1 266€         |
|                                  | 600-699 / 33 732€ - 39 359€   | 531€                       | 621€      | 708€      | 798€      | 960€      | 1 071€    | 1 179€    | 1 290€         |
|                                  | 700-799 / 39 360€ - 44 975€   | 531€                       | 621€      | 708€      | 798€      | 960€      | 1 071€    | 1 179€    | 1 290€         |
|                                  | 800-899 / 44 976€ - 50 603€   | 549€                       | 636€      | 729€      | 819€      | 987€      | 1 101€    | 1 212€    | 1 326€         |
|                                  | 900-999 / 50 604€ - 56 231€   | 549€                       | 636€      | 729€      | 819€      | 987€      | 1 101€    | 1 212€    | 1 326€         |
|                                  | 1000-1099 / 56 232€ - 61 847€ | 549€                       | 636€      | 729€      | 819€      | 987€      | 1 101€    | 1 212€    | 1 326€         |
|                                  | 1100-1199 / 61 848€ - 67 475€ | 549€                       | 636€      | 729€      | 819€      | 987€      | 1 101€    | 1 212€    | 1 326€         |
| À partir de 1 200 / 67 746€      | 549€                          | 636€                       | 729€      | 819€      | 987€      | 1 101€    | 1 212€    | 1 326€    |                |

### FRAIS DE SANTÉ – SURCOMPLÉMENTAIRE

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge                   |                             | Inférieur ou égal à 30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61 ans et plus |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Indices/Tranches de rémunération | 0-399 / 0€ - 22 487€        | 72€                        | 93€       | 102€      | 108€      | 132€      | 141€      | 147€      | 156€           |
|                                  | 400-599 / 22 488€ - 33 731€ | 75€                        | 96€       | 105€      | 111€      | 141€      | 147€      | 156€      | 162€           |
|                                  | 600-799 / 33 732€ - 44 975€ | 78€                        | 102€      | 108€      | 114€      | 144€      | 150€      | 159€      | 165€           |
|                                  | À partir de 800 / 44 976€   | 84€                        | 105€      | 111€      | 120€      | 147€      | 156€      | 162€      | 168€           |

### PRÉVOYANCE

% du traitement indiciaire brut ou du salaire de référence

| Tranches d'âge | Jusqu'à 30 ans | À partir de 31 ans |
|----------------|----------------|--------------------|
| Prévoyance 1   | 0,25%          | 0,49%              |
| Prévoyance 2   | 0,50%          | 1,02%              |
| Prévoyance 3   | 0,75%          | 1,54%              |
| Prévoyance 4   | 0,90%          | 1,77%              |

Le détail de la ventilation de la cotisation figure page 65 de la présente annexe.

## COTISATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

| FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 1               |                               |                |      |
|--|-------------------------------|----------------|------|
| <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                               |                |      |
| Tranches d'âge                         | Inférieur ou égal à 70 ans    | 71 ans et plus |      |
| Indices/Tranches de rémunération       | 0-99 / 0€ - 5 615€            | 435€           | 636€ |
|  | 100-199 / 5 616€ - 11 243€    | 435€           | 636€ |
|  | 200-299 / 11 244€ - 16 859€   | 435€           | 636€ |
|  | 300-399 / 16 860€ - 22 487€   | 435€           | 636€ |
|  | 400-499 / 22 488€ - 28 115€   | 456€           | 669€ |
|  | 500-599 / 28 116€ - 33 731€   | 456€           | 669€ |
|  | 600-699 / 33 732€ - 39 359€   | 465€           | 684€ |
|  | 700-799 / 39 360€ - 44 975€   | 465€           | 684€ |
|  | 800-899 / 44 976€ - 50 603€   | 477€           | 702€ |
|  | 900-999 / 50 604€ - 56 231€   | 477€           | 702€ |
|  | 1000-1099 / 56 232€ - 61 847€ | 477€           | 702€ |
|  | 1100-1199 / 61 848€ - 67 475€ | 477€           | 702€ |
|  | À partir de 1 200 / 67 746€   | 477€           | 702€ |

| FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 2               |                            |                |        |
|--|----------------------------|----------------|--------|
| <i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                            |                |        |
| Tranches d'âge                         | Inférieur ou égal à 70 ans | 71 ans et plus |        |
| Tranches de rémunération               | 0€ - 5 615€                | 717€           | 960€   |
|  | 5 616€ - 11 243€           | 717€           | 960€   |
|  | 11 244€ - 16 859€          | 717€           | 960€   |
|  | 16 860€ - 22 487€          | 717€           | 960€   |
|  | 22 488€ - 28 115€          | 753€           | 1 011€ |
|  | 28 116€ - 33 731€          | 753€           | 1 011€ |
|  | 33 732€ - 39 359€          | 768€           | 1 029€ |
|  | 39 360€ - 44 975€          | 768€           | 1 029€ |
|  | 44 976€ - 50 603€          | 789€           | 1 056€ |
|  | 50 604€ - 56 231€          | 789€           | 1 056€ |
|  | 56 232€ - 61 847€          | 789€           | 1 056€ |
|  | 61 848€ - 67 475€          | 789€           | 1 056€ |
|  | À partir de 67 746€        | 789€           | 1 056€ |

### FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 3

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge           |                      | Inférieur ou égal à 70 ans | 71 ans et plus |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|
| Tranches de rémunération | 0 € - 5 615 €        | 1 071 €                    | 1 338 €        |
|                          | 5 616 € - 11 243 €   | 1 071 €                    | 1 338 €        |
|                          | 11 244 € - 16 859 €  | 1 071 €                    | 1 338 €        |
|                          | 16 860 € - 22 487 €  | 1 071 €                    | 1 338 €        |
|                          | 22 488 € - 28 115 €  | 1 125 €                    | 1 401 €        |
|                          | 28 116 € - 33 731 €  | 1 125 €                    | 1 401 €        |
|                          | 33 732 € - 39 359 €  | 1 149 €                    | 1 431 €        |
|                          | 39 360 € - 44 975 €  | 1 149 €                    | 1 431 €        |
|                          | 44 976 € - 50 603 €  | 1 179 €                    | 1 470 €        |
|                          | 50 604 € - 56 231 €  | 1 179 €                    | 1 470 €        |
|                          | 56 232 € - 61 847 €  | 1 179 €                    | 1 470 €        |
|                          | 61 848 € - 67 475 €  | 1 179 €                    | 1 470 €        |
|                          | À partir de 67 746 € | 1 179 €                    | 1 470 €        |

### FRAIS DE SANTÉ – SANTÉ 4

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge           |                      | Inférieur ou égal à 70 ans | 71 ans et plus |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|
| Tranches de rémunération | 0 € - 5 615 €        | 1 203 €                    | 1 485 €        |
|                          | 5 616 € - 11 243 €   | 1 203 €                    | 1 485 €        |
|                          | 11 244 € - 16 859 €  | 1 203 €                    | 1 485 €        |
|                          | 16 860 € - 22 487 €  | 1 203 €                    | 1 485 €        |
|                          | 22 488 € - 28 115 €  | 1 266 €                    | 1 560 €        |
|                          | 28 116 € - 33 731 €  | 1 266 €                    | 1 560 €        |
|                          | 33 732 € - 39 359 €  | 1 290 €                    | 1 590 €        |
|                          | 39 360 € - 44 975 €  | 1 290 €                    | 1 590 €        |
|                          | 44 976 € - 50 603 €  | 1 326 €                    | 1 635 €        |
|                          | 50 604 € - 56 231 €  | 1 326 €                    | 1 635 €        |
|                          | 56 232 € - 61 847 €  | 1 326 €                    | 1 635 €        |
|                          | 61 848 € - 67 475 €  | 1 326 €                    | 1 635 €        |
|                          | À partir de 67 746 € | 1 326 €                    | 1 635 €        |

### FRAIS DE SANTÉ – SURCOMPLÉMENTAIRE

Cotisation annuelle forfaitaire

| Tranches d'âge           |                      | Inférieur ou égal à 70 ans | 71 ans et plus |
|--------------------------|----------------------|----------------------------|----------------|
| Tranches de rémunération | 0 € - 22 487 €       | 75 €                       | 93 €           |
|                          | 22 488 € - 33 731 €  | 78 €                       | 96 €           |
|                          | 33 732 € - 44 975 €  | 84 €                       | 102 €          |
|                          | À partir de 44 976 € | 87 €                       | 105 €          |



## COTISATIONS VEUFS ET ORPHELINS

### VEUFS

#### FRAIS DE SANTÉ *Cotisation annuelle forfaitaire*

| Tranches d'âge    | Inférieur ou égal à 30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61-65 ans | 66-70 ans | 71 ans et plus |
|-------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| Santé 1           | 177€                       | 180€      | 192€      | 216€      | 252€      | 282€      | 315€      | 384€      | 489€      | 531€           |
| Santé 2           | 267€                       | 288€      | 312€      | 351€      | 405€      | 456€      | 501€      | 603€      | 750€      | 825€           |
| Santé 3           | 366€                       | 393€      | 420€      | 483€      | 582€      | 630€      | 693€      | 843€      | 1 068€    | 1 158€         |
| Santé 4           | 402€                       | 438€      | 465€      | 540€      | 660€      | 711€      | 777€      | 957€      | 1 224€    | 1 293€         |
| Surcomplémentaire | 51€                        | 60€       | 72€       | 78€       | 93€       | 105€      | 111€      | 120€      | 126€      | 132€           |

### ORPHELINS

#### FRAIS DE SANTÉ *Cotisation annuelle forfaitaire*

|                   |      |
|-------------------|------|
| Santé 1           | 129€ |
| Santé 2           | 192€ |
| Santé 3           | 234€ |
| Santé 4           | 270€ |
| Surcomplémentaire | 33€  |

## COTISATIONS DU MEMBRE BÉNÉFICIAIRE

| MEMBRE BÉNÉFICIAIRE CONJOINT                             |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |                |
|--|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|
| FRAIS DE SANTÉ<br><i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                            |           |           |           |           |           |           |           |           |                |
| Tranches d'âge   | Inférieur ou égal à 30 ans | 31-35 ans | 36-40 ans | 41-45 ans | 46-50 ans | 51-55 ans | 56-60 ans | 61-65 ans | 66-70 ans | 71 ans et plus |
| Santé 1  | 177€                       | 180€      | 192€      | 216€      | 252€      | 282€      | 315€      | 384€      | 489€      | 531€           |
| Santé 2  | 267€                       | 288€      | 312€      | 351€      | 405€      | 456€      | 501€      | 603€      | 750€      | 825€           |
| Santé 3  | 366€                       | 393€      | 420€      | 483€      | 582€      | 630€      | 693€      | 843€      | 1 068€    | 1 158€         |
| Santé 4  | 402€                       | 438€      | 465€      | 540€      | 660€      | 711€      | 777€      | 957€      | 1 224€    | 1 293€         |
| Surcomplémentaire  | 51€                        | 60€       | 72€       | 78€       | 93€       | 105€      | 111€      | 120€      | 126€      | 132€           |

| MEMBRE BÉNÉFICIAIRE ENFANT                               |                            |           |            |
|--|----------------------------|-----------|------------|
| FRAIS DE SANTÉ<br><i>Cotisation annuelle forfaitaire</i> |                            |           |            |
| Tranches d'âge   | Inférieur ou égal à 18 ans | 19-28 ans | Handicapés |
| Santé 1  | 105€                       | 129€      | 129€       |
| Santé 2  | 153€                       | 192€      | 192€       |
| Santé 3  | 189€                       | 234€      | 234€       |
| Santé 4  | 216€                       | 270€      | 270€       |
| Surcomplémentaire  | 30€                        | 33€       | 33€        |

## RÉPARTITION DE LA COTISATION

| FRAIS DE SANTÉ<br><i>Pour tout âge et tout indice de la fonction publique</i> |         |         |         |         |                   |
|---|---------|---------|---------|---------|-------------------|
|   | Santé 1 | Santé 2 | Santé 3 | Santé 4 | Surcomplémentaire |
| MGEN  | 100%    | 100%    | 100%    | 100%    | 100%              |

## RÉPARTITION DE LA COTISATION

| PRÉVOYANCE |              |              |              |              |
|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|            | Prévoyance 1 | Prévoyance 2 | Prévoyance 3 | Prévoyance 4 |
| MGEN       | 59,75%       | 72,59%       | 76,08%       | 66,10%       |
| MGEN Vie   | 40,25%       | 27,41%       | 23,92%       | 33,90%       |



MUTUELLE  
SANTÉ  
PRÉVOYANCE