

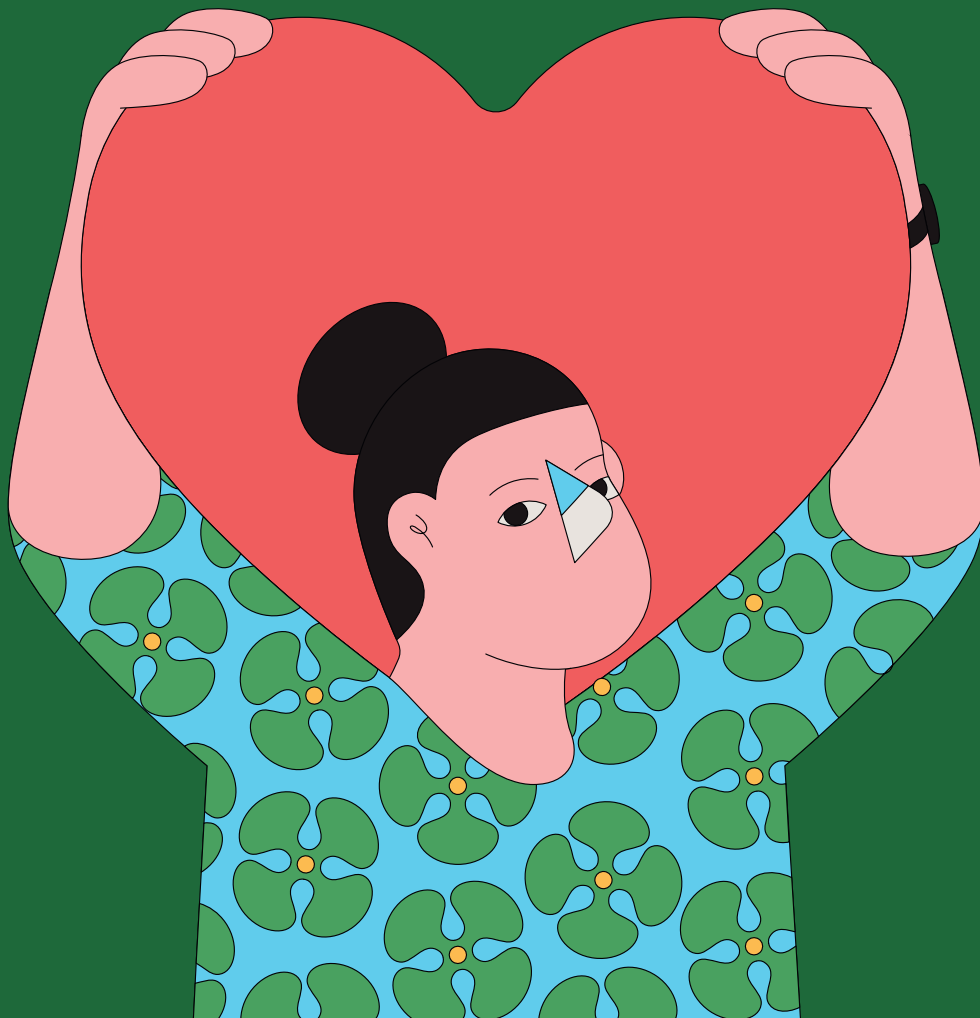
Statuts & règlements mutualistes

MGEN Santé Prévoyance

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen★
GROUPE **vyv**



Statuts & règlements mutualistes

MGEN Santé Prévoyance

MGEN	3
MGEN Action sanitaire et sociale	86
MGEN Centres de santé	93

Statuts	4
Règlement mutualiste - MGEN Santé Prévoyance	16
Annexe 1 - Tableaux des prestations	35
Annexe 2 - Tableaux des cotisations	60
Annexe 3 - Offre Ôji	66

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section I - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

I - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

➤ Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

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

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

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

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

Article 13 - Élection des délégués

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

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

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

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

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

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

I - Candidatures et conditions d'éligibilité

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

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

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

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

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 15 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 16 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 18 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

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

Article 19 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 20 - Composition et election des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 21 - Statut des administrateurs

1- Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 22 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 24 - Obligation de confidentialité

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

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 26 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

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

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

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

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

Article 31 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

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

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

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

Article 35 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

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

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

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

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

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

A2 - Contestations

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

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

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

B - Membres de droit

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

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 40 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 41 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

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

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

Article 42 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 43 - Modes de placement

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

Article 44 - Fonds d'établissement

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

Article 45 - Marge de solvabilité

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

Article 46 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 47 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8

Mandataires mutualistes

Article 50

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

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

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 53 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

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

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

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

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

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

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN INTERNATIONAL SANTÉ PRÉVOYANCE

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

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

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

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

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

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

Règlement mutualiste

MGEN Santé Prévoyance

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants définis au présent article et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Peuvent adhérer au présent règlement en qualité de membres participants, les personnes, qui bénéficient d'un régime de Sécurité sociale, et qui sont :

- fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires ou personnels salariés exerçant au sein de la fonction publique d'État ou de la fonction publique Territoriale, d'un établissement public ou d'un établissement d'enseignement privé sous contrat d'association avec l'État ;
Les fonctionnaires et agents non titulaires relevant du champ de recrutement peuvent adhérer au présent règlement mutualiste dès lors qu'ils sont dans l'une des positions statutaires suivantes : activité, détachement, mise à disposition, portabilité, maintien et congé rémunéré ou non rémunéré lui permettant de continuer à bénéficier de son contrat collectif en santé à titre obligatoire, déployé dans le cadre de la Protection Sociale Complémentaire (PSC) de la fonction publique ;
- personnels salariés d'un organisme privé à but non lucratif, à caractère laïque et non confessionnel, à condition que leur activité ou celle de l'organisme relève d'une des activités citées à l'article 7 des statuts MGEN ;
- étudiants ;
- retraités dès lors qu'ils :
 - ont eu une activité professionnelle relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN Santé Prévoyance et perçoivent une pension de retraite ;
 - ou étaient déjà adhérents de l'offre MGEN International Santé Prévoyance au moment de leur retour en France ou adhérents MGEN au titre d'une offre labélisée ou d'une convention de participation lors de la liquidation de ses droits à la retraite ;
- 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, à condition d'en faire la demande dans les trois mois suivant l'évènement.

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

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

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

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

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

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

Article 3 - Démission

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

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

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

2 - Démission en cours d'année

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

Le membre participant, couvert par une offre contenant uniquement des garanties en prévoyance, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

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

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

- par lettre ou tout autre support durable ;

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 4 - Résiliation de la couverture familiale

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

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

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

1 - Suspension

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

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

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

2 - Résiliation

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

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

Article 6 - Réticence ou fausse déclaration

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

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

Article 7 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 9 - Territorialité des garanties

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

Les garanties de la gamme MGEN Santé Prévoyance et de la gamme ÔJl interviennent pour les actes et soins de santé engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer pour les membres participants et leurs éventuels bénéficiaires ayant leur domicile dans ces territoires, ou lors d'un séjour temporaire dans une collectivité d'Outre-Mer ou à l'étranger.

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

Pour la gamme ÔJl, les prestations sont également servies lorsque les soins sont réalisés à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer, selon la grille des prestations de la couverture internationale ou du complément de couverture internationale.

Article 10

1 - Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant aux chapitres 6 (Garanties incapacité et invalidité), 7 (Autonomie), et 8 (Décès - prestation Perte totale et irréversible d'autonomie) du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance de MGEN accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit. Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

2 - Fraude

En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par les statuts et règlements

mutualistes, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues au paragraphe I.

3 - Modification de situation

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

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

Article 11 - Fait générateur

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

Article 12 - Délais d'attente

Les délais d'attente applicables à certaines prestations sont précisés au sein des articles du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance qui les concernent. Le délai d'attente se définit comme la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas bien que le membre participant cotise. Il débute à compter de la date d'effet de l'adhésion. Tout fait générateur qui débute pendant le délai d'attente ne donne lieu à aucune indemnisation. Toute période de cessation de versement de cotisation interrompt le délai d'attente.

Article 13 - Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires. À défaut, les prestations ne sont pas versées. Ces justificatifs sont définis, pour chaque prestation, au sein des articles du règlement mutualiste qui les concernent. En complément de ceux-ci, la mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

Article 14 - Prescription

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

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

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

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

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

Article 15 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de MGEN définie aux règlements mutualistes et aux

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

Article 16 - Maxima des remboursements

Pour toute prestation, le remboursement par la mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 17 - Maxima des prestations

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

Article 18 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

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

Article 19 - Protection des données à caractère personnel

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

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

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

Conformément au principe de minimisation, les données à caractère personnel collectées et traitées par MGEN se limitent à celles stric-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 20 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève. La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers respon-

sable, 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 le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé. Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 21 - Réclamations – Médiation

Pour toute réclamation, l'adhérent peut s'adresser à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse de la section départementale de l'adhérent,
- en points d'accueil.

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

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

Article 22 - Bénéficiaires des prestations

Les membres participants et bénéficiaires bénéficient des prestations telles que prévues au présent règlement mutualiste, dans les conditions et limites des formules santé et/ou prévoyance souscrites.

I. Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

1 - Les membres participants actifs

Les personnels qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Santé Prévoyance de par leur activité professionnelle bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées au sein du présent règlement mutualiste figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 32 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant à l'article 41-2 (services d'assistance offre ÔJI) ;
- chapitre 6 (garanties incapacité et invalidité) ;
- chapitre 7 (autonomie) ;
- chapitre 8 (décès) ;
- chapitre 9 (action sociale).

Les membres participants actifs ne bénéficient pas des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

2 - Les membres participants retraités

- a) Les personnes, déjà adhérentes en qualité de membres participants actifs de l'offre MGEN Santé Prévoyance, qui liquident leurs droits à la retraite ;
- b) Les personnes ayant eu une activité professionnelle relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN Santé Prévoyance défini par l'article 1er du présent règlement mutualiste et bénéficiant d'une pension de retraite ;

- c) Les personnes déjà adhérentes de l'offre MGEN International Santé Prévoyance lors de leur retour en France ou les personnes déjà adhérentes MGEN au titre d'une offre labélisée ou d'une convention de participation lors de la liquidation de leurs droits à la retraite ;
- d) 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.

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

Les membres participants retraités bénéficient des prestations énumérées au sein du présent règlement mutualiste figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 32 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant à l'article 41-2 (services d'assistance offre ÔJl) ;
- chapitre 6 (garanties incapacité et invalidité) ;
- chapitre 7 (autonomie) à l'exception de celle figurant à l'article 46 (perte temporaire d'autonomie) ;
- chapitre 8 (décès) ;
- chapitre 9 (action sociale).

Les membres participants retraités ne bénéficient pas des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

3 - Les membres participants orphelins

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

Entre l'âge de 18 ans et l'âge de 29 ans, le membre participant orphelin bénéficie de l'offre ÔJl.

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

Les membres participants orphelins bénéficient des prestations identiques à celles du :

- bénéficiaire enfant de moins de 18 ans, quand ils sont âgés de 16 à moins de 18 ans,
- bénéficiaire enfant de 18 à 29 ans, quand ils sont âgés de 18 à moins de 30 ans.

4 - Les membres participants jeunes

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

Les membres participants jeunes bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) à l'exception de celle figurant à l'article 39 (allocation naissance ou adoption) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant à l'article 41-I (services d'assistance offre MGEN Santé Prévoyance) et l'article 40 (Service d'aide à domicile) ;
- chapitre 9 (action sociale) à l'exception de celles figurant aux articles 49-2 (dépendance) et 51 (aide au mutualiste aidant).

Les membres participants jeunes bénéficient également des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

5 - Les membres participants associés

Le membre participant 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 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.

Les membres participants associés bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 32 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant à l'article 41-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 7 (autonomie) ;
- chapitre 8 (décès) ;
- chapitre 9 (action sociale).

Les membres participants associés ne bénéficient pas des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

II. Les membres bénéficiaires sont regroupés en différentes catégories :

1 - Les bénéficiaires conjoints

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

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

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

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

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.

Les bénéficiaires conjoints bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 32 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant à l'article 41-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 7 (autonomie) ;
- chapitre 8 (décès) ;
- chapitre 9 (action sociale) à l'exception de celles figurant à l'article 48 (aides et accompagnements solidaires).

Les bénéficiaires conjoints ne bénéficient pas des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

2 - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant, à l'exception du membre participant jeune, peut étendre la couverture familiale à son enfant ou à celui de son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant.

Le bénéficiaire enfant peut conserver cette qualité jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 29 ans, dès lors qu'il est assuré social ou ayant droit d'un régime de Sécurité sociale français.

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

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

Les bénéficiaires enfants bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 32 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) à l'exception de celle figurant à l'article 39 (allocation naissance ou adoption) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) ;
- chapitre 9 (action sociale) à l'exception de 5I (aide au mutualiste aidant).

Les bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans bénéficient des prestations et assistance de la couverture internationale prévue au contrat souscrit par MGEN auprès de Inter Mutuelles Assistance (IMA).

Article 23 - Dispositions particulières à certaines prestations

Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 28 à 51 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

TITRE 2

PRESTATIONS, ALLOCATIONS ET SERVICES DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Les formules de garanties

Article 24 - Les formules de garanties proposées

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

Le membre participant actif, retraité ou associé doit opter pour une formule santé à laquelle est couplée une formule prévoyance.

Le membre participant jeune ou membre participant orphelin opte uniquement pour une formule santé.

Dans ce cadre :

- le membre participant actif, retraité, orphelin (de moins de 18 ans ou de plus de 29 ans) ou associé a le choix entre les formules santé MGEN Initiale, MGEN Equilibre, MGEN Référence et MGEN Intégrale.
- le membre participant jeune ou orphelin entre 18 et 29 ans a le choix entre les formules ÔJI Essentielle, ÔJI Initiale, ÔJI Equilibre, ÔJI Référence et ÔJI Intégrale.
- l'offre MGEN Initiale est composée de garanties santé et prévoyance obligatoirement couplées pour les membres participants actifs. Les autres membres participants ou bénéficiaires de l'offre MGEN Initiale bénéficient uniquement des garanties santé.

Pour chacune des formules de garanties santé, le détail des prestations proposées figure en annexe 1 du présent règlement.

Pour chacune des formules de garanties santé, le détail des prestations proposées aux bénéficiaires enfants âgés de 18 à 29 ans et aux membres participants jeunes figure en annexe 3 du présent règlement.

Les membres participants, à l'exception des membres participants jeunes et membres participants orphelins, ayant opté pour une formule MGEN Equilibre, MGEN Référence ou MGEN Intégrale bénéficient de la formule prévoyance adaptée à leur statut :

- MGEN Prévoyance Actif ou MGEN Prévoyance Actif Renforcée, pour les membres participants actifs,
- MGEN Prévoyance Retraité, pour les membres participants retraités,
- MGEN Prévoyance Affinité, pour les membres participants associés.

Les prestations prévoyance sont servies selon la formule de garanties dont relève le membre participant ou le membre bénéficiaire à la date de survenance du fait générateur et dans les limites définies à l'article 9 du présent règlement mutualiste :

- les adhérents de la formule MGEN Prévoyance Actif et MGEN Prévoyance Actif Renforcée bénéficient des garanties incapacité, invalidité, décès, dépendance totale et perte temporaire d'autonomie,
- les membres participants actifs de la formule MGEN Initiale bénéficient des garanties incapacité et invalidité,
- les adhérents de la formule MGEN Prévoyance Retraité bénéficient des garanties décès et dépendance totale,
- les adhérents de la formule MGEN Prévoyance Affinité bénéficient des garanties décès, dépendance totale et perte temporaire d'autonomie.

Le bénéficiaire conjoint et le bénéficiaire enfant bénéficient obligatoirement de la même formule de garanties santé que celle du membre participant auquel ils sont rattachés. Le bénéficiaire conjoint bénéficie de la formule MGEN Prévoyance Affinité.

L'extension de la couverture santé au bénéficiaire enfant n'est possible que si le membre participant ou le bénéficiaire conjoint est couvert au titre d'une formule de garantie santé.

Seuls les nouveaux adhérents en tant que membres participants jeunes sont éligibles à la formule ÔJI Essentielle.

Article 25 - Les changements de formule

Dispositions applicables à l'offre MGEN Santé Prévoyance :

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

La nouvelle formule prend effet :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite du membre participant en cas de changement de formule santé, prévoyance ou santé et prévoyance,
- au 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande en cas de changement de formule santé vers la formule MGEN Intégrale.

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

En cas de changement de formule prévoyance, les prestations allocations journalières, allocations invalidité, dépendance totale et perte temporaire d'autonomie en cours de service sont maintenues à leur niveau applicable à la date du fait générateur ouvrant droit à ces prestations.

Dispositions applicables à l'offre ÔJI :

Le membre participant jeune peut solliciter un changement de formule, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande écrite.

La nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande ou au 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande en cas de changement vers la formule ÔJI Intégrale.

Dispositions communes :

Dans tous les cas, 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'événement.

Dans ce cas, la nouvelle formule prendra effet :

- au 1^{er} jour du mois qui suit la demande écrite du membre participant en cas de changement de formule santé, prévoyance ou santé et prévoyance,
- au 1^{er} jour du 4^e mois qui suit la demande en cas de changement vers les formules santé MGEN Intégrale et ÔJl Intégrale.

Le changement de formule santé est sans effet sur les limites de prestations en cours (implantologie, équipements d'optique et aide auditive).

Article 26 - Les dérogations au principe du couplage Santé-Prévoyance

26-1 - Lors de l'adhésion

Le bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé :

- à titre obligatoire ou
- au travers du contrat collectif de son conjoint ou
- bénéficiant du dispositif de Complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière,

peut adhérer, en tant que membre participant actif, uniquement à la formule prévoyance dont il relève selon son statut.

Le candidat à l'adhésion en tant que membre participant associé, peut adhérer :

- uniquement à une formule santé,
- ou uniquement à la formule MGEN Prévoyance Affinité.

Le membre participant souhaitant couvrir son conjoint peut choisir de le faire bénéficier :

- uniquement de sa formule santé,
- ou uniquement de la formule MGEN Prévoyance Affinité.

26-2 - En cours d'adhésion

Le bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé :

- à titre obligatoire ou
- au travers du contrat collectif de son conjoint ou
- bénéficiant du dispositif de Complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière,

peut résilier sa garantie santé, sur présentation d'une attestation de couverture.

La garantie santé du membre participant actif, retraité ou associé bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire directement ou au travers du contrat collectif de son conjoint, est résiliée à partir du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation.

Le membre participant associé peut résilier sa garantie santé pour un autre motif que celui indiqué à l'alinéa 1.

Dans ce cas, la garantie santé du membre participant associé, est résiliée :

- un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou le nouvel organisme assureur en application de la procédure prévue par l'article L.221-10-2 du code de la mutualité, si la demande est formulée à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste ;
- à l'échéance annuelle, si la demande est formulée avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste.

Le membre participant associé peut résilier sa garantie prévoyance.

Dans ce cas, la garantie prévoyance du membre participant associé, est résiliée à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de résiliation.

La garantie santé du membre participant actif ou retraité bénéficiant du dispositif de Complémentaire santé solidaire dans les conditions rappelées ci-dessus, est résiliée la veille :

- de l'ouverture des droits à la Complémentaire santé solidaire
- ou de la date d'adhésion au contrat de Complémentaire santé solidaire avec participation financière.

Article 27 - Le couplage de garanties en cours d'adhésion

Le membre participant ou le bénéficiaire conjoint ayant adhéré à une formule prévoyance seule peut adhérer à la formule MGEN Equilibre, MGEN Référence ou MGEN Intégrale.

Le bénéficiaire conjoint ou le membre participant associé ayant adhéré à une formule santé seule peut adhérer à la formule MGEN Prévoyance Affinité.

Dans ces deux cas, l'adhésion à la formule santé ou prévoyance complémentaire prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande.

➤ Chapitre 2 Frais de santé

Article 28 - Maladie

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

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

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

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 les prestations dentaires (soins, prothèses, orthodontie, parodontie et implantologie), 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 incluent celles de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'annexe 1 :

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

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

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la Mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive voir Tableaux des prestations - Annexe 1),
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

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

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

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

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

Sont concernés les membres participants ou bénéficiaires.

Article 29 - Prestations hospitalisation

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

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

1 - Champ d'intervention

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

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

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

2 - Conditions de remboursement

Il est subordonné à 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.

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, si la formule choisie par l'adhérent le prévoit, la mutuelle intervient pour le remboursement :

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

4 - Fait générateur et justificatifs à produire

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

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

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

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

Article 30 - Forfait « Se soigner autrement »

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

1 - Ostéopathie

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

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

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

2 - Actes médicaux d'acupuncture

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

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

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

Pour les adhérents ayant opté pour la formule MGEN / ÔJl Equilibre ou MGEN / ÔJl Intégrale, lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO), 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.

3 - Consultations diététiques

La mutuelle intervient pour les consultations non remboursées par la Sécurité sociale et réalisées par un diététicien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée.

4 - Homéopathie

La prestation est versée pour les produits homéopathiques prescrits (médicaments et préparations magistrales).

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

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

5 - Chiropraxie

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

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

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

Ce forfait n'est pas versé au titre des prestations de la couverture internationale de l'offre ÔJl.

6 - Séances de psychomotricité

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature. Ce forfait n'est pas versé au titre des prestations de la couverture internationale de l'offre ÔJl.

7 - Séances d'ergothérapie

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, et sa signature. Ce forfait n'est pas versé au titre des prestations de la couverture internationale de l'offre ÔJl.

8 - Pédicure-podologie

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

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

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

9 - Autres prestations

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

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

Article 31 - Forfait « Prévention »

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

1 - Contraception/ tests de grossesse

La prestation est versée pour les contraceptifs et tests de grossesse non remboursés par la Sécurité sociale sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale pour les seuls dispositifs soumis à prescription.

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

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

La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, ainsi que pour les actes de vaccinations associés.

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte.

La prestation est versée sur présentation :

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

3 - Bilan psychomotricité

Pour les adhérents ayant opté pour la formule MGEN Equilibre ou MGEN Intégrale, la mutuelle intervient pour le remboursement des bilans de psychomotricité, sur présentation de la facture originale nominative acquittée portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature et son numéro d'ADEL.

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

4 - Ostéodensitométrie

Pour les adhérents ayant opté pour la formule MGEN/ÔJl Intégrale, la mutuelle intervient pour le remboursement des actes d'ostéodensitométrie remboursés ou non par la Sécurité sociale.

Pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, seuls les actes remplissant les conditions suivantes peuvent donner lieu à une prise en charge de la mutuelle au titre du forfait prévention :

- acte effectué dans le cadre du parcours de soins par un praticien ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO).
- et laissant un reste à charge après prise en charge du ticket modérateur et intervention de la mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

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

Ce forfait n'est pas versé au titre des prestations de la couverture internationale de l'offre ÔJl.

Article 32 - Forfait complémentaire spécifique de prévention

MGEN verse au bénéficiaire enfant âgé de 18 à 29 ans et au membre participant jeune, un forfait individuel en euros, par année civile, fractionnable entre une ou plusieurs des prestations suivantes :

1 - Les protections auditives

La mutuelle intervient pour l'achat de protections auditives moulées, jetables ou réutilisables.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture nominative acquittée portant la catégorie de ces protections.

2 - La prévention des risques routiers

La mutuelle intervient pour l'achat d'éthylotests chimiques ou électroniques et de gilets réfléchissants répondant aux normes de sécurité en vigueur.

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

La participation est servie sur présentation de la facture nominative acquittée.

3 - L'automédication

La mutuelle intervient pour l'achat de médicaments non remboursés par la Sécurité sociale.

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

La prestation est servie sur présentation de la facture nominative acquittée délivrée par une officine de pharmacie.

4 - Les abonnements annuels aux clubs de sport et licences sportives

La mutuelle intervient pour les abonnements annuels à un club de sport enregistré en France ou à une association affiliée à une fédération sportive déclarée en France.

Le droit à participation est apprécié à la date de facturation.

La participation est servie sur présentation d'un justificatif nominatif d'abonnement ou de licence annuel indiquant le montant de la cotisation acquittée et d'une copie de l'abonnement ou de la licence.

Ce forfait n'est pas versé au titre des prestations de la couverture internationale de l'offre ÔJl.

Article 33 - Sport sur ordonnance

La garantie Sport sur Ordonnance a pour objet de garantir une prestation sport santé en cas d'affection de longue durée exonérante ouvrant droit à la prise en charge à 100 % par le régime obligatoire des soins liés à cette pathologie.

Cette garantie permet, via la pratique d'une activité physique et sportive adaptée, de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la personne.

Le membre participant et ses bénéficiaires enfant et/ou conjoint, peuvent bénéficier de la garantie « Sport sur ordonnance » lorsqu'en raison de leur maladie ils font l'objet d'une notification d'entrée au

régime des Affections de Longue Durée exonérante (inscrites sur la liste des ALD fixée par l'article D.160-4 du Code de la Sécurité Sociale). L'antériorité de cette notification ne devant pas être supérieure à trois ans, à la demande de prestation.

En cas d'affection de Longue Durée exonérante telle que décrite ci-dessus, MGEN permet à l'adhérent et/ou ses bénéficiaires de bénéficier d'un accompagnement personnalisé et d'une prise en charge des frais d'accès à une structure dans laquelle ils pratiqueront une activité physique et sportive adaptée prescrite médicalement.

La participation de MGEN sera limitée aux frais réellement engagés par le membre participant.

La durée de la garantie Sport sur Ordonnance est de deux ans.

Ce forfait n'est pas versé au titre de l'offre ÔJl.

Article 34 - Forfait médicaments

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire ayant adhéré à MGEN Equilibre/Ôji Equilibre ou MGEN Intégrale/Ôji Intégrale, un forfait individuel en euros, par année civile, applicable pour les deux prestations suivantes :

- médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 % (hors homéopathie).
- médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale, à l'exclusion des prestations prévues par les forfaits « prévention » et « se soigner autrement ».

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

Article 35 - 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 à l'annexe I du présent règlement.

Article 36 - Délais de versement des prestations frais de santé

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

➤ Chapitre 3 Maternité et famille

Article 37 - Dépistage pré-natal

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

MGEN n'intervient qu'une seule fois par grossesse.

Article 38 - Maternité

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

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

Article 39 - Allocation naissance ou adoption

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

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

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

- La copie du jugement définitif français d'adoption plénière.
- La copie du jugement d'adoption étranger produisant les mêmes effets que le jugement d'adoption français accompagné de sa traduction en français.
- La copie du livret de famille faisant figurer l'extrait de la transcription du jugement d'adoption plénière de l'enfant.

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

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

➤ Chapitre 4 Prestations d'assistance

Article 40 - Service d'aide à domicile (SAD) Assurance

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

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

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

Article 41 - Services d'assistance

1 - La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants actifs, retraités, associés et orphelins de moins de 18 ans ou plus de 29 ans et de leurs bénéficiaires conjoints un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des garanties d'assistance à domicile en cas :

- d'accident ou de maladie entraînant une hospitalisation imprévue ou programmée ou d'une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de pathologies lourdes,
- de mutation professionnelle.

Des services spécifiques sont prévus pour les enfants atteints de pathologies lourdes.

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

2 - La mutuelle a souscrit au bénéfice des bénéficiaires enfants âgés de 18 à 29 ans et des membres participants jeunes et orphelins un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir notamment :

- des garanties d'assistance en cas d'accident ou de maladie soudaine entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile,
- des garanties d'assistance en cas d'accident ou de maladie de l'adhérent survenu lors d'un déplacement en France,

- une aide aux démarches administratives ou liées au déménagement,
- des services d'informations médicales et juridiques.

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

➤ Chapitre 5

Service de téléconsultation

Article 42 - Accès à un service digital de prise de rendez-vous et de téléconsultation médicale

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

Ce service est accessible depuis l'espace personnel.

➤ Chapitre 6

Garanties incapacité et invalidité

Article 43 - Allocations journalières

I - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant actif au moment du fait générateur, qui perçoit des prestations en espèces de l'administration ou de la Sécurité sociale, à la suite d'une maladie ou un accident intervenu dans le cadre de la vie privée ou professionnelle.

La date du fait générateur tel que prévu à l'article 11 du présent règlement mutualiste, est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Un nouvel arrêt de travail ne peut être considéré comme un nouveau fait générateur que s'il est consécutif à une reprise d'activité de 30 jours minimum. À défaut le fait générateur reste inchangé.

Un délai d'attente de 12 mois est appliqué en cas d'adhésion à la garantie effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement.

Cette disposition n'est pas applicable aux adhérents bénéficiant de la formule MGEN Initiale, et en cas de changement de formule d'un adhérent bénéficiant de la formule MGEN Initiale.

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

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

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

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

Le membre participant fonctionnaire ou agent contractuel de la Fonction Publique ayant plus de 4 mois d'ancienneté a droit aux prestations du présent article lorsqu'il se trouve dans une des situations administratives suivantes : congé de maladie ordinaire, congé de longue maladie, congé grave maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé ou lorsqu'il bénéficie de l'allocation d'invalidité temporaire.

I-2 - Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale ou agent contractuel de la Fonction Publique ayant moins de 4 mois d'ancienneté

Le membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale a droit aux prestations du présent article pendant les périodes où il bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité sociale relatives à une maladie ou un accident.

2 - Définition de la garantie

2-1 - Niveau de garantie

- Formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale. Le niveau de garantie correspond à 77 % du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond à la moyenne des salaires bruts mensuels de l'activité professionnelle relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN Santé Prévoyance, et perçus au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail.

Le salaire brut inclut les primes et indemnités perçues par l'adhérent au cours de la même période et faisant l'objet d'un maintien à 50 % ou à 60 % lors de l'arrêt de travail.

- Formule Prévoyance Actif Renforcée

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale. Le niveau de garantie correspond à 85 % du salaire de référence.

Le salaire de référence correspond à la moyenne des salaires bruts mensuels de l'activité professionnelle relevant du champ de recrutement de l'offre MGEN Santé Prévoyance.

Le salaire net avant impôt et le salaire de référence sont calculés sur la moyenne des trois derniers mois précédant l'arrêt de travail ou sur les douze mois précédant l'arrêt de travail lorsqu'elle est sujette à de plus importantes variations (hors évolution du taux d'activité).

Le salaire brut inclut tous les éléments de rémunération perçus par l'adhérent au cours de la même période faisant ou non l'objet d'un maintien lors de l'arrêt de travail.

Les indemnités de congés non pris sont exclues du salaire de référence.

2-2 - Ressources

Les ressources représentent le montant mensuel brut versé en arrêt de travail par l'Administration ou la Sécurité sociale et éventuellement par tout autre organisme complémentaire.

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

2-3 - Montant de la prestation

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

Pour l'offre Prévoyance Actif Renforcée, la prestation est limitée à 100 % du salaire net moyen, pris en compte dans le salaire de référence, avant impôt et avant arrêt de travail.

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

3 - Début de prise en charge

Lorsqu'il est fait application du délai de carence prévu par la Sécurité sociale, la prestation est versée pendant ce délai, sous déduction des indemnités journalières Sécurité sociale reconstituées.

- Formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale

Le versement de la prestation débute :

- à compter du passage à demi-traitement ou à 60% du traitement, telle que prévu par le régime de la Fonction publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèce de la Sécurité sociale,

- Formule Prévoyance Actif Renforcée

Le versement de la prestation débute :

- Pour les périodes de plein traitement, après une franchise continue ou discontinue de 90 jours, décomptée sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail à indemniser,
- Et au plus tard :
 - à compter du passage à demi-traitement ou à 60% du traitement, tel que prévu par le régime de la Fonction publique,

- à compter de la perception de prestations en espèces de la Sécurité sociale.

4 - Justificatifs à produire

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

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

5 - Délais de versement des prestations

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

6 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

- en cas de reprise d'une activité professionnelle,
- en cas de passage en invalidité,
- au plus tard en cas de mise à la retraite effective du membre participant,
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion au Règlement Mutualiste MGEN Santé Prévoyance,
- en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations,
- en cas de démission de la mutuelle,
- le lendemain du décès du membre participant.

7 - Reprise d'activité en situation d'invalidité

Par exception à l'article 6 du présent règlement mutualiste, le membre participant actif placé en invalidité qui reprend une activité est éligible à la prestation Allocations journalières dans les conditions détaillées au présent article, uniquement si le fait générateur est postérieur à son placement en invalidité.

Article 44 - Allocations d'invalidité

I - Conditions d'attribution

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

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

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

Lorsque le membre participant a opté pour une formule santé et une formule prévoyance, un délai d'attente d'un an est appliqué en cas d'adhésion à la garantie effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement.

Lorsque le membre participant a opté uniquement pour une formule prévoyance, un délai d'attente de deux ans est appliqué en cas d'adhésion à la garantie effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement.

Cette disposition n'est pas applicable aux adhérents bénéficiant de la formule MGEN Initiale.

Par ailleurs, le délai d'attente précité n'est pas applicable en cas de changement de formule d'un adhérent bénéficiant de la formule MGEN Initiale.

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

2 - Définition de la garantie

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

2-1 - Invalidité totale

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

Dans ce cas :

- une rente temporaire calculée sous déduction des ressources brutes perçues est versée jusqu'au 31 décembre précédant l'année des 70 ans.
- A l'exception des membres participants percevant une prime de vie chère, le montant de la rente est figé au montant calculé à la date de mise en invalidité reconnue par l'Administration ou la Sécurité sociale.
- un capital unique dont le montant est calculé à l'issue du versement de la rente temporaire est versé l'année des 70 ans.

2-2 - Invalidité partielle

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

Dans ce cas :

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

2-3 - Niveau de garantie

Calcul de la rente :

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

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

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

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

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

Calcul du capital versé à 70 ans :

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

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

2-4 - Ressources

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

Les ressources suivantes sont exclues du calcul de la prestation : pension de réversion, majoration pour assistance d'une tierce personne, majoration pour enfant à charge, épargne personnelle volontaire – plan(s) épargne retraite, pensions alimentaires, revenus fonciers,

allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), frais de mesure de protection versés aux mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs (MJPM).

2-5 - Montants plancher et plafond de la rente

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

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

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

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

3 - Revalorisation de la prestation

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

4 - Justificatifs à produire

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

Dans le cadre d'une rente temporaire assortie d'une invalidité partielle, le dossier complet doit parvenir à la mutuelle chaque année avant le 31 janvier A défaut, la prestation annuelle ne sera pas versée.

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

5 - Délais de versement des prestations

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

6 - Modalités et durée de versement de la prestation

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

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

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

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

Chapitre 7 Autonomie

Article 45 - Dépendance totale

I - Objet

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

2 - Définition de la dépendance totale

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

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

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

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

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

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

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

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

Un délai d'attente de 3 ans est appliqué à compter de la prise d'effet de l'adhésion à la garantie pour toute dépendance totale consécutive à une maladie. Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas d'accident.

Tout état de dépendance totale qui débute pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation.

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

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

4-2 - Suspension

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

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

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

4-3 - Cessation du paiement des prestations

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

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

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

4-4 - Délais de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 40 jours ouvrés hors délais bancaires.

5 - Revalorisation de la rente

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

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

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

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

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

6-2 - Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

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

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :

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

Article 46 - Perte temporaire d'autonomie

I - Objet

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

2 - Définition de la perte temporaire d'autonomie

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

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

*maladies garanties :

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

**accidents garantis :

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

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

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

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

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

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

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

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

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

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

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

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

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

4-2 - Cessation du versement de la prestation

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

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

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

4-3 - Délais de versement des prestations

A compter de la réception de l'ensemble des pièces du dossier et sauf en cas de force majeure, les prestations sont réglées dans un délai maximum de 40 jours ouvrés hors délais bancaires.

5 - Exclusions

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

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

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

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

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

6-2 - Justificatifs à produire

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

En cas de rechute :

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

➤ Chapitre 8

Décès

Article 47 - Prestation invalidité décès

47-1 - Objet

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

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

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

47-2 - Date d'effet et fin de la garantie

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

S'agissant des bénéficiaires conjoints, un délai d'attente de 6 mois est appliqué à compter de la prise d'effet de la garantie PID.

De même, un délai d'attente de 6 mois est appliqué à compter de la prise d'effet de la garantie PID, aux membres participants ayant adhéré uniquement à une formule prévoyance.

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

Aucun délai d'attente n'est appliqué en cas de changement de formule de prévoyance ou de passage au statut de membre participant associé, dès lors que l'adhérent était précédemment couvert au titre de cette garantie.

Tout fait générateur intervenu pendant le délai d'attente ne donnera lieu à aucune indemnisation.

La date de survenance du fait générateur tel que prévu à l'article 4 du règlement mutualiste est :

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

La garantie cesse de produire ses effets :

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

47-3 - Définitions

47-3-1 - Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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

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

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

47-3-2 - Définition de l'enfant à charge

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

- être âgé de moins de 20 ans,
- ou de 20 ans et plus 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.

47-4 - Prestations garanties

47-4-1 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants actifs

- Pour la formule Prévoyance Actif :

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

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

- Pour la formule Prévoyance Actif Renforcée :

Le capital garanti est égal à 100% de l'assiette utilisée pour le calcul de la cotisation MGEN précédant le décès.

Ce capital est au moins égal à 100% de l'assiette de la cotisation annuelle afférente à l'indice nouveau majoré 318 de la Fonction publique. Il est proratisé en cas d'activité à temps partiel.

47-4-2 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants retraités

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

47-4-3 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants associés et des bénéficiaires conjoints

Pour les membres participants associés et les bénéficiaires conjoints, le capital garanti s'élève à 2 500 €.

47-4-4 - Majoration pour charge de famille

- Offre Prévoyance Actif et Offre Prévoyance Retraité
En cas de décès du membre participant actif ou retraité, une somme de 10 000 € est versée à chacun des enfants à charge.
En cas de PTIA du membre participant actif ou retraité, une somme de 10 000 € est versée à ce dernier par enfant à charge.
- Offre Prévoyance Actif Renforcée
En cas de décès du membre participant actif, une somme de 15 000 € est versée à chacun des enfants à charge.
En cas de PTIA du membre participant actif adhérent de l'offre Prévoyance Actif Renforcée, une somme de 15 000 € est versée à ce dernier par enfant à charge.
En cas de décès du membre participant associé ou du bénéficiaire conjoint, une somme de 1 250 € est versée à chacun des enfants à charge.
En cas de PTIA du membre participant associé ou du bénéficiaire conjoint, une somme de 1 250 € est versée à ce dernier par enfant à charge.

47-5 - Bénéficiaires des prestations garanties

47-5-1 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Les prestations sont versées au membre participant ou au bénéficiaire conjoint.

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

47-5-2 - En cas de décès

47-5-2-1 - Bénéficiaires

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

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

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au pacsé de l'assuré,
- à défaut, au concubin notoire de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1er degré de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux héritiers de l'assuré.

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

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

47-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation ou la modification du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée en complétant le formulaire de désignation de bénéficiaires préétabli par MGEN, ou par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier de l'adhérent daté et signé, ou par acte authentique. La modification de cette désignation peut être faite par l'adhérent à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'à lui seul. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par l'adhérent doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire.

Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée.

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

Après le décès de l'adhérent, l'acceptation est libre.

47-5-3 - En cas de majoration pour charge de famille

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

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

47-6 - Risques exclus

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

- du suicide ou d'un fait intentionnel de l'adhérent dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'adhérent dès lors qu'il a été condamné pénalement.

Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,

- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

47-7 - Modalités de gestion et de justification des sinistres

47-7-1 - Demande de prestations

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

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

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

47-7-2 - Justifications en cas de décès

Doivent être produits à l'appui de la demande :

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

47-7-3 - Justifications en cas de PTIA

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA met l'adhérent dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3e catégorie,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

47-7-4 - Justifications en cas de demande de majoration pour charge de famille

Doivent être produits à l'appui de cette demande :

- une copie du livret de famille,
- l'avis d'imposition du défunt ou du parent de l'enfant,
- un justificatif d'identité de l'enfant à charge,
- un RIB de l'enfant à charge le cas échéant,

- un justificatif AAH (notification MDPH) ou copie de la carte d'invalidité / carte mobilité inclusion,
- toute autre pièce prouvant que l'adhérent assurait les besoins et l'entretien de l'enfant, ainsi que la situation de handicap de ce dernier.

47-7-5 - Délais de versement des prestations

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

47-7-6 - Obligations déclaratives de la Mutuelle

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

➤ Chapitre 9 Action sociale

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

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

Article 48 - Aides et accompagnements solidaires

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

Article 49 - Handicap et dépendance

1 - Handicap

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

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

2 - Dépendance

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

3 - Modalités de versement des allocations

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

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

4 - Correspondant mutualiste

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

Article 50 - Orphelinat

1 - Objet

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

2 - Montant et versement de l'allocation

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

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

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

Elle est versée :

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

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

3 - Demandes d'allocation

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

4 - Correspondant mutualiste

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

Article 51 - Aide au mutualiste aidant

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

Article 52 - Réservations de lits, places

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

Article 53 - Centres de vacances pour personnes Handicapées

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

➤ Chapitre 10 Garanties additionnelles

Article 55

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

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

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

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

TITRE 3

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

Article 56 - MGEN Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale assure l'administration et la gestion de services de soins et d'accompagnements mutualistes. La liste de ces services est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Action sanitaire et sociale.

Les membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale bénéficient, des soins et services dispensés par ces établissements.

Article 57 - MGEN Centres de santé

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

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

TITRE 4

COTISATIONS ET COMPLÉMENTS

Article 58 - Principes des cotisations et compléments

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments dus au titre de ses bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L. III-3 du Code de la mutualité.

Les montants ou taux de cotisations et compléments figurent en annexe 2 du présent règlement mutualiste.

Pour l'application du présent titre, l'âge à considérer pour l'application de la tranche d'âge est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant.

Article 59 - Cotisations

La cotisation versée par le membre participant couvre une année civile.

I - Actifs

La cotisation est déterminée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion.

Huit tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 30 ans ;
- de 30 à 34 ans ;
- de 35 à 39 ans ;
- de 40 à 44 ans ;
- de 45 à 49 ans ;
- de 50 à 54 ans ;
- de 55 à 59 ans ;
- à partir de 60 ans.

La cotisation est exprimée, dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond spécifiques selon la tranche d'âge du membre participant, en pourcentage des revenus définis comme la base brute fiscale de l'ensemble des employeurs du membre participant.

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-I du présent règlement).

2 - Retraités

La cotisation est déterminée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion.

Quatre tranches d'âges sont définies :

- moins de 65 ans ;
- de 65 à 69 ans ;
- de 70 à 74 ans ;
- à partir de 75 ans.

La cotisation est exprimée en pourcentage du montant brut de l'ensemble des pensions personnelles des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires, dans les limites d'une cotisation plancher et d'une cotisation plafond.

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

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-I du présent règlement).

Le montant de la cotisation des membres participants retraités âgés de plus de 65 ans qui antérieurement au 1^{er} janvier 1986, soit avaient refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre, est identique au montant de la cotisation appelé auprès des membres participants retraités, mais minoré de la part de cotisation affectée à la Prestation Invalidité Décès (PID).

3 - Membres participants associés

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant associé dans l'année civile de l'adhésion, à raison :

- d'une tranche d'âge jusqu'à 29 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge tous les 5 ans de 30 à 79 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge à partir de 80 ans.

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-I du présent règlement).

4 - Membres participants jeunes

La cotisation est forfaitaire et fixée en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant jeune dans l'année civile de l'adhésion, à raison :

- d'une tranche d'âge pour les moins de 24 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge de 25 à 29 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge tous les 5 ans de 30 à 79 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge à partir de 80 ans.

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-2 du présent règlement).

5 - Les membres participants orphelins

La cotisation est forfaitaire en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le membre participant orphelin dans l'année civile d'adhésion.

Deux tranches d'âges sont définies :

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

De 18 à 29 ans, une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-2 du présent règlement) et du contrat souscrit auprès d'IMA (article 22 du présent règlement).

De 16 à 18 ans et le cas échéant au-delà de 29 ans une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-2 du présent règlement).

Article 60 - Dispositions particulières au régime d'Alsace Moselle

Le montant de la cotisation est minoré de 23 % pour les membres participants actifs, retraités et associés, les membres participants jeunes de 30 ans et plus et les bénéficiaires conjoints relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle.

Cet abattement s'applique sur les cotisations santé.

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

Article 61 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 59 du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile.

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

Il concerne :

I - Bénéficiaire conjoint

Le complément de cotisation est forfaitaire et fixé en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint par le bénéficiaire conjoint dans l'année civile de l'adhésion à raison :

- d'une tranche d'âge jusqu'à 29 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge tous les 5 ans de 30 à 79 ans inclus ;
- d'une tranche d'âge à partir de 80 ans.

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 41-I du présent règlement).

2 - Bénéficiaires enfants

Le complément dû pour chaque bénéficiaire enfant :

- âgé de moins de 18 ans, est fonction de la formule de garantie choisie par le membre participant,
- âgé de 18 ans et plus, est fonction de la formule de garantie choisie par le membre participant et de l'âge atteint par le bénéficiaire enfant dans l'année civile de l'adhésion, à raison :
 - d'une tranche d'âge de 18 à 24 ans inclus ;
 - d'une tranche d'âge de 25 à 29 ans inclus.

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

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

Article 62 - Revalorisation des cotisations

Chaque année, les taux et montants de cotisations mentionnés à l'annexe 2 du présent règlement pourront faire l'objet d'une revalorisation selon un taux d'indexation, fixé par l'Assemblée générale, qui prendra en compte l'évolution des dépenses de santé du régime général d'assurance maladie d'une part, et celle des régimes complémentaires gérés par MGEN d'autre part.

Article 63 - Cotisations des garanties additionnelles

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

Annexe 1

Tableaux des prestations

SOINS COURANTS				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)				
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*	100%	100%	100%	170%
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*				150%
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	170%	100%	200%
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*		150%		175%
Consultations / Visites de sages-femmes				
Sages-femmes	100%	125%	100%	125%
Actes techniques dont radiologie				
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	170%	100%	200%
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*		150%		175%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés				
Honoraires paramédicaux				
Honoraires des auxiliaires médicaux				
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	125%	100%	125%
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses - Actes de laboratoire	100%	125%	100%	125%
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale				
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%

SOINS COURANTS				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Médicaments				
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	Remboursement SS + 25 € / année civile	15%	Remboursement SS + 50 € / année civile
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Néant		Néant	
Honoraires de pharmacie remboursés par la sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose (dans la limite de deux actes par année civile)	77€	77€	77€	77€
Autres soins (se soigner autrement)				
Ostéopathie (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance) Quand le mutualiste a recours à un ostéopathe partenaire KALIXIA Ostéo, il bénéficie de tarifs encadrés sur les consultations.	80 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	120 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	100 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	160 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance
Acupuncture (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Homéopathie *				
Consultations diététicien (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Chiropraxie (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Psychomotricité (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Ergothérapie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Sophrologie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Naturopathie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Étiopathie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Hypnothérapie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Pédicures podologues (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Kinésithérapie dite "méthode de reconstruction posturale" (20 séances maximum par année civile) (Selon conditions définies à l'article 28 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	16€ par séance	16€ par séance	16€ par séance	16€ par séance
* La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie				

SOINS COURANTS				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Psychothérapie				
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale				
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	100%			
Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale				
Séances de psychothérapie (20 séances maximum par année civile) (Selon conditions définies à l'article 28 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	10€ par séance	15€ par séance	15€ par séance	20€ par séance
Prévention				
Sport sur ordonnance (Selon conditions définies à l'article 33 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)*	Forfait 500€ TTC maximum sur les deux ans de la durée du programme SSO	Forfait 500€ TTC maximum sur les deux ans de la durée du programme SSO	Forfait 500€ TTC maximum sur les deux ans de la durée du programme SSO	Forfait 500€ TTC maximum sur les deux ans de la durée du programme SSO
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Contraception / Tests de grossesse (Selon conditions définies à l'article 31 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	75€ / année civile	125€ / année civile	75€ / année civile	150€ / année civile
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (Selon conditions définies à l'article 31 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Bilan de psychomotricité (Selon conditions définies à l'article 31 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	Néant	Néant	
Ostéodensitométrie (remboursée ou non par la Sécurité sociale) (Selon conditions définies à l'article 31 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				
Dépistage Prénatal Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) / Amniocentèse (Selon conditions définies à l'article 37 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	100%	Remboursement SS pour le DPNI + 183€ / acte	Remboursement SS pour le DPNI + 183€ / acte	Remboursement SS pour le DPNI + 183€ / acte
* la prestation versée ne peut excéder 250 € par an				
Cures thermales				
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	100%	100%	100%	100%
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	100%	100%	100%	100%
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement : Pour les cures remboursées par la Sécurité sociale	Remboursement SS uniquement, soit 65%	Remboursement SS + 100€ / séjour	Remboursement SS + 75€ / séjour	Remboursement SS + 150€ / séjour
Transports				
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Matériel médical				
Appareillages et dispositifs médicaux				
- Accessoires et pansements, appareillage et orthopédie remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
- Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale		230%	230%	350%
Prothèses				
- Prothèse oculaires	100% BRSS La prise en charge ainsi définie permet un remboursement total de la dépense engagée, pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics			
Prothèses capillaires				
- Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics			
- Prothèse capillaire totale classe II (*)	100%	100%	245%	245%
- Prothèse capillaire partielle (*)	100%	100%	100%	100%
- Accessoires capillaires (3 accessoires *)	100%	100%	200%	200%
*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-I du code de la sécurité sociale				

SOINS COURANTS				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Prothèses mammaires externes				
- Par prothèse	100%	100%	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€
Forfait produits complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale (soutien-gorge et maillot de bain prescrits et adaptés aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et set mamelons auto-adhérents)	Néant	Néant	130€ / année civile	130€ / année civile

HOSPITALISATION				
Selon conditions définies à l'article 29 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	170%	150%	200%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	150%	130%	175%
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.				
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier psychiatrique				
Hébergement et frais de séjour				
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière				
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN				
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour
- Chambre particulière en psychiatrie	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
- Chambre particulière en maternité	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	25€	25€	25€	25€
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN				
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	18,50€ / jour	18,50€ / jour	18,50€ / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité)		33€ / jour	33€ / jour	33€ / jour

HOSPITALISATION				
Selon conditions définies à l'article 29 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Frais d'accompagnant				
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap				
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.	Néant	25 € / nuitée	25 € / nuitée	25 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.				

DENTAIRE				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*				
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics			
Inlay core (avec ou sans clavette)				
Bridge dento-porté				
Couronne transitoire dento-portée				
Appareil amovible en résine				
Réparations sur appareil amovible en résine				
*Tel que défini réglementairement				
Soins et prothèses hors panier 100% Santé				
Soins				
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100€	100€	150€	150€
Prothèses				
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale				
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	300€	300€	420€	420€
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	120€	120€	216€	300€
Inlay core (avec ou sans clavette)	90€	90€	153€	175€
Bridge 3 éléments	559€	559€	839€	978€
Élément supplémentaire de bridge (pilier)	107,50€	107,50€	182,75€	209€
Élément supplémentaire de bridge (intermédiaire)	0,10€ 10,75€	0,10€ 10,75€	0,17€ 29€	0,20€ 32€
Couronne transitoire	20€	20€	30€	35€

DENTAIRE				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale				
- 1 à 3 dents	193,50€	193,50€	329€	426€
- 4 dents	204,25€	204,25€	347€	449€
- 5 dents	215,00€	215,00€	365€	473€
- 6 dents	225,75€	225,75€	384€	497€
- 7 dents	236,50€	236,50€	402€	520€
- 8 dents	247,25€	247,25€	420€	544€
- 9 dents	258,00€	258,00€	439€	568€
- 10 dents	268,75€	268,75€	457€	591€
- 11 dents	279,50€	279,50€	475€	615€
- 12 dents	290,25€	290,25€	493€	639€
- 13 dents	301,00€	301,00€	512€	662€
- 14 dents	311,75€	311,75€	530€	686€
Ajout dent contreplaquée	Remboursement SS + 12,90€ /dent	Remboursement SS + 12,90€ /dent	Remboursement SS + 26€ /dent	Remboursement SS + 26€ /dent
Réparations sur appareils amovibles en métal remboursées par la Sécurité sociale				
- Adjonction, changement d'élément ou réparation appareil sans démontage	100%	100%	Remboursement SS + 46€ /dent	Remboursement SS + 46€ /dent
Réparation avec remontage - Pour 1 dent	100%	100%	Remboursement SS + 51,16€	Remboursement SS + 51,16€
- De 2 à 14 dents			Remboursement SS + 5,16€ /dent	Remboursement SS + 5,16€ /dent
Réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents	100%	100%	Remboursement SS + 5,16€ /dent	Remboursement SS + 5,16€ /dent
Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale				
Rebasage	Néant	Néant	46€ par acte	46€ par acte
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	200€ / année civile	200€ / année civile	400€ / année civile	500€ / année civile
Orthodontie				
Traitements remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement :				
- Examen avec prise d'empreinte et diagnostic	32,25€	32,25€	48€	65€
- Examen avec analyse céphalométrique, en supplément	10,75€	10,75€	16€	22€
Traitement actif (par semestre)	348,30€	348,30€	542€	639€
Traitement de contention (1 ^{re} année)	161,25€	161,25€	274€	355€
Traitement de contention (2 ^e année)	107,50€	107,50€	161€	215€
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale				
Examens préalables au traitement	Néant	Néant	40€	60€
Traitement actif (par semestre) : 4 semestres maximum	195€	195€	270€	370€
Traitement de contention (1 ^{re} année)	160€	160€	225€	310€
Traitement de contention (2 ^e année)	110€	110€	150€	210€
Traitement d'occlusion	Néant	Néant	122€	122€
Implantologie				
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale				
Couronne sur implant	107,50€	107,50€	200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes	322,50€ dans la limite de 3 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes

DENTAIRE				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Implant*				
Non remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	Néant	500 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	650 € / implant (limité à 3 implants sur 2 années civiles)
Remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...). Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100%	100%	En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement SS + 500 € / implant	En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement SS + 650 € / implant
*Forfait par implant versé par dent concernée				
Parodontie				
Traitement remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100% + forfait 400 € / année civile
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	

OPTIQUE				
La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.				
Nature des frais	PRESTATIONS			
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Celle-ci est disponible sur ameli.fr			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale				
Équipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**				
Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics	
		≥ 16 ans		
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans		
		≥ 16 ans		
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans		
		≥ 16 ans		
Monture (classe A)	< 16 ans			
	≥ 16 ans			
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés				

Équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé**										
			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	25 €	30 €	25 €	30 €	35 €	45 €	45 €	60 €
		≥ 16 ans	25 €	30 €	25 €	30 €	35 €	45 €	60 €	80 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	100 €	130 €
		≥ 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
		≥ 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	150 €	200 €
		≥ 16 ans	85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	150 €	200 €
Monture (classe B)		< 16 ans	30 €		30 €		35 €		45 €	
		≥ 16 ans	30 €		30 €		60 €		90 €	

OPTIQUE

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

		PRESTATIONS			
Nature des frais		Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Celle-ci est disponible sur ameli.fr			
		MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Lentilles de contact correctrices					
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait		Remboursement SS + forfait 50€	Remboursement SS + forfait 100€	Remboursement SS + forfait 110€	Remboursement SS + forfait 170€
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)					
Autres prestations optiques					
Prisme incorporé	< 16 ans	Remboursement SS + 7€	Remboursement SS + 7€	Remboursement SS + 15€	Remboursement SS + 15€
	≥ 16 ans	Remboursement SS + 2€	Remboursement SS + 2€	Remboursement SS + 13€	Remboursement SS + 13€
Matériel pour amblyopie (sur prescription médicale) par œil et par année civile, ticket modérateur au-delà		Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)		365€	365€	365€	365€
Prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive dont kératotomie par œil		Néant	Néant	365€	400€

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

**Tel que défini réglementairement

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

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

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

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

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

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

AIDES AUDITIVES

PRESTATIONS

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

Nature des frais

MGEN
Initiale

MGEN
Equilibre

MGEN
Référence

MGEN
Intégrale

Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement*

Remboursement total de la dépense engagée
pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics

Aides auditives hors du panier 100% santé*

Mutualiste de moins de 20 ans
ou
Mutualiste atteint de cécité

1 400 €

1 400 €

1 590 €

1 640 €

Mutualiste 20 ans et plus

400 €

400 €

740 €

790 €

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

Forfait annuel accessoires par oreille

Piles/accumulateurs remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile
Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait

Remboursement SS
+ 50 €

Remboursement SS
+ 50 €

Remboursement SS
+ 50 €

Remboursement SS
+ 50 €

NOTICE D'INFORMATION MGEN ASSISTANCE

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent. Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
Dès la souscription				
Conseils, écoute, orientation	Illimités			
Informations juridiques & site web	Illimités			
Conseils et informations médicales	Illimités			
En cas d'hospitalisation, d'immobilisation et de maternité				
	Hospitalisation +24H	Immobilisation +48H suite ambulatoire	immobilisation imprévue +5J ou prévue +10J	Maternité +4J Naissance multiple et/ou césarienne
Aide à domicile	10 heures	10 heures	10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne & pédicure à domicile, coaching santé et nutrition...)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	40 heures	40 heures	40 heures
Transport activités extra-scolaire	4 transports	4 transports	4 transports	4 transports
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures	40 heures	40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours	30 jours	30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois	3 mois	3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuits	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuits	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuits	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/nuits
Transfert post-hospitalisation	200 euros TTC			
	Hospitalisation de plus de 14 jours			
Préparation du domicile (aide à domicile)	4 heures			
	Hospitalisation ou immobilisation de plus de 14 jours de l'enfant			
École à domicile	10 heures /semaine			
	Immobilisation imprévue			
Acheminement des médicaments	3 fois /an			
Accompagnement aux courses	3 fois /an			
En cas de pathologie lourde de l'enfant				
Transport rendez-vous médicaux	1 transport aller-retour/mois			
Bilan situationnel/diagnostic habitat	1 bilan diagnostic/évènement			
Service travaux pour aménager le domicile	1 mise en relation/évènement			
En cas de perte temporaire d'autonomie du membre participant actif (PTA)				
Téléassistance	3 mois			
Bilan situationnel ergothérapeute/diagnostic habitat	1 bilan diagnostic/évènement			
Service travaux pour aménager le domicile	1 mise en relation/évènement			
	Enveloppe de services (50 unités maximum sur 12 mois)			
	Unité de mesure			Valeur unitaire
Présence d'un proche	1 transport aller-retour + 2 nuits d'hébergement (92 euros TTC/nuits)			10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller-retour			4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison			2 unités
Livraison de courses	1 livraison			4 unités
Portage de repas	1 portage (livraison + repas)			1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement + 1 prestation shampoing/coupe/brushing			1 unité
Entretien de jardin	1 heure			1 unité
Garde d'enfants	1 heure			2 unités
Conduite à l'école	1 transport aller-retour			4 unités
Conduite activités extrascolaires	1 transport aller-retour			4 unités
En cas de mutation professionnelle				
Aide à la recherche d'emploi du conjoint	3 entretiens			
Aide au déménagement	Illimitée			
Nettoyage du logement quitté	500 euros TTC			

➤ Domaine d'application

I - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le Membre Participant de la Mutuelle et son Bénéficiaire Conjoint relevant des articles I et I5 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance,
- les Bénéficiaires Enfants âgés de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge vivant au domicile du Membre Participant.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de la complémentaire santé.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle, 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

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et, par assimilation, aux principautés d'Andorre et de Monaco) et dans les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion).

Les garanties d'assistance s'appliquent :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,

Pour tout déplacement* :

- en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, le transport est effectuée en France métropolitaine Andorre ou Monaco,
- dans les DROM, si le domicile du Bénéficiaire de la garantie et situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence du Bénéficiaire de la garantie.

**Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une pathologie lourde de l'enfant,
- une Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) pour les Membres Participants actifs,
- une mutation professionnelle.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire une assistance et/ou un accompagnement qui correspond(ent) le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

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 sont acquises en tout temps.

5 - Modalités de mise en oeuvre

Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 Heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone (numéro Cristal – appel non surtaxé) :

09 72 72 27 28

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

- par téléphone : 00 33 9 72 72 27 28

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro 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 vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avvertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), 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.

6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7 - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs **et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire).** Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

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.

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 résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (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).

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 les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident corporel : 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 accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éviscérations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) 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.

Aidé : est considérée comme personne aidée, toute personne qui du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap nécessite l'aide d'un proche aidant de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

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 de compagnie : sont considérés comme animaux 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 de l'adhérent.

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.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : sont considérés comme ayants droit du Membre Participant ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire conjoint : défini à l'article 10 - I des statuts MGEN et nommément désigné au fichier.

Le Membre Participant 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.

Bénéficiaire enfant : défini à l'article 10-2 des statuts MGEN et nommément désigné au fichier. Le Membre Participant ne peut étendre sa couverture familiale qu'à :

- son enfant de moins de 18 ans ou son enfant handicapé sans limite d'âge.

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).

Bénéficiaires des garanties : le Membre Participant ainsi que le Bénéficiaire Conjoint et les Bénéficiaires Enfants vivant sous le même toit que le Membre Participant (enfants de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge).

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 : structure de soins qui contribue 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.

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

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 de l'Adhérent, 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 de l'Adhérent 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 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.

Dommages 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 kilomètres 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.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure,
- une pathologie lourde de l'enfant,
- une Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) pour les Membres Participants actifs,
- une mutation professionnelle.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

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 spécifique. **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, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, 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.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours 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 aides déjà en place...). 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.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre Participant : personne physique qui, par le paiement régulier de ses cotisations, acquiert ou font acquérir à ses Bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

Mutation professionnelle : changement de poste et de lieu de travail au sein de la même entreprise ou groupe d'entreprise, qu'il soit à l'initiative de l'employeur ou du salarié.

Pathologies lourdes : Les pathologies lourdes dans le cadre de la présente notice d'information sont :

- complication invalidante suite à des actes chirurgicaux,
- diabète insulino-instable,
- hémopathie,
- infarctus ou pathologie cardiaque invalidante,
- insuffisance hépatique sévère,
- insuffisance rénale dialysée décompensée,
- insuffisance respiratoire instable,
- leucémie,
- mucoviscidose,
- myopathie,
- paralysie non traumatique,
- pathologie nécessitant un traitement par radiothérapie ou chimiothérapie,
- polyarthrite rhumatoïde évolutive,
- sclérose latérale amyotrophique,
- suite de transplantation d'organe,

mais également certaines polypathologies (associations de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de l'Assisteur.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Perte temporaire d'autonomie (PTA) : versement d'une prestation par MGEN, dans les conditions définies ci-après, au Membre Participant et/ou au Bénéficiaire Conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le Membre Participant et/ou le Bénéficiaire Conjoint :

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

***maladies garanties :** infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, cancers.

****accidents garantis :** par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Membre Participant et/ou du Bénéficiaire Conjoint et provoquée exclusivement par un événement extérieur imprévu et soudain.

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

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

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

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

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assiste   afin d'apporter la justification médicale de l'év  nement 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 1er dégré, 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 du Bénéficiaire 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.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

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 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 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assiste   est seul décisionnaire du moyen utilisé.

➤ écoute, conseil & orientation

9 -   coute, conseil & orientation

Le service écoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assiste   peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assiste   peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste    la charge du Bénéficiaire.**

10 - Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

En complément, l'Assiste   met à disposition des Bénéficiaires un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers-types, fiches pratiques et de rapports de suivis.

11 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assiste   ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux,
- achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

➤ Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation

12 - 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 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

13 - Prestations en cas

- D'hospitalisation de plus de 24 heures,
- De maternité de plus de 4 jours,
- D'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours,
- D'immobilisation de plus de 48 heures suite à une hospitalisation en ambulatoire.

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la ou les prestations adaptées à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation 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 raison d'un maximum 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 - Prestations de bien-être et de soutien

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 organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :**

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C - Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et 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 ou pendant l'immobilisation.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école et à la crèche ;
- soit la conduite aux activités extra-scolaire dans la limite d'un aller-retour par semaine, **sur une période de 30 jours maximum ;**
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France 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 à son domicile, l'Assisteur organise et 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 ou pendant l'immobilisation ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France 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 personnes dépendantes.

E - Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermique.

F - Dispositif de téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et 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 et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

L'assisteur organise et prend également en charge l'hébergement **pour 2 nuits (petits déjeuners inclus), à concurrence de 92 euros TTC par nuit.**

H - Transfert post-hospitalisation chez un proche

En cas d'hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge le **transport aller/retour non médicalisé à concurrence de 200 euros TTC.** Le transport s'organise du domicile du Bénéficiaire vers le domicile d'un proche et dans les 5 jours maximum qui suivent la sortie d'hospitalisation.

14 - En cas d'hospitalisation de plus de 14 jours

Préparation du retour au domicile

L'Assisteur organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile **dans la limite de 4 heures** pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- La réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques ;
- La mise en température du chauffage du logement ;
- Le ménage ;
- Les courses ;

Le coût des courses demeurant à la charge du Bénéficiaire.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention du Bénéficiaire ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. L'Assisteur intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation.

Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, l'Assisteur organise et prend en charge, **dans la limite de 100 euros TTC** le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

15 - Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

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 14^e 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'Education 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 ou 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 ;

- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

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, Ire et 2e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire 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.

➤ Prestations d'assistance en cas de pathologie lourde de l'enfant

16 - Prestations en cas de pathologie lourde de l'enfant

En cas de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement long (traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie), l'Assisteur organise et prend en charge les garanties ci-après, **à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie.**

Ces prestations viennent en complément des prestations décrites à l'article 12 « Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures, de maternité de plus de 4 jours, d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours, d'immobilisation de plus de 48 heures suite à une hospitalisation en ambulatoire. »

Leur mise en œuvre est soumise à la transmission préalable d'un certificat médical adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins de la Plateforme d'Assistance MGEN MSP.

A - Transport aux rendez-vous médicaux

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour aux rendez-vous médicaux à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie (traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie), **à concurrence d'un transport par mois et dans la limite de 12 mois maximum.**

B - Bilan situationnel/diagnostic habitat

L'Assisteur organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du Bénéficiaire, **dans la limite d'un dossier par événement.**

Cette prestation est mise en œuvre en France métropolitaine seulement.

Contenu de la prestation :

- évaluation de la personne dans son lieu de vie,
- recherche de compensations efficaces (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...),
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

C - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteuse met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à la charge du Bénéficiaire de la garantie.

➤ Prestations d'assistance en cas de perte temporaire d'autonomie (PTA) du membre participant actif

17 - Prestations en cas de perte temporaire d'autonomie (PTA)

A - Enveloppe de services

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteuse met à disposition du Membre Participant actif une enveloppe **de services limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois**.

Il ne sera accordé **qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois**. Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que l'accord Membre Participant actif aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Le détail des prestations est consultable dans le tableau de garantie au début de la présente notice d'information.

B - Téléassistance

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteuse organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum**. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteuse aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement.

C - Bilan situationnel par un ergothérapeute/diagnostic habitat

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, l'Assisteuse organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile du Bénéficiaire, dans la limite d'un dossier par événement lors de la survenance de la PTA.

Cette prestation est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et contient :

- l'évaluation de la personne dans son lieu de vie,
- la recherche de compensations efficaces (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animale, aide humaine...),
- la rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

D - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteuse met le Bénéficiaire en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement :

- envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations,
- établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis,
- vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en œuvre en France métropolitaine seulement et limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à la charge du Membre Participant actif.

➤ Prestations d'assistance en cas de mutation professionnelle

18 - Prestations en cas de mutation professionnelle

En cas de mutation en France, l'assisteuse organise et prend en charge :

A - Aide à la recherche d'emploi du conjoint

Ce service comprend notamment :

- la mise en ligne du Curriculum Vitae du Bénéficiaire Conjoint,
- l'accès à des offres ciblées,
- une démarche d'accompagnement individualisé...

Le suivi du conjoint sera réalisé par le biais de **3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours**.

B - Aide au déménagement

L'Assisteuse transmet au Bénéficiaire, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou d'une société de garde-meubles. **Le coût du déménagement et/ou du garde-meubles reste à la charge du bénéficiaire.**

C - Nettoyage du logement quitté

L'Assisteuse organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, **dans la limite de 500 euros TTC. La garantie doit être mise en œuvre sur une période d'un mois suivant le déménagement**

➤ Cadre juridique

19 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteuse » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

20 - Conditions restrictives d'application des garanties

A - Comportement abusif

L'Assisteuse ne sera pas tenue 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 du contrat.

L'Assisteuse 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'Assisteuse 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.

B - Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'exams préalables 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 ou pandémique 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.

C - 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'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- 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.

21 - Exclusions

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 frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- 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 des services de l'Assisteur 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.

22 - 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 dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

23 - 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.

24 - 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 l'Assisteur l'estime opportun.

25 - 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, 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 de l'Adhérent, 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 l'Adhérent 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, 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.

26 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA 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.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

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 Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

27 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

28 - 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.

NOTICE D'INFORMATION GARANTIE D'ASSISTANCE MGEN SAD ASSURANCE

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès du Service d'Aide à Domicile Assurance, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent. Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE			
Prestations d'assistance				
	Arrêt de travail +30j	Immobilisation	Perte temporaire d'Autonomie	Maternité complexes, Césarienne, multiples
Aide à domicile	12 heures/an			
Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF)				
En cas de traitement anticancéreux				
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement			

➤ Domaine d'application

I - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties du Service d'Aide à Domicile Assurance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le Membre Participant de la Mutuelle et son Bénéficiaire Conjoint, dont le Règlement Mutualiste ou le contrat ouvre droit à la garantie du Service d'Aide à Domicile Assurance.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties de la complémentaire santé ouvrant droit à la garantie Service d'Aide à Domicile.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle, 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 le Service d'Aide à Domicile Assurance en France métropolitaine, Monaco, Andorre ou dans les DROM*.

* Dans les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale, le Service d'Aide à Domicile Assurance s'entend à l'intérieur du département uniquement.

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- un arrêt de travail sans hospitalisation supérieur à 30 jours,
- une immobilisation toutes causes,
- une maternité avec difficultés de santé, ou naissances prématurées ou multiples,
- une pathologie lourde ouvrant droit à la prestation perte temporaire d'autonomie,
- un traitement anticancéreux.

La prestation est attribuée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré d'intervention du Service d'Aide à Domicile Assurance. De fait le Service d'Aide à Domicile Assurance propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison.

Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

5 - Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'assisteuse sans interruption, 24 Heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone (appel non surtaxé) :

09 72 72 27 28

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

- par téléphone : 00 33 9 72 72 27 28

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec le Service d'Aide à Domicile Assurance.

Le Service d'Aide à Domicile Assurance est une aide ponctuelle qui est déclenchée selon les faits générateurs ci-avant énoncés et consiste en une prise en charge intégrale pouvant aller jusqu'à 12 heures.

Il s'agit d'un forfait utilisable en une ou plusieurs fois sur une année glissante (la date de début étant la date de déclenchement de la prestation) et est constitué d'une prestation réalisée soit par :

- une Aide à Domicile,
- une Auxiliaire de Vie Sociale (AVS),
- une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Le choix de la prestation est défini en fonction des événements rencontrés par le Bénéficiaire et le Service d'Aide à Domicile Assurance. Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ce délai, le Service d'Aide à Domicile Assurance pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir au Service d'Aide à Domicile Assurance tous les justificatifs qui seraient exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par le Service d'Aide à Domicile Assurance sont des pièces originales ou des copies.

6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, le Service d'Aide à Domicile Assurance se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention du Service d'Aide à Domicile Assurance, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par le Service d'Aide à Domicile Assurance ou en accord préalable avec lui.

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau du Service d'Aide à Domicile Assurance à assurer ces prestations.

7 - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable du Service d'Aide à Domicile Assurance et sur présentation des justificatifs demandés.

En conséquence, le Service d'Aide à Domicile Assurance ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait 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 du Service d'Aide à Domicile Assurance, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage...).

Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, le Service d'Aide à Domicile Assurance pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par le Service d'Aide à Domicile Assurance, après accord préalable du Service d'Aide à Domicile Assurance, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs **et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par le Service d'Aide à Domicile Assurance (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Dans de tels cas, le Service d'Aide à Domicile Assurance s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par le Service d'Aide à Domicile Assurance de l'ensemble des documents justificatifs.

En aucun cas, le Service d'Aide à Domicile Assurance ne pourra s'engager sur une obligation de résultat. Le Service d'Aide à Domicile Assurance se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8 - Définitions

Pour l'application de la présente Notice d'Information, on entend par :

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 le Service d'Aide à Domicile Assurance après évaluation.**

Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) : la mission de l'Auxiliaire de Vie Sociale consiste à aider les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. Elle assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants Droit : sont considérés comme Ayants Droit du Membre Participant ceux inscrits comme tels par ce Membre Participant au titre de sa garantie complémentaire santé. Bénéficiaire : le Membre Participant et son Bénéficiaire Conjoint.

Bénéficiaire Conjoint : Le Membre Participant peut étendre la couverture familiale :

- à son conjoint,
- à son partenaire lié par un PACS,
- 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.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue 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.**

Chimiothérapie : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Il peut être administré par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

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, en Andorre 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 par domicile principal, on entend le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte.

Etablissement 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.

État d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

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 spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Immobilisation : désigne toute immobilisation prévue ou imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle le Service d'Aide à Domicile Assurance 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.

Immunothérapie : traitement destiné à augmenter ou à provoquer l'immunité de l'organisme par l'injection d'anticorps ou d'antigènes.

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.

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Liste des pathologies lourdes : leucémie, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathie, insuffisance hépatique sévère, diabète insulinoinstable, myopathie, insuffisance respiratoire ins table, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux, pathologie nécessitant un traitement par radio chimiothérapie et certaines polypathologies (associations de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de le Service d'Aide à Domicile Assurance.

Membre participant : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif qui, par le paiement régulier de ses cotisations, acquiert ou font acquérir à ses Bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle dont le règlement mutualiste ou le contrat ouvre droit à la garantie du Service d'Aide à Domicile Assurance.

Perte temporaire d'autonomie (PTA) : versement d'une prestation par MGEN, dans les conditions définies ci-après, au Membre Participant et/ou au Bénéficiaire Conjoint qui est en situation de perte temporaire d'autonomie.

Est considéré en situation de perte temporaire d'autonomie, le Membre Participant et/ ou le Bénéficiaire Conjoint :

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

*maladies garanties : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, cancers.

**accidents garantis : par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du Membre Participant et /ou du Bénéficiaire Conjoint et provoquée exclusivement par un événement extérieur imprévu et soudain.

N'est pas considéré comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale. La maladie ou l'accident défini(e) ci-dessus survenu(e) avant la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle n'ouvre pas droit à une prise en charge.

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

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

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par le Service d'Aide à Domicile Assurance 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...).

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) : la mission de la Technicienne l'Intervention Sociale et Familiale consiste en l'intervention auprès de personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières : difficultés sociales, hospitalisation, femme qui vient d'accoucher, parent isolé ou qui élève seul un enfant handicapé, longue maladie, personne gravement malade, handicap, décès d'un parent.

Traitement anticancéreux : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie, radiothérapie ou immunothérapie 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.

➤ Prestations d'assistance

9 - Prestations en cas :

- D'arrêt de travail sans hospitalisation supérieur à 30 jours,
- D'immobilisation toutes causes,
- De maternité avec difficultés de santé, ou naissances prématurées ou multiples,
- De pathologie lourde ouvrant droit à la prestation perte temporaire d'autonomie,

Le Service d'Aide à Domicile Assurance évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande et met en place la ou les prestations les plus adaptées à ses besoins **à concurrence d'un maximum de 12 heures** d'aide qui peuvent être soit :

- une prestation d'Aide à domicile ;
- une prestation d'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) ;
- une prestation de Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF).

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par le Service d'Aide à Domicile Assurance.

10 - Prestations en cas de traitement anticancéreux

Le Service d'Aide à Domicile Assurance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie, chimiothérapie ou immunothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter le Service d'Aide à Domicile Assurance dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

➤ Cadre juridique

I 1 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées 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, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

I 2 - Conditions restrictives d'application des garanties

A - 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 du contrat.

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.

B - Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables 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 ou pandémique 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.

C - 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'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- 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.

I 3 - Exclusions

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 frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- 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 des services de l'Assisteur 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.

I 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 dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

I 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.

16 - 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 l'Assisteur l'estime opportun.

17 - 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, 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 de l'Adhérent, 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-II 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-I2 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.

18 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre

un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé. Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA 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.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

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 Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

19 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

20 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Buda-pest - 75436 PARIS Cedex 09.

Annexe 2

Tableaux des cotisations

COTISATIONS ANNUELLES 2025 TTC – RÉGIME GÉNÉRAL (SANTÉ, PRÉVOYANCE, ASSISTANCE)

	ACTIF ⁽¹⁾							
	Cotisation calculée sur la base brute fiscale de l'ensemble des employeurs ⁽²⁾							
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	À partir de 60 ans
MGEN Initiale	1,77%	2,13%	2,37%	2,87%	2,99%	3,14%	3,23%	3,52%
Cotisation plancher annuelle	303 €	363 €	402 €	486 €	504 €	519 €	534 €	546 €
Cotisation plafond annuelle	951 €	1 197 €	1 533 €	1 533 €	1 533 €	1 533 €	1 533 €	1 533 €
MGEN Equilibre Actif	2,59%	3,04%	3,49%	3,84%	3,96%	4,13%	4,21%	4,55%
Cotisation plancher annuelle	495 €	588 €	669 €	732 €	747 €	759 €	792 €	792 €
Cotisation plafond annuelle	1 647 €	1 803 €	2 052 €	2 064 €	2 070 €	2 082 €	2 094 €	2 106 €
MGEN Equilibre Actif Renforcée	3,01%	3,41%	3,97%	4,49%	4,58%	4,81%	4,84%	5,32%
Cotisation plancher annuelle	495 €	588 €	669 €	732 €	747 €	759 €	792 €	792 €
Cotisation plafond annuelle	1 920 €	2 106 €	2 394 €	2 415 €	2 421 €	2 430 €	2 442 €	2 463 €
MGEN Référence Actif	2,51%	2,92%	3,31%	3,50%	3,60%	3,73%	3,77%	4,06%
Cotisation plancher annuelle	498 €	573 €	654 €	687 €	708 €	738 €	744 €	795 €
Cotisation plafond annuelle	1 569 €	1 755 €	1 950 €	1 956 €	1 962 €	1 968 €	1 971 €	1 980 €
MGEN Référence Actif Renforcée	2,90%	3,24%	3,76%	4,08%	4,16%	4,33%	4,35%	4,74%
Cotisation plancher annuelle	498 €	573 €	654 €	687 €	708 €	738 €	744 €	795 €
Cotisation plafond annuelle	1 827 €	2 043 €	2 274 €	2 280 €	2 289 €	2 295 €	2 304 €	2 313 €
MGEN Intégrale Actif	3,37%	3,83%	4,44%	4,66%	4,80%	4,96%	5,05%	5,41%
Cotisation plancher annuelle	705 €	798 €	924 €	969 €	999 €	1 017 €	1 035 €	1 083 €
Cotisation plafond annuelle	1 902 €	2 118 €	2 361 €	2 373 €	2 388 €	2 400 €	2 406 €	2 430 €
MGEN Intégrale Actif Renforcée	3,82%	4,21%	4,94%	5,34%	5,43%	5,65%	5,69%	6,20%
Cotisation plancher annuelle	705 €	798 €	924 €	969 €	999 €	1 017 €	1 035 €	1 083 €
Cotisation plafond annuelle	2 214 €	2 466 €	2 757 €	2 769 €	2 781 €	2 799 €	2 811 €	2 832 €
MGEN Prévoyance Actif	0,70%	0,75%	0,84%	1,21%	1,21%	1,60%	1,60%	1,60%
Cotisation plancher annuelle	138 €	222 €	222 €	225 €	228 €	228 €	234 €	234 €
Cotisation plafond annuelle	462 €	702 €	708 €	714 €	720 €	726 €	732 €	738 €
MGEN Prévoyance Actif Renforcée	1,15%	1,18%	1,34%	1,89%	1,89%	2,38%	2,38%	2,38%
Cotisation plancher annuelle	138 €	222 €	222 €	225 €	228 €	228 €	234 €	234 €
Cotisation plafond annuelle	720 €	1 017 €	1 029 €	1 035 €	1 041 €	1 056 €	1 065 €	1 077 €

+ 6,84 € au titre des contrats collectifs souscrits auprès de RMA

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

	RETRAITÉ ⁽¹⁾			
	Cotisation calculée sur l'ensemble des pensions personnelles des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires			
	Moins de 65 ans	De 65 à 69 ans	70 à 74 ans	À partir de 75 ans
MGEN Initiale	4,44%	4,44%	4,82%	4,82%
Cotisation plancher annuelle	594 €	594 €	636 €	648 €
Cotisation plafond annuelle	1 497 €	1 497 €	1 524 €	1 524 €
MGEN Équilibre Retraité	5,68%	5,68%	6,19%	6,32%
Cotisation plancher annuelle	852 €	852 €	903 €	927 €
Cotisation plafond annuelle	1 956 €	1 956 €	2 007 €	2 007 €
MGEN Référence Retraité	4,86%	4,86%	5,35%	5,49%
Cotisation plancher annuelle	915 €	915 €	984 €	1 005 €
Cotisation plafond annuelle	1 920 €	1 920 €	1 980 €	1 980 €
MGEN Intégrale Retraité	6,96%	6,96%	7,80%	7,95%
Cotisation plancher annuelle	1 239 €	1 239 €	1 353 €	1 389 €
Cotisation plafond annuelle	2 403 €	2 403 €	2 457 €	2 457 €
MGEN Prévoyance Retraité	0,58%	0,58%	0,73%	0,75%
Cotisation plancher annuelle	114 €	114 €	114 €	120 €
Cotisation plafond annuelle	300 €	300 €	309 €	309 €

+ 6,84 € au titre des contrats collectifs souscrits auprès de RMA

	MEMBRE PARTICIPANT ASSOCIÉ											
	Cotisation sur la base d'un forfait annuel											
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	408 €	429 €	462 €	561 €	669 €	777 €	804 €	822 €	840 €	858 €	870 €	897 €
MGEN Equilibre Affinité	585 €	702 €	786 €	909 €	957 €	966 €	990 €	1 053 €	1 080 €	1 098 €	1 113 €	1 161 €
MGEN Référence Affinité	537 €	642 €	726 €	840 €	882 €	894 €	957 €	1 191 €	1 278 €	1 299 €	1 329 €	1 371 €
MGEN Intégrale Affinité	687 €	789 €	927 €	1 062 €	1 125 €	1 134 €	1 218 €	1 572 €	1 635 €	1 656 €	1 683 €	1 725 €
MGEN Equilibre	546 €	663 €	771 €	867 €	897 €	903 €	909 €	951 €	978 €	1 005 €	1 050 €	1 110 €
MGEN Référence	510 €	603 €	699 €	792 €	819 €	822 €	879 €	1 089 €	1 155 €	1 191 €	1 236 €	1 281 €
MGEN Intégrale	648 €	750 €	912 €	1 017 €	1 056 €	1 062 €	1 119 €	1 437 €	1 494 €	1 515 €	1 596 €	1 656 €
MGEN Prévoyance Affinité	42 €	45 €	54 €	57 €	66 €	84 €	93 €	117 €	135 €	150 €	183 €	222 €

Dont 6,84 € au titre des contrats collectifs souscrits auprès de RMA

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

MEMBRE PARTICIPANT JEUNE													
Cotisation sur la base d'un forfait annuel													
	Moins de 25 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
ÔJI Essentielle	201 €	243 €	315 €	438 €	663 €	714 €	735 €	759 €	783 €	801 €	810 €	825 €	858 €
ÔJI Initiale	300 €	312 €	369 €	486 €	588 €	741 €	873 €	921 €	969 €	1 011 €	1 092 €	1 134 €	1 191 €
ÔJI Équilibre	336 €	366 €	513 €	774 €	882 €	945 €	969 €	996 €	1 029 €	1 083 €	1 179 €	1 251 €	1 347 €
ÔJI Référence	411 €	447 €	519 €	735 €	837 €	915 €	936 €	966 €	1 005 €	1 038 €	1 143 €	1 197 €	1 275 €
ÔJI Intégrale	480 €	543 €	702 €	987 €	1 089 €	1 182 €	1 215 €	1 239 €	1 269 €	1 332 €	1 428 €	1 524 €	1 602 €

Dont 3,96 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA et 1,74 € au titre du contrat collectif souscrit auprès d'IMA.

MEMBRE PARTICIPANT ORPHELIN				
Cotisation sur la base d'un forfait annuel				
	De 16 à moins de 18 ans	De 18 à 29 ans		À partir de 29 ans en situation de handicap
		Moins de 25 ans	De 25 à 29 ans	
MGEN/ÔJI Initiale	246 €	300 €	312 €	312 €
MGEN/ÔJI Équilibre	285 €	336 €	366 €	366 €
MGEN/ÔJI Référence	336 €	411 €	447 €	447 €
MGEN/ÔJI Intégrale	408 €	480 €	543 €	543 €

Dont 3,96 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA et 1,74 € au titre du contrat collectif souscrit auprès d'IMA.

BÉNÉFICIAIRE CONJOINT												
Cotisation sur la base d'un forfait annuel												
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	408 €	429 €	462 €	561 €	669 €	777 €	804 €	822 €	840 €	858 €	870 €	897 €
MGEN Équilibre Affinité	585 €	702 €	786 €	909 €	957 €	966 €	990 €	1 053 €	1 080 €	1 098 €	1 113 €	1 161 €
MGEN Référence Affinité	537 €	642 €	726 €	840 €	882 €	894 €	957 €	1 191 €	1 278 €	1 299 €	1 329 €	1 371 €
MGEN Intégrale Affinité	687 €	789 €	927 €	1 062 €	1 125 €	1 134 €	1 218 €	1 572 €	1 635 €	1 656 €	1 683 €	1 725 €
MGEN Équilibre	546 €	663 €	771 €	867 €	897 €	903 €	909 €	951 €	978 €	1 005 €	1 050 €	1 110 €
MGEN Référence	510 €	603 €	699 €	792 €	819 €	822 €	879 €	1 089 €	1 155 €	1 191 €	1 236 €	1 281 €
MGEN Intégrale	648 €	750 €	912 €	1 017 €	1 056 €	1 062 €	1 119 €	1 437 €	1 494 €	1 515 €	1 596 €	1 656 €
MGEN Prévoyance Affinité	42 €	45 €	54 €	57 €	66 €	84 €	93 €	117 €	135 €	150 €	183 €	222 €

Dont 6,84 € au titre des contrats collectifs souscrits auprès de RMA

BÉNÉFICIAIRE ENFANT DE MOINS DE 18 ANS⁽²⁾

- ayant droit Sécurité sociale du membre participant
- assuré social à titre personnel

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

MGEN Initiale	246 €
MGEN Équilibre	285 €
MGEN Référence	336 €
MGEN Intégrale	408 €

BÉNÉFICIAIRE ENFANT ÂGÉ DE 18 À 29 ANS⁽²⁾

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	De 18 à 24 ans	De 25 à 29 ans
Ôji Initiale	300 €	312 €
Ôji Equilibre	336 €	366 €
Ôji Référence	411 €	447 €
Ôji Intégrale	480 €	543 €

BÉNÉFICIAIRE ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 29 ANS EN SITUATION DE HANDICAP RECONNU PAR LES MDPH⁽²⁾

Cotisation sur la base d'un forfait annuel

MGEN Initiale	312 €
MGEN Equilibre	366 €
MGEN Référence	447 €
MGEN Intégrale	543 €

(2) Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des enfants bénéficiaires à partir du 4^e enfant couvert, dès lors que tous les bénéficiaires enfants sont rattachés au même membre participant.

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

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

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

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

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

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

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

Annexe 3

Offre Ôji

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Honoraires médicaux					
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)					
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*	100%	100%	100%	100%	170%
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*					150%
Consultations / Visites de médecins spécialistes					
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	100%	170%	100%	200%
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*			150%		175%
Consultations / Visites de sages-femmes					
Sages-femmes	100%	100%	125%	100%	125%
Actes techniques dont radiologie					
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	100%	170%	100%	200%
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*			150%		175%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.					
Honoraires paramédicaux					
Honoraires des auxiliaires médicaux					
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	100%	125%	100%	125%
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses - Actes de laboratoire	100%	100%	125%	100%	125%
Honoraires de pharmacie remboursée par la Sécurité sociale					
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments					
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%	100%	100%	100%

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	Remboursement SS + 25 € / année civile	15 %	Remboursement SS + 50 € / année civile
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Néant	Néant		Néant	
Honoraires de pharmacie remboursés par la sécurité sociale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose (dans la limite de deux actes par année civile)	Néant	77 €	77 €	77 €	77 €

Autres soins (se soigner autrement)

Ostéopathie (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	80 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	120 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	100 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance	160 € / année civile avec un maximum de 40 € par séance
Quand le mutualiste a recours à un ostéopathe partenaire KALIXIA Ostéo, il bénéficie de tarifs encadrés sur les consultations.					
Acupuncture (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Homéopathie *					
Consultations diététicien (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Chiropraxie (Selon conditions définies à l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Psychomotricité (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Ergothérapie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Sophrologie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Naturopathie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Étiopathie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Hypnothérapie (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Pédicures podologues (selon conditions définies par l'article 30 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Kinésithérapie dite "méthode de reconstruction posturale" (20 séances maximum par année civile) (Selon conditions définies à l'article 28 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	16 € par séance	16 € par séance	16 € par séance	16 € par séance

* La limite de 40 € par séance ne s'applique pas à l'homéopathie

Psychothérapie

Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale

Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 11 séances par année civile)	100 %				
---	-------	--	--	--	--

Psychothérapie non remboursée par la Sécurité sociale

Séances de psychothérapie (20 séances maximum par année civile) (Selon conditions définies à l'article 28 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	10 € par séance	15 € par séance	15 € par séance	20 € par séance
--	-------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

SOINS COURANTS					
Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Prévention					
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception / Tests de grossesse (Selon conditions définies à l'article 24 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	75 € / année civile	125 € / année civile	75 € / année civile	150 € / année civile
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (Selon conditions définies à l'article 24 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)				Néant	
Bilan de psychomotricité (Selon conditions définies à l'article 24 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	Néant	Néant	Néant		
Ostéodensitométrie (remboursée ou non par la Sécurité sociale) (Selon conditions définies à l'article 24 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)					
Dépistage Prénatal Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) / Amniocentèse (Selon conditions définies à l'article 28 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance)	100%	100%	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte
Forfait Complémentaire spécifique de prévention ou bonus prévention					
Protections auditives jetables	Néant	50 € / année civile	50 € / année civile	50 € / année civile	50 € / année civile
Prévention des risques routiers (éthylotests et gilets réfléchissants conformes à la réglementation norme CE)					
Automédication					
Abonnements annuels aux clubs de sports et licences sportives					
Cures thermales					
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	Remboursement SS uniquement, soit 70 %	100%	100%	100%	100%
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	Remboursement SS uniquement, soit 65 %	100%	100%	100%	100%
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement : Pour les cures remboursées par la Sécurité sociale	Remboursement SS uniquement, soit 65 %	Remboursement SS uniquement, soit 65 %	Remboursement SS + 100€ / séjour	Remboursement SS + 75 € / séjour	Remboursement SS + 150€ / séjour
Pour les cures non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	Néant			
Transports					
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical					
Appareillages et dispositifs médicaux					
- Accessoires et pansements, appareillage et orthopédie remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
- Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale			230%	230%	350%
Prothèses					
- Prothèse oculaires	100% BRSS La prise en charge ainsi définie permet un remboursement total de la dépense engagée, pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Prothèses capillaires					
- Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
- Prothèse capillaire totale classe II (*)	100%	100%	100%	245%	245%
- Prothèse capillaire partielle (*)	100%	100%	100%	100%	100%
- Accessoires capillaires (3 accessoires *)	100%	100%	100%	200%	200%
*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-I du code de la sécurité sociale					

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Prothèses mammaires externes					
- Par prothèse	100%	100%	100%	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€
Forfait produits complémentaires non remboursés par la Sécurité sociale (soutien-gorge et maillot de bain prescrits et adaptés aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et set mamelons auto-adhérents)	Néant	Néant	Néant	130€ / an	130€ / an

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 29 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	170%	150%	200%
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	150%	130%	175%
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prise en charge du Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.					
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie					
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN					
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour	40€ / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour	45€ / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
- Chambre particulière en maternité		50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour	50€ / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)		25€	25€	25€	25€
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN					
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	Néant	18,50€ / jour	18,50€ / jour	18,50€ / jour
- Chambre particulière en psychiatrie			30€ / jour	30€ / jour	30€ / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, maternité)			33€ / jour	33€ / jour	33€ / jour

Frais d'accompagnant					
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	Néant	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée	38,50 € / nuitée
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN.		Néant	25 € / nuitée	25 € / nuitée	25 € / nuitée
**Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement. L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir; la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant. La formule ÔJl Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement hospitalier.					

DENTAIRE					
Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJl Essentielle	ÔJl Initiale	ÔJl Equilibre	ÔJl Référence	ÔJl Intégrale
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*					
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Inlay core (avec ou sans clavette)					
Bridge dento-porté					
Couronne transitoire dento-portée					
Appareil amovible en résine					
Réparations sur appareil amovible en résine					
*Tel que défini réglementairement					
Soins et prothèses hors panier 100% Santé					
Soins					
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100€	100€	100€	150€	150€
Prothèses					
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale					
Couronne définitive sur dent visible (incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	120€	300€	300€	420€	420€
Couronne définitive sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	120€	120€	120€	216€	300€
Inlay core (avec ou sans clavette)	90€	90€	90€	153€	175€
Bridge 3 éléments	279,50€	559€	559€	839€	978€
Élément supplémentaire de bridge (pilier) (pilier)	107,50€	107,50€	107,50€	182,75€	209€
Élément supplémentaire de bridge (intermédiaire)	0,10€ 10,75€	0,10€ 10,75€	0,10€ 10,75€	0,17€ 29€	0,20€ 32€
Couronne transitoire	10€	20€	20€	30€	35€

DENTAIRE

PRESTATIONS

Nature des frais

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

ÔJI Essentielle

ÔJI Initiale

ÔJI Equilibre

ÔJI Référence

ÔJI Intégrale

Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale

- 1 à 3 dents	193,50€	193,50€	193,50€	329€	426€
- 4 dents	204,25€	204,25€	204,25€	347€	449€
- 5 dents	215,00€	215,00€	215,00€	365€	473€
- 6 dents	225,75€	225,75€	225,75€	384€	497€
- 7 dents	236,50€	236,50€	236,50€	402€	520€
- 8 dents	247,25€	247,25€	247,25€	420€	544€
- 9 dents	258,00€	258,00€	258,00€	439€	568€
- 10 dents	268,75€	268,75€	268,75€	457€	591€
- 11 dents	279,50€	279,50€	279,50€	475€	615€
- 12 dents	290,25€	290,25€	290,25€	493€	639€
- 13 dents	301,00€	301,00€	301,00€	512€	662€
- 14 dents	311,75€	311,75€	311,75€	530€	686€
Ajout dent contreplaquée	100%	Remboursement SS + 12,90€ / dent	Remboursement SS + 12,90€ / dent	Remboursement SS + 26€ / dent	Remboursement SS + 26€ / dent

Réparations sur appareils amovibles en métal remboursées par la Sécurité sociale

- Adjonction ou changement d'élément ou réparation appareil sans démontage	100%	100%	100%	Remboursement SS + 46€ /dent	Remboursement SS + 46€ /dent
Réparation avec remontage					
- Pour 1 dent	100%	100%	100%	Remboursement SS + 51,16€	Remboursement SS + 51,16€
- De 2 à 14 dents				Remboursement SS + 5,16 € /dent	Remboursement SS + 5,16 € /dent

Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Rebasage	Néant	Néant	Néant	46€ par acte	46€ par acte
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	Néant	200€ / année civile	200€ / année civile	400€ / année civile	500€ / année civile

Orthodontie

Traitements remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement :					
- Examen avec prise d'empreinte et diagnostic	32,25€	32,25€	32,25€	48€	65€
- Examen avec analyse céphalométrique, en supplément	10,75€	10,75€	10,75€	16€	22€
Traitement actif (par semestre)	193,50€	348,30€	348,30€	542€	639€
Traitement de contention (1 ^{re} année)	161,25€	161,25€	161,25€	274€	355€
Traitement de contention (2 ^e année)	107,50€	107,50€	107,50€	161€	215€

Traitements non remboursés par la Sécurité sociale

Examens préalables au traitement	Néant	Néant	Néant	40€	60€
Traitement actif (par semestre) : 4 semestres maximum		195€	195€	270€	370€
Traitement de contention (1 ^{ère} année)		160€	160€	225€	310€
Traitement de contention (2 ^{ème} année)		110€	110€	150€	210€
Traitement d'occlusion		Néant	Néant	122€	122€

Implantologie

Prothèse remboursée par la Sécurité sociale

Couronne sur implant	107,50€	107,50€	107,50€	200€ dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes	322,50€ dans la limite de 3 couronnes sur 2 années civiles puis 161,25€ sur les suivantes
----------------------	---------	---------	---------	---	--

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Implant*					
Non remboursé par la Sécurité sociale (greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	Néant	Néant	500€ / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	650€ / implant (limité à 3 implants sur 2 années civiles)
Remboursé par la Sécurité sociale (Greffe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...). Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100%	100%	100%	En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement SS + 500 € / implant	En cas de prise en charge par la sécurité sociale, la prestation est ainsi exprimée : Remboursement SS + 650 € / implant (limité à 3 implants sur 2 années civiles)
Parodontie					
Traitement remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100% + forfait 400€ / année civile
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	Néant	

*Forfait par implant versé par dent concernée

OPTIQUE

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

			PRESTATIONS				
Nature des frais			Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
			ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale							
Équipements (monture et verres) entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**							
Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
		≥ 16 ans					
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans					
		≥ 16 ans					
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans					
		≥ 16 ans					
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans					
		≥ 16 ans					
Monture (classe A)		< 16 ans					
		≥ 16 ans					
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés							

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

			Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	100%		25 €	30 €	25 €	30 €	35 €	45 €	45 €	60 €
		≥ 16 ans			25 €	30 €	25 €	30 €	35 €	45 €	60 €	80 €
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	100 €	130 €
		≥ 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
		≥ 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	120 €	160 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	150 €	200 €
		≥ 16 ans			85 €	100 €	85 €	100 €	90 €	120 €	150 €	200 €
Monture (classe B)		< 16 ans		30 €		30 €		35 €		45 €		
		≥ 16 ans		30 €		30 €		60 €		90 €		

OPTIQUE

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

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
Lentilles de contact correctrices					
Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	100%	Remboursement SS + forfait 50€	Remboursement SS + forfait 100€	Remboursement SS + forfait 110€	Remboursement SS + forfait 170€
Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	Néant				
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)					
Autres prestations optiques					
Prisme incorporé	100%	Remboursement SS + forfait 7€	Remboursement SS + forfait 7€	Remboursement SS + forfait 15€	Remboursement SS + forfait 15€
	100%	Remboursement SS + forfait 2€	Remboursement SS + forfait 2€	Remboursement SS + forfait 13€	Remboursement SS + forfait 13€
Matériel pour amblyopie (sur prescription médicale) par œil et par année civile, ticket modérateur au-delà	100%	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€	Remboursement SS + 130€
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)	Néant	365€	365€	365€	365€
Prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive dont kératotomie par œil	Néant	Néant	Néant	365€	400€

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

**Tel que défini réglementairement

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

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

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

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

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

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

AIDES AUDITIVES

Nature des frais	PRESTATIONS				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	ÔJI Essentielle	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale

Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement*

Remboursement total de la dépense engagée

pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics

Aides auditives hors du panier 100% santé*

Mutualiste moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1400 €	1400 €	1590 €	1640 €
Mutualiste 20 ans et plus	400 €	400 €	400 €	740 €	790 €

Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia audio, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives.

Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.

Forfait annuel accessoires par oreille

Piles/accumulateurs remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile. Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait.	100%	Remboursement SS + forfait 50€	Remboursement SS + forfait 50€	Remboursement SS + forfait 50€	Remboursement SS + forfait 50€
---	------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

PRESTATIONS DE LA COUVERTURE INTERNATIONALE ÔJI ET DU COMPLEMENT DE COUVERTURE INTERNATIONALE ÔJI

L'offre ÔJI inclut la couverture internationale (CI) et permet de souscrire en option, contre le versement d'une cotisation spécifique, au complément de couverture internationale (CCI).

Ces deux couvertures internationales comprennent, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenu à l'étranger.

Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par MGEN auprès de IMA, au bénéfice :

- des Bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans ;
- des Membres participants Orphelins de 18 à 29 ans ;
- des Membres participants Jeunes.

Ci-après dénommés l'adhérent.

L'adhérent a droit aux couvertures internationales dans le cadre de séjours d'études ou touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France métropolitaine ou départements et régions d'outre-mer (DROM) ;
- effectuer des séjours d'études ou touristiques à l'étranger ;
- être bénéficiaire d'une couverture santé de premier niveau, l'organisme assurant cette couverture étant dénommé organisme primaire d'assurance maladie (OPAM).

L'OPAM peut être un organisme obligatoire d'assurance maladie Français (Sécurité sociale), une caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays), un organisme d'assurance maladie volontaire ou encore une assurance privée.

Pour les Bénéficiaires affiliés au régime obligatoire d'assurance maladie français (métropole et DROM), le remboursement est garanti avec un minimum égal au montant du ticket modérateur calculé par la Sécurité sociale française pour l'acte considéré.

	COUVERTURE INTERNATIONALE	COMPLEMENT DE COUVERTURE INTERNATIONALE
LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) et dans la limite de la dépense engagée		
HOSPITALISATION ET MATERNITÉ Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, MGEN complète la prise en charge de votre Organisme primaire d'assurance maladie (Sécurité sociale française, Assurance volontaire, Assurance privé...)		
Nature des frais	Montant des prestations santé	Montant des prestations santé
Honoraires médicaux et chirurgicaux Frais d'hébergement et de séjour Médicaments Transport Imagerie médicale	Prestation conventionnelle (établissement dans le réseau agréé IMA/MGEN international) La dispense d'avance des frais en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier agréé auprès de MGEN international/HCS/IMA/MGEN est accordée à tous les bénéficiaires, sous réserve de contacter au préalable : • HCS pour les résidents au Canada, U.S.A, Amérique centrale et du sud sauf Cuba • IMA pour les résidents en Europe sauf France, en Afrique, en Asie, en Océanie ou à Cuba Les bénéficiaires devront alors rembourser HCS ou IMA de la part des frais d'hospitalisation avancée pour le compte de leur organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) ; HCS ou IMA étant subrogée dans leurs droits.	
	100% des frais réels Dans la limite de 150 000 € par hospitalisation	100% des frais réels Dans la limite de 150 000 € par hospitalisation Puis, 80% du reste à charge au-delà de 150 000 € Plafonné à 250 000 € par hospitalisation
	Prestation non conventionnelle (établissement hors du réseau agréé IMA/MGEN international). Une hospitalisation hors du réseau IMA résultant d'un choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence) ne fera pas l'objet d'une prise en charge par IMA (aucun contrôle médical et aucune dispense d'avance de frais). Hors du réseau agréé d'établissements hospitaliers, l'adhérent doit acquitter la totalité de sa facture, puis se faire rembourser auprès de son organisme primaire d'assurance maladie, et enfin auprès de MGEN au titre de sa complémentaire santé.	
	70% des frais réels Dans la limite de 75 000 € par hospitalisation	70% des frais réels Dans la limite de 75 000 € par hospitalisation Puis, 80% du reste à charge au-delà 75 000 € et Plafonné à 125 000 € par hospitalisation
SOINS COURANTS		
Plafond annuel pour les soins courants	23 000 € / année civile	123 000 € / année civile
AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE		
Consultation généraliste	100% des frais réels Franchise de USD 60	100% des frais réels Franchise de USD 15
Consultation spécialiste	100% des frais réels Franchise de USD 100	100% des frais réels Franchise de USD 20
Consultation aux urgences	100% des frais réels Franchise de USD 300 La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission	100% des frais réels Franchise de USD 60 La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission
Radiologie (rayon X, IRM, Scanner...)	100% des frais réels Pour le scanner et l'IRM : franchise de USD 300	100% des frais réels Pour le scanner et l'IRM : franchise de USD 60

	COUVERTURE INTERNATIONALE	COMPLEMENT DE COUVERTURE INTERNATIONALE
LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de l'organisme primaire d'assurance maladie (OPAM) et dans la limite de la dépense engagée		
HOSPITALISATION ET MATERNITÉ Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, MGEN complète la prise en charge de votre Organisme primaire d'assurance maladie (Sécurité sociale française, Assurance volontaire, Assurance privé...)		
Nature des frais	Montant des prestations santé	Montant des prestations santé
Honoraires des auxiliaires médicaux	100% des frais réels Pour la kinésithérapie ou traitements équivalents : USD 40 pour une séance d'une heure	100% des frais réels Pour la kinésithérapie ou traitements équivalents : USD 10 pour une séance complète
Analyses et actes de laboratoires	100% des frais réels	100% des frais réels
Pharmacie	100% des frais réels	100% des frais réels
AU BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG COMPRIS, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE		
Consultation généraliste	100% des frais réels Franchise de 20 € si facture ≥ 75 €	100% des frais réels Franchise de 4 € si facture ≥ 75 €
Consultation spécialiste	100% des frais réels Franchise de 30 € si facture ≥ 100 €	100% des frais réels Franchise de 6 € si facture ≥ 100 €
Consultation aux urgences	100% des frais réels Franchise de 100 € si facture ≥ 500 € La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission	100% des frais réels Franchise de 20 € si facture ≥ 500 € La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission
Radiologie (rayon X, IRM, Scanner...)	100% des frais réels Franchise de 20 € si facture ≥ 90 € Pour le scanner et l'IRM : franchise de 100 €	100% des frais réels Franchise de 4 € si facture ≥ 90 € Pour le scanner et l'IRM : franchise de 20 €
Honoraires des auxiliaires médicaux	100% des frais réels Pour la kinésithérapie ou traitements équivalents : 20 € par séance avec un maximum de 10 séances par année civile	100% des frais réels Pour la kinésithérapie ou traitements équivalents : 4 € par séance avec un maximum de 10 séances par année civile
Analyses et actes de laboratoires	100% des frais réels	100% des frais réels
Pharmacie	100% des frais réels	100% des frais réels
DANS LES AUTRES PAYS		
Consultation généraliste	90% des frais réels	98 % des frais réels
Consultation spécialiste		
Consultation aux urgences		
Radiologie (rayon X, IRM, Scanner...)		
Honoraires des auxiliaires médicaux		
Analyses et actes de laboratoires		
Pharmacie		
DENTAIRE		
Pour les soins non prévisibles ou suite à accident (soins + prothèses)	Prothèses suite à accident : 397 € par prothèse Soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise	Prothèses suite à accident : 397 € par prothèse Soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise Forfait complémentaire de 500 € par année civile
OPTIQUE		
Verre, monture et lentilles	Pour les verres et les montures : se référer à l'Annexe 3 - Offre OJJ rubrique Optique. Les garanties dépendent de la formule souscrite. Lentilles remboursées ou non par l'OPAM = 110 €/année civile	Pour les verres et les montures : se référer à l'Annexe 3 - Offre OJJ rubrique Optique. Les garanties dépendent de la formule souscrite. Lentilles remboursées ou non par l'OPAM = 110 €/année civile Forfait complémentaire de 150 € par année civile pour les verres, montures et lentilles

Pour le remboursement des soins externes :

Si vous résidez en Amérique du Nord ou en Amérique du sud (sauf à Cuba), vous devez

- impérativement vous enregistrer sur : <https://mgeninternational.com/enregistrement-oji/> pour être pris en charge sur le continent Américain et recevoir une carte reconnue par les professionnels de santé et les hôpitaux,
- contacter HealthCase Services (HCS), correspondant de MGEN sur le continent américain, pour toute orientation et prise en charge médicale, dispense d'avance des frais, accès aux réseaux de soins, d'établissements hospitaliers et de pharmacies, contactez.
- par téléphone +33 (0)1 89 37 02 00, par courriel : contact@mgeninternational.com ou par web : <https://mgeninternational.com>.

Si vous habitez en Europe sauf en France, en Afrique, en Asie, en Océanie ou à Cuba, contactez IMA Assurances pour toute hospitalisation

- par téléphone : + 33 (0)5 49 76 66 77 (Coût d'une communication internationale, sous réserve des accords entre Orange et les opérateurs des pays étrangers.)

- par mail : mgen.international@ima.eu

(*) à l'exclusion de la France métropolitaine, des DROM, (Guadeloupe, la Réunion, Mayotte, Guyane, Martinique), d'Andorre, de la Principauté de Monaco et des Collectivités d'Outre-Mer.

Aux États-Unis d'Amérique : dans le réseau agréé par HealthCase, correspondant de MGEN sur le continent Américain, les frais médicaux sont pris en charge et réglés directement par HealthCase, sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau.

Dans le reste du monde, l'adhérent acquitte la totalité de la facture directement auprès du professionnel de santé puis s'adresse à MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.

NOTICE D'INFORMATION PACKS DE SERVICES ÔJI

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent

Le présent tableau vise à résumer les garanties d'assistance en France ; pour connaître les conditions et modalités d'application, il convient de se référer aux dispositions de la présente notice d'information ci-après.

GARANTIES	MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE		
Dès la souscription			
Conseils, écoute, orientation	Illimités		
Informations juridiques & site web	Illimités		
Conseils et informations médicales	Illimités		
Accompagnement psycho-social			
Accompagnement social	5 entretiens		
Soutien psychologique	5 entretiens téléphoniques + 3 entretiens en face à face		
Prestations en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation			
	Hospitalisation imprévue + 48H	Immobilisation imprévue + 5J	Accident/maladie lors d'un déplacement en France
Aide à domicile	10 heures	10 heures	
Présence d'un proche	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 50 euros TTC/ nuit	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 50 euros TTC/ nuit	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 10 nuits à 50 euros TTC/ nuit
Livraison de médicaments	1 livraison sur 10 jours	1 livraison sur 10 jours	
Transfert vers un proche	200 euros TTC	200 euros TTC	
Transport sur le lieu d'examen		10 trajets	
Transfert médical			Frais réel
Attente sur place d'un accompagnant			10 nuits à 50 euros TTC/ nuit
Prolongation de séjour			10 nuits à 50 euros TTC/ nuit
Prestations lors de l'entrée dans la vie active			
Aide à la recherche du 1 ^{er} emploi	45 jours		
Nettoyage du logement quitté	500 euros TTC		
Accompagnement au budget	6 entretiens		
Accompagnement administratif	5 entretiens		

➤ Domaine d'application

I - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information

- l'Adhérent à l'offre Jeunes ÔJI de la MGEN.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties du pack de service ÔJI MGEN.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhérent auprès de la 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 ou dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour les prestations "Transfert médical"),

* 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.

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation imprévue,
- une immobilisation imprévue,
- un besoin d'accompagnement psycho-social,
- une période de non activité professionnelle 6 mois après l'obtention du diplôme,
- une première prise de poste en France.

Les garanties d'assistance déplacement s'appliquent en cas :

- d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu(e) lors **d'un déplacement privé ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours en France, à plus de 50 kilomètres du domicile.**

5 - Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 Heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone (numéro Cristal – appel non surtaxé) :

09 72 72 27 28

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger, par téléphone : **00 33 9 72 72 27 28**

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance à la suite d'une hospitalisation ou d'une immobilisation doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement. Pour 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 de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), 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.

6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7 - Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et **dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du Bénéficiaire). Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le Bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le Bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires (hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

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.

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 résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (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).

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 les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.**

8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

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

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 accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Bénéficiaire : Le membre participant Jeune tel que défini à l'article 9-VII des statuts MGEN, le membre participant orphelin et le bénéficiaire enfant âgé de 18 à 29 ans inclus.

Domicile : Lieu habituel de résidence principale ou secondaire du bénéficiaire en France.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation imprévue,
- une immobilisation imprévue,
- un événement traumatisant,
- une période de non activité professionnelle 6 mois après l'obtention du diplôme,
- une première prise de poste en France.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane et Mayotte).

Hospitalisation : tout séjour imprévu comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, 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.

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.

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...).

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

➤ Écoute, conseil & orientation

9 - Écoute, conseil & orientation

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10 - Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

• Informations juridiques sur le web

Nous proposons un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24h/24, 7j/7. Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers types et fiches pratiques.

11 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,

- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

• Nutrition prévention santé

Pour prévenir les risques liés à l'alimentation, un diététicien est à disposition du Bénéficiaire pour répondre aux questions et apporter conseils **dans la limite d'une fois par an. Un bilan nutritionnel à la charge du Bénéficiaire peut être réalisé, si le Bénéficiaire le souhaite.**

• Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, l'Assisteur, en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communique les coordonnées d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux.

➤ Accompagnement psycho-social

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les Bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur.

12 - Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

13 - Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

➤ Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

14 - Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 48 heures ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours

A - Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à raison d'un maximum 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 - Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

L'Assisteur organise et prend également en charge l'hébergement **pour 2 nuits (petits déjeuners inclus), à concurrence de 50 euros TTC par nuit.**

C - Livraison de médicaments

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire. 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 restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire. Cette prestation est limitée à 1 livraison par évènement.**

D - Transfert convalescence chez un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport non médicalisé du Bénéficiaire (taxi, train 1^{re} classe ou avion classe éco) depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, **à concurrence de 200 euros TTC par trajet aller/retour.**

E - Transport sur le lieu d'examen scolaires ou universitaires

Si le Bénéficiaire est immobilisé plus de 5 jours suite à un accident ou une maladie, l'Assisteur organise et prend en charge son transport (taxi ou VSL), **à hauteur de 10 trajets** du domicile jusqu'au lieu de l'examen ou du lieu de l'examen jusqu'au domicile, **dans un rayon de 30 km et dans la limite d'un évènement sur 12 mois.**

15 - En cas d'accident ou de maladie lors d'un déplacement en France

A - Transfert médical

Lorsque les médecins de l'Assisteur, après avis des médecins consultés localement (et si nécessaire, du médecin traitant), et en cas de nécessité médicalement établie, décident du transfert et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), nous organisons et prenons en charge le retour du Bénéficiaire à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de l'Assisteur, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le Bénéficiaire.

B - Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque le Bénéficiaire ne peut être déplacé et doit rester hospitalisé plus de 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge l'hébergement d'un accompagnant en attendant le transfert médical du Bénéficiaire. L'hébergement de l'accompagnant est pris en charge **dans la limite de**

10 nuits, petits déjeuners inclus, et à concurrence de 50 euros TTC par nuit.

C - Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins ont été dispensés au Bénéficiaire et que les médecins de l'Assisteur estiment que le Bénéficiaire ne peut pas être transporté vers son domicile, alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge son hébergement **dans la limite de 10 nuits, petits déjeuners inclus, et à concurrence de 50 euros TTC par nuit.**

D - Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque le Bénéficiaire est blessé, isolé de tout membre de sa famille, qu'il ne peut pas être déplacé et doit rester hospitalisé plus de 10 jours, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour d'un de ses proches pour se rendre à son chevet, ainsi que son hébergement **dans la limite de 10 nuits, petits déjeuners inclus, et à concurrence de 50 euros TTC par nuit.**

➤ Prestations lors de l'entrée dans la vie active

16 - Premier emploi

Lorsque le Bénéficiaire n'a pas trouvé d'emploi 6 mois après l'obtention de son diplôme, l'Assisteur l'accompagne dans sa recherche d'emploi. Dès qu'il trouve un premier poste, l'Assisteur l'accompagne dans son déménagement.

A - Aide à la recherche du 1^{er} emploi

Cet accompagnement consiste en :

- 3 RDV téléphoniques ou via Skype,
- une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- la mise en ligne du CV sur la plateforme d'offres d'emploi du partenaire et la création d'un espace personnel en ligne,
- un suivi personnalisé sur 45 jours.

L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par l'Assisteur auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève. En outre, la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignement(s) communiqué(s).

B - Aide au déménagement

Sur demande, l'Assisteur communique au Bénéficiaire 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble. **Le prix du déménagement ou du garde-meuble reste à la charge du Bénéficiaire.**

C - Nettoyage du logement quitté

L'Assisteur organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté **dans la limite de 500 euros TTC sur une période de 30 jours suivant le déménagement.** La garantie doit être réalisée **dans les 12 mois suivant l'obtention du 1^{er} emploi.**

17 - Coaching pour mieux gérer la vie de jeune adulte

A - Coach budget

Dès la souscription, l'Assisteur propose d'analyser le budget du Bénéficiaire, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à sa situation globale, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Le Bénéficiaire peut solliciter jusqu'à 6 entretiens téléphoniques avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale sur 12 mois.

B - Coach administratif

Lorsque le Bénéficiaire a besoin d'un accompagnement ou a des questions administratives sur des problématiques du quotidien ou liée à la vie étudiante, au logement, au financement, ... L'Assisteur l'accompagne, **à concurrence de 5 entretiens**, et lui apporte des informations, conseils et orientations.

➤ Cadre juridique

18 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées 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, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

19 - Conditions restrictives d'application des garanties

A - 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 du contrat.

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.

B - Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables 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 ou pandémique 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.

C - 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'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- 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.

20 - Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les frais engagés sans accord préalable de l'Assisteur et non expressément prévus par la présente notice d'information,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- 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 Béné-

ficiaire, 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 des services de l'Assisteur 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.

21 - 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 dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

22 - 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.

23 - 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 l'Assisteur l'estime opportun.

24 - 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, 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 de l'Adhérent, 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-I1 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-I2 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.

25 - Protection des données personnelles

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé. Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA 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.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès

aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci. Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmasassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

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 Worldline - Service Bloctel - CS 61311 - 41013 Blois Cedex ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr>.

26 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

27 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Buda-pest - 75436 PARIS Cedex 09.

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance entre IMA Assurances et MGEN pour l'assistance pour la couverture internationale :

- Membres Participants jeunes
- Bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans
- Membres Participants Orphelins âgés de 18 à 29 ans inclus.

Sont concernés tout bénéficiaire (membres participants jeunes, bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans, membres participants orphelins âgés de 18 à 29 ans) domicilié :

- en France dans le cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude.

• Préambule

La convention d'assistance Internationale est assurée par INTER MUTUELLES ASSISTANCE ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, et mise en oeuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA GIE*).

*Groupement d'Intérêt Economique au capital de 3 750 000 €, dont le siège est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculé au RCS de Niort sous le n° 433.240.991.

IMA GIE intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants, dans la zone d'intervention d'IMA décrite à l'article I.3 Territorialité. :

Avant de partir - 09 74 750 700 (service gratuit + prix d'un appel)

Sur place - Pour bénéficier de la dispense d'avance de frais chez certains Professionnels de santé et dans les établissements hospitaliers agréés IMA/MGEN International

• Quel que soit le pays en dehors du continent américain :

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

• Séjour sur le continent américain (hors Cuba) :

- Par téléphone +33 (0) 1 89 37 02 00
- Par courriel : contact@mgeninternational.com
- Ou par web : <https://mgeninternational.com>

Vous devrez impérativement vous enregistrer sur : <https://mgeninternational.com/enregistrement-oji/>.

Vous recevrez alors une carte reconnue par les professionnels de santé et les hôpitaux américains.

Définitions

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

Accident corporel : Événement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Animaux de compagnie : Les animaux de compagnie sont les animaux domestiques dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée, vivant au domicile du bénéficiaire.

Bagages à main : Les bagages à main qu'IMA GIE peut prendre en charge sont les effets transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 30 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur. Sont assimilés aux bagages à main, et gérés comme tels, les vélos, VTT et autres bicyclettes.

Conjoint : Conjoint de droit : l'époux/épouse, ou le partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité). Par conjoint de fait, il faut entendre le concubin.

Domicile : La demeure légale et officielle d'habitation du souscripteur en France ou à dans le pays de stage ou d'études. Les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence de leurs parents assurés.

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

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

France : Sont assimilés à la France, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et la principauté de Monaco.

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

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.

N.B. : Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

Lieu d'études : Localité dans laquelle se trouve le domicile du lieu de stage, d'étude ou de séjour linguistique.

Proche : Parent du bénéficiaire.

Séjour d'étude : Le séjour d'étude comprend les études, les stages et les séjours linguistiques effectués par le bénéficiaire à l'étranger dans le cadre de sa scolarité.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration ou de chirurgie qui justifie d'un équivalent d'hospitalisation de courte durée (anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse).

Soins externes : Toutes les consultations, tous les examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement avec sortie immédiate, les soins dentaires ou optiques, réalisés en cabinet ou à l'hôpital, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique.

I - Domaine d'application

I-1 - Bénéficiaires

Tout bénéficiaire (membres participants jeunes, bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans, membres participants orphelins âgés de 18 à 29 ans) domicilié :

- en France dans le cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude ;

I-2 - Déplacements garantis

Les garanties s'appliquent :

- pendant les séjours d'étude effectués par le bénéficiaire à l'étranger : études, séjours linguistiques ou stages quelle que soit leur durée,
- et pour tout séjour touristique à l'étranger effectué par le bénéficiaire, pour une durée pouvant aller jusqu'à un an.

I-3 - Territorialité

Les garanties d'assistance internationale, assurées par IMA ASSURANCES, s'appliquent dans le monde entier hors France ⁽¹⁾ sauf cas particulier stipulé dans la présente convention.

(1) à l'exclusion de la France métropolitaine, des DROM (Guadeloupe, la Réunion, Mayotte, Guyane, Martinique), d'Andorre, de la Principauté de Monaco et des Collectivités d'Outre-Mer.

Les garanties « frais médicaux », assurées par MGEN, et dont la gestion est déléguée à IMA

ASSURANCES, s'appliquent sur les territoires suivants :

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

Les garanties d'assistance aux personnes décrites dans la suite de ce document s'appliquent sans franchise kilométrique dans le lieu d'études du bénéficiaire, sauf pour la mise en œuvre des secours primaires qui ne sont pas du ressort de l'assistance, et à l'occasion d'un déplacement touristique à l'étranger, pendant la durée de validité de la couverture internationale de MGEN.

I-4 - Événements générateurs

Ces garanties s'appliquent à la suite d'événements survenant dans le lieu d'études ou au cours d'un déplacement (voir modalités à l'article 2.3), tels que définis ci-après :

- maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire
- décès ou risque de décès imminent et inéluctable du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires
- vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement
- événement climatique majeur.

I-5 - Mise en œuvre des prestations garanties

- a) IMA GIE met en œuvre les garanties de la présente convention et assume, pour le compte de MGEN, la prise en charge des frais y afférents.
- b) Les garanties qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.
- La responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.
 - De la même façon, la responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA GIE.
 - IMA GIE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
 - En outre, IMA GIE 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.
 - Enfin, IMA GIE 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 du contrat.
- c) Ces garanties sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA GIE ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.
- d) Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA GIE, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).
- e) Les garanties, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la couverture Internationale MGEN.

I-6 - Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée 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 IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

I-7 - Prescription

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

I-8 - Accès aux données personnelles

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA ASSURANCES.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

2 - Frais médicaux

2-1 - Orientation médicale hospitalière

IMA GIE est liée par convention avec des établissements hospitaliers à travers le monde.

Ces établissements agréés par IMA GIE ont été sélectionnés en fonction :

- de critères de compétences médicales concernant les plateaux techniques,
- de conditions financières convenues avec IMA GIE afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux patients compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré.

En conséquence, en fonction du lieu de résidence de l'adhérent, décrit à l'article I.3 Territorialité, l'appel préalable à IMA GIE est la règle, qu'il émane du bénéficiaire, de toute personne disposée à lui porter aide ou de l'établissement hospitalier agréé par IMA GIE.

2-2 - Paiement des frais médicaux pour le compte de MGEN dans le pays de séjour d'études

2-2-1 - Hospitalisation et soins ambulatoires

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement agréé par IMA GIE, IMA GIE délivre un accord de prise en charge et procède au règlement des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de MGEN, dans la limite de 150 000 € par événement médical ou de 250 000 euros en fonction du contrat souscrit auprès de MGEN. Les régimes obligatoires français ne couvrent pas les assurés lorsqu'ils ne justifient pas d'une présence sur le territoire France de plus de 6 mois. La prise en charge MGEN IMA du tiers payant est subordonnée à la condition d'être assuré social.

Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle effectue dans le même temps la garantie des frais médicaux dans ce pays.

Lorsque IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, MGEN assure directement ses garanties.

2-2-2 - Soins externes aux Etats Unis

HealthCase met à disposition des adhérents une carte, permettant de recourir au réseau agréé de prestataires médicaux, et faisant mention explicite des franchises inhérentes au contrat souscrit.

2-2-3 - Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de MGEN dans les cas suivants :

- a) **Suivi obstétrical** (visites, examens complémentaires...) : pré et postnatal, dans la mesure où ce suivi entre dans le cadre d'un forfait accouchement,
- b) **Chambre particulière** (de catégorie standard) : dès l'instant où elle n'entraîne pas de surévaluation des prestations médicales et/ou hospitalières, et ce, pour une durée maximale de 30 jours,
- c) **Soins pré et postopératoires** : les actes accessoires tels que les consultations pré et postopératoires liées à une pathologie unique dès lors que les praticiens et/ou l'hôpital acceptent la négociation d'un package,
- d) **Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat** : en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA GIE,
- e) **Soins itératifs et onéreux** : sur seul accord exprès de MGEN.

2-3 - Paiement des frais médicaux pour le compte de MGEN dans un pays autre que celui de séjour d'études

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans un pays autre que celui de son pays de séjour d'études ou à l'occasion d'un séjour touristique, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou les soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'événement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

3 - Garanties d'assistance

3-1 - Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

3-1-1 - Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise et prend en charge le transport du patient :

S'il s'agit d'un séjour d'étude :

- vers l'hôpital adapté le plus proche si l'événement survient sur le lieu d'études,
- vers l'hôpital de son lieu d'études ou dans un hôpital adapté si l'événement survient lors d'un déplacement
- ou le cas échéant au domicile de son lieu d'études

Si la situation l'exige, notamment dans l'intérêt médical du patient, les médecins d'IMA GIE peuvent décider du transport sanitaire du patient bénéficiaire en France.

S'il s'agit d'un séjour touristique :

- dans un hôpital adapté proche de l'événement,
- au domicile du patient en France ou dans un hôpital adapté proche du domicile.

Pour un patient ayant bénéficié d'un transport sanitaire, IMA GIE peut prendre charge, en cas de nécessité médicalement justifiée, et sur décision des médecins d'IMA GIE, son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-1-2 - Retour dans le lieu d'études

À la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA GIE organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du lieu d'études.

3-1-3 - Prolongation du séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins d'IMA GIE alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par IMA GIE à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-1-4 - Poursuite du voyage

Si les médecins d'IMA GIE jugent que l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, IMA GIE prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

3-2 - Assistance en cas décès

3-2-1 - Décès d'un bénéficiaire

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

3-2-2 - Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA GIE organise

et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-2-3 - Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement du bénéficiaire en France :

- jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques,
- jusqu'au lieu où se trouve le proche dont le décès est imminent et inéluctable, sur décision des médecins d'IMA GIE,

et le voyage de retour au domicile du lieu d'études.

3-3 - Garanties complémentaires

3-3-1 - Voyage aller/retour d'un proche

Lorsque, au cours d'un déplacement le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche demeurant dans le lieu d'études et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

De même, si le bénéficiaire réside seul dans ce pays, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche résidant en France et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

Si le blessé ou malade est handicapé, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

3-3-2 - Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, de perte ou de destruction de papiers d'identité, de moyens de paiement ou de titres de transport, IMA GIE conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

3-3-3 - Bagages à main, animaux de compagnie

À l'occasion du transport sanitaire d'un bénéficiaire, les animaux de compagnie qui l'accompagnent et ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA GIE.

3-3-4 - Frais de secours et de recherche

a) Frais de secours

En cas d'accident, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée.

b) Frais de recherche

En cas de disparition d'un bénéficiaire hors de son pays de séjour d'étude, IMA GIE prend en charge à concurrence de 15 000 €, dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagés par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Cette prestation n'est pas applicable dans le cadre de compétitions sportives professionnelles et en France.

3-3-5 - Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour d'étude ou de séjour touristique, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

3-3-6 - Événement climatique majeur

a) Attente sur place

Lorsque le bénéficiaire ne peut poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, IMA GIE prend en charge les frais d'hébergement à concurrence de 50 € par nuit, et ce pour une durée de 7 nuits.

b) Retour du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire doit interrompre son séjour hors du pays de séjour d'étude en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, IMA GIE organise et prend en charge son retour au domicile du séjour d'étude.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en oeuvre après accord d'IMA GIE et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés.

IMA GIE se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

3-3-7 - Frais de télécommunications

Les frais de télécommunications engagés par le bénéficiaire pour joindre IMA GIE à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement sont remboursés par IMA GIE sur justificatifs.

3-4 - Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

3-4-1 - Avance de fonds

IMA GIE peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire en déplacement une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile.

3-4-2 - Frais de justice à l'étranger

IMA GIE avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile, dans un délai d'un mois.

3-4-3 - Caution pénale à l'étranger

IMA GIE effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10 000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à IMA GIE dans un délai d'un mois suivant son versement.

4 - Services d'informations

4-1 - Conseils médicaux

Des conseils médicaux pour un déplacement à l'étranger pourront être donnés par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

4-2 - Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

4-3 - Assistance linguistique

Le bénéficiaire en déplacement hors du pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA GIE qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

4-4 - Messages urgents

IMA GIE se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA GIE ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

5 - Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA GIE :

- **les soins externes : ils sont assurés par MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,**
- **les frais médicaux engagés en France : ils sont assurés par MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,**
- **les frais d'hébergement en France,**
- **l'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),**
- **les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,**
- **les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, les voyages à visée thérapeutique,**
- **les soins dentaires réalisés en externe, quel que soit leur montant,**
- **les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,**
- **les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente,**
- **Les frais nés de la participation de l'adhérent à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.**

MGEN

Action sanitaire et sociale

Statuts

87

Règlement mutualiste

92

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Action sanitaire et sociale a été créée par l'assemblée générale de MGEN, mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913.

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Égalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de gérer des établissements, services ou activités sanitaires, sociales, médico-sociales, sportives ou culturelles,
- de participer au service public hospitalier,
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 23 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Action sanitaire et sociale délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

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

Section I - Membres participants et bénéficiaires - Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis à l'article 9 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Action sanitaire et sociale, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN prévus à l'article 10 des statuts de MGEN sont bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues à l'article 8 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 11 à 16 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

Les adhérents de MGEN et MGEN Centres de Santé étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale, il est procédé, aux termes des articles 18 et 19 des statuts de MGEN, à l'élection commune aux trois mutuelles d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

Article 12 - Règles de quorum et de majorité

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les règles générales applicables aux montants ou taux de cotisation et de prestation, les prestations offertes, 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 I. 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 I. du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

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

Article 13 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 12-1 et 12-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- les modifications des statuts,
- les activités exercées par la mutuelle,
- les prestations offertes,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- 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,
- l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,

- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2 Conseil d'administration

Section I - Composition, élection

Article 16 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

I - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 17 - Statut des administrateurs

I - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 18 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L.114.16-2 du code de la mutualité.

Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

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

Section 2 - Réunions

Article 19 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 20 - Obligation de confidentialité

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

Article 21 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 22 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 23 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 24 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Election et composition du bureau

Article 25 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 26 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 27 - Le président

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

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 28 - Dirigeants effectifs

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

Article 29 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de MGEN Action sanitaire et sociale, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 30 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote telles que définies par l'article 12 des statuts de MGEN.

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 32 Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Dès lors que MGEN Action sanitaire et sociale, intervient dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de MGEN Action sanitaire et sociale est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

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

Article 33 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 34 - Modes de placements

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 35 - Commissaires aux comptes

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN Action sanitaire et sociale

Article 36 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Action sanitaire et sociale fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 37 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 38 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 39 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

TITRE 1

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Action sanitaire et sociale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Action sanitaire et sociale, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

TITRE 2

SERVICES ET RÉALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

➤ Chapitre 1

Services de soins et d'accompagnement mutualistes

Article 3

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère les établissements sanitaires et médico-sociaux suivants :

- Établissement de santé pour adolescents de Chanay - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Arès - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Caire-Val - Site Jules Bouquet - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Fontenay-en-Paris - Donation Brière - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Verrière - Site Denis Forestier - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Huby Saint Leu - Site Gabrielle Hielle - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Saint-Cyr-sur-Mer - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Chimotie - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Marly-La-Ville - Site Jacques Achard - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Louvres - Site Jules Fossier - Groupe MGEN,

- Établissement de médecine et de soins médicaux et de réadaptation, Institut de néphrologie de Maisons-Laffitte - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de Hyères - Site Pierre Chevalier - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de La Chimotie - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de L'Arbizon - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation d'Evian - Site Camille Blanc - Groupe MGEN,
- Établissement de médecine et de soins médicaux et de réadaptation de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation de La Menaudière - Groupe MGEN,
- Établissement de soins médicaux et de réadaptation des Trois-Epis - Groupe MGEN,
- Établissements médico-sociaux du Royans - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Bordeaux - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Grenoble - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lille - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lyon - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rouen - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Toulouse - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale d'Ivry sur Seine - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Paris - Groupe MGEN
- Établissement sanitaire de la Verrière - Site Marcel Rivière - Groupe MGEN.

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère le centre d'accueil et de vacances adaptées, « le Domaine de la Porte Neuve » à Riec-sur-Bélon ainsi que l'Institut de formation en soins infirmiers de la Verrière.

Article 4

Les conditions d'admission sont celles définies au règlement intérieur de chaque établissement.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 5

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Action sanitaire et sociale au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN

Centres de santé

Statuts

94

Règlement mutualiste

99

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Centres de santé a été créée par l'assemblée générale de MGEN, mutuelle fondatrice en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité, le 30 juin 2004.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714.

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de gérer des établissements, services ou activités sanitaires, médico-sociales, sportives, culturelles ;
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 23 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le conseil d'administration.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Centres de santé délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

➤ Chapitre 2

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

Section I - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis à l'article 9 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Centres de santé.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Centres de santé, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN, prévus à l'article 10 des statuts de MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues à l'article 8 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 11 à 16 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

Les adhérents de MGEN et MGEN Action sanitaire et sociale étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Centres de santé, il est procédé, aux termes des articles 18 et 19 des statuts de MGEN, à l'élection commune aux trois mutuelles d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

Article 12 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

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

Article 13 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 12-1 et 12-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les prestations offertes,
- d) les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - Force exécutoire des décisions

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 16 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres. Afin de garantir une représentation équilibrée des femmes et des hommes au sein du conseil d'administration, au moins 40 % des sièges sont attribués à chaque sexe.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus, y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote, par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 17 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 18 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L.114.16-2 du code de la mutualité.

Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

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

Section 2 - Réunions

Article 19 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 20 - Obligation de confidentialité

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

Article 21 - Règles de quorum et de majorité

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

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

conditions définies au règlement intérieur.

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

Article 22 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 23 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 24 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et composition du bureau

Article 25 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 26 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 27 - Le président

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

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le

cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

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

➤ Chapitre 4

Direction effective

Article 28 - Dirigeants effectifs

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

Article 29 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 30 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 31 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote telles que définies par l'article 12 des statuts de MGEN.

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 32 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

Dès lors que MGEN Centres de santé, intervient dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de MGEN Centres de santé est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

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

Article 33 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 34 - Modes de placement

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 35 - Commissaires aux comptes

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN Centres de santé

Article 36 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Centres de Santé fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 37 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 38 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 39 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

TITRE 1

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Centres de santé sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Centres de santé, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

Article 3 - Dispositions particulières

Les activités mentionnées au titre 2 du présent règlement sont des services d'action sociale, relevant de l'article L. III.1-1-3 du Code de la mutualité.

TITRE 2

SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTE

Article 4

MGEN Centres de santé administre et gère des centres médicaux et dentaires et un centre d'optique et d'audition :

- Centre médical et dentaire de Lyon - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nancy - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nice - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Paris Vaugirard - Groupe MGEN,
- Centre médical et dentaire de Strasbourg - Groupe MGEN
- Centre d'optique et d'audition de Paris - Groupe MGEN
- Centre d'audition de Strasbourg - Groupe MGEN
- Centre d'optique de Papeete - Groupe MGEN.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 5

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Centres de santé au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur **mgen.fr**