

Statuts & règlements mutualistes MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen^{*}

GRUPE vyv



Statuts	4
Règlement mutualiste - MGEN Santé prévoyance Hospitaliers	16
Annexe 1 - Tableaux des prestations	25
Annexe 2 - Tableaux des cotisations	32
Annexe 3 - Notice d'information Assistance	42

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

1 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

➤ Chapitre 3

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

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 élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 21 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

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

3 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

4 - Incompatibilités

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

5 - Interdictions

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

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

Article 22 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

Le mandat de représentant des salariés est incompatible avec les mandats visés par l'article L.114.16-2 du code de la mutualité. Le représentant élu par les salariés qui, lors de son élection, est titulaire d'un ou de plusieurs de ces mandats doit s'en démettre dans les huit jours. A défaut, il est réputé démissionnaire de son mandat de représentant élu par les salariés.

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

Section 2 - Réunions

Article 23 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 24 - Obligation de confidentialité

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

Article 25 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 26 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 27 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 28 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3 Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 29 - Élection

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

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

Le président est rééligible.

Article 30 - Vacance

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

Article 31 - Missions du président

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

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

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

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

Il engage ou ordonnance les dépenses.

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

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

Section 2 - Élection et composition du bureau

Article 32 - Élection

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

Article 33 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 34 - Dirigeants effectifs

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

Article 35 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 36 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

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

Section 1 - Les sections

Article 37 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 38 - Administration des sections départementales

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

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

AI - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

Article 39 - Administration de la section extra métropolitaine

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

- des 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. 822-1 du Code de commerce.

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 48 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8 Mandataires mutualistes

Article 50

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

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

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 52 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 53 - Paiement des cotisations

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

VENTILATION DE COTISATION MGEN SANTÉ PRÉVOYANCE

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

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF

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

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

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

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

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

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

Hospitaliers

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article I - Objet

Le présent règlement mutualiste définit l'offre MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers que la mutuelle propose aux fonctionnaires et agents, titulaires et non-titulaires de la fonction publique hospitalière ainsi qu'à leurs bénéficiaires et comprenant :

- des garanties frais de santé,
- une garantie incapacité de travail,
- des prestations d'assistance,
- des allocations d'action sociale.

En contrepartie de ces garanties, les membres participants sont tenus au versement des cotisations et éventuels compléments de cotisations.

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 doivent bénéficier d'un régime obligatoire de Sécurité sociale français.

Ils sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers par leur activité professionnelle.

II - Les membres participants retraités

Les personnes, déjà adhérents en qualité de membres participants actifs, qui liquident leurs droits à la retraite.

III - Les membres participants orphelins

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

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

IV - Les membres participants associés définis comme suit :

Le membre participant qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de son offre MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers 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 bénéficiaires sont regroupés en différentes catégories :

V - Les bénéficiaires conjoints

Le membre participant peut étendre la couverture familiale :

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

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

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.

VI - Les bénéficiaires enfants

Le membre participant peut étendre la couverture familiale à son enfant ou celui de son conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin et lui faire ainsi acquérir la qualité de bénéficiaire enfant, jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 29 ans, dès lors que celui-ci 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.

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

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

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

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

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

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

Article 3 - Démission

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

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

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

2 - Démission en cours d'année

Le membre participant, couvert par une offre contenant des 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.

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.

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

Article 9

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

Article 10

I - Contrôle médical

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

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

Le membre participant qui conteste une décision de la mutuelle relative à son état de santé peut se faire représenter par son médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin consultant de la mutuelle.

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

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

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

2 - Fraude

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

3 - Modification de situation

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

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

Article 11 - Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'évènement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles concernés du présent règlement mutualiste.

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

Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des statuts et règlements mutualistes en vigueur à la date du fait générateur.

Article 12 - Délais d'attente

Les délais d'attente applicables à certaines prestations sont précisés au sein des articles du présent règlement mutualiste 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 demandés par la mutuelle. 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 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 en santé 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 par tout autre organisme 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 YVY » : pour informer le membre participant, pour lui proposer des prestations et services analogues à ceux déjà fournis au membre participant ou compris dans son offre (par communication électronique, courrier et téléphone), ou des prestations et services différents (par courrier et téléphone), pour personnaliser et améliorer les services fournis au membre participant (en enrichissant ses données avec celles de partenaires et en évaluant sa situation), pour piloter leurs activités, pour améliorer les processus et développer les offres de services, pour lutter contre la fraude, pour gérer la sécurité des services numériques ;
- certaines basées sur le consentement du membre participant ou de ses ayants-droits : pour proposer des prestations et services, non analogues à ceux déjà fournis, enrichissant le parcours du membre participant (notamment en partageant s'il le souhaite, ses données aux partenaires de MGEN, et en évaluant sa situation) ;
- certaines basées sur le respect des obligations légales, réglementaires et administratives de MGEN : notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ; la réalisation des déclarations obligatoires auprès des autorités et organismes publics ; les réponses aux demandes des autorités judiciaires ou administratives habilitées ; la consultation du RNIPP ; la gestion des contrats en déshérence.

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

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

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

litées par MGEN dans la limite des finalités précitées.

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

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

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

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

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

**MGEN - Centre de services de la Verrière
Protection des données - CS 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 responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

Si 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 09 72 72 20 80 (service gratuit + prix appel),
- Par courrier à l'adresse suivante :

**MGEN OFFRE MSPH
TSA 60856
59108 WAMBRECHIES Cedex**

- 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-MEDIATION-CONSUMMATION
27, avenue de la Libération
42400 SAINT-CHAMOND**

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

Article 22 - Territorialité des garanties

Les prestations prévues par le présent règlement 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 lors d'un séjour temporaire.

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.

Sauf exception mentionnée par le présent règlement, aucun versement d'avance de prestation ou de caution ne peut être servi, y compris dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger.

Article 23 - 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 prévoyance souscrites.

Les membres participants orphelins bénéficient des prestations identiques à celles du bénéficiaire enfant.

TITRE 2

PRESTATIONS, ALLOCATIONS ET SERVICES DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 Les formules de garanties

Article 24 - Les formules de garanties proposées

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

Garanties Frais de santé **Santé 1** **Santé 2** **Santé 3** Les

bénéficiaires conjoints et enfants disposent obligatoirement de la même formule santé que celle choisie par le membre participant auquel ils sont rattachés.

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

Garanties Prévoyance

Prévoyance 1

Prévoyance 2

Article 25 - Les changements de formule

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.

Aucune demande de changement de formule de ou vers la formule Prévoyance 2 n'est possible dès lors que l'adhérent est en arrêt de travail à la date de la demande.

Le changement de formule est également possible à tout moment lorsque la demande a pour origine une modification de la situation familiale (mariage/PACS/concubinage, naissance ou adoption d'un enfant, divorce/rupture de PACS/rupture de concubinage, veuvage) ou une situation de chômage indemnisé, sous réserve que le membre participant établisse sa demande dans un délai de 6 mois suivant l'évènement.

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

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

En cas de changement de formule prévoyance, la prestation allocations journalières en cours de service est maintenue à son niveau applicable à la date du fait générateur ouvrant droit à cette prestation.

Chapitre 2 Garanties frais de santé

Article 26 - 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.

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.

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

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 contractuelle 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 I),
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

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

- **Chirurgie réfractive de l'œil** : MGEN intervient pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste, 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.

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 27 - 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 conventionnés avec la Sécurité sociale, relevant du Code de la Santé publique.

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

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.

Pour les formules Santé 2 et Santé 3, la mutuelle intervient pour le remboursement :

- des dépassements d'honoraires pratiqués par le praticien ;
- des frais d'accompagnement ;
- 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.

Article 28 - 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.

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

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.

Lorsque la formule santé au titre de laquelle l'adhérent est couvert prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires et sous réserve que l'acte soit 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 l'organisme primaire d'assurance maladie et réalisées par un diététicien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région.

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

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

4 - Homéopathie

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

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

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

Article 29 - 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.

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 établie par une officine de pharmacie ;
- ou de la facture originale nominative acquittée établie par un centre agréé de vaccination.

3 - Bilan psychomotricité

Pour les adhérents ayant opté pour la formule Santé 2 et Santé 3, la mutuelle intervient pour le remboursement des bilans de psychomotricité.

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

4 - Ostéodensitométrie

Pour les adhérents ayant opté pour la formule Santé 3, 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.

Article 30 - Forfait pharmacie

MGEN verse à chaque membre participant ou bénéficiaire ayant adhéré à Santé 2 ou Santé 3, 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%.
- 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 31 - 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 32 - 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 33 - 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 Garantie incapacité

Les garanties prévues au présent chapitre sont réservées aux Membres participants actifs, tels que définis l'article I du présent règlement mutualiste.

Article 34 - 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, en cas de diminution de sa rémunération à la suite d'une maladie ou un accident intervenu dans le cadre de la vie privée ou professionnelle.

L'adhérent placé en invalidité qui bénéficie d'allocations journalières dans les mêmes conditions, uniquement si le fait générateur est postérieur à son placement en invalidité.

La date du fait générateur, tel que prévu à l'article 4 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 effectuée au-delà du 31 décembre de l'année N+2 suivant l'entrée dans le champ de recrutement.

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

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

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

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

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 de grave maladie, congé de longue durée, disponibilité d'office pour raison de santé ou lorsqu'il bénéficie de l'allocation d'invalidité temporaire.

I-2 - Membre participant relevant d'un 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 à un accident.

2 - Définition de la garantie

2-1 - Niveau de garantie

- Formule Prévoyance I

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration, la Sécurité sociale ou tout autre organisme de protection sociale complémentaire ou par un organisme d'œuvre sociale (ex : CGOS, AGOSPAP...). 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 règlement mutualiste MGEN, 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 partiel lors de l'arrêt de travail.

- Formule Prévoyance 2

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration, la Sécurité sociale ou tout autre organisme de protection sociale complémentaire ou par un organisme d'œuvre sociale (ex : CGOS, AGOSPAP...). 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 règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers, et perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail. 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 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. Les sommes versées par tout autre organisme (ex : CGOS, AGOSPAP...) en complément des sommes versées par l'Administration ou par la Sécurité sociale sont également prises en compte.

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

2-3 - Montant de la prestation

Le montant versé est égal au niveau de garantie après déduction des ressources. Pour l'offre Prévoyance 2, 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 1

Le versement de la prestation débute :

- à compter du passage à demi-traitement, tel 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 2

Le versement de la prestation débute :

- Pour les périodes de plein traitement, après une franchise continue ou discontinue de 90 jours, décompté sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail à indemniser,
- Et au plus tard :
 - à compter du passage à demi-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.

5 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

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

6 - Délais de versement des prestations

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

7 - Reprise d'activité en situation d'invalidité

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

➤ Chapitre 4 Assistance

Article 35 - Pack Services

Les membres participants actifs, retraités et associés et leurs bénéficiaires conjoints bénéficient des garanties prévues au contrat d'assurance collectif « Assistance » souscrit par MGEN auprès de Ressources Mutuelle Assistance (RMA), en vue des prestations d'accompagnement personnalisé suivantes :

- solutions pour faire face à certains imprévus : notamment la garde d'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation,
- solutions permettant à l'adhérent d'être transporté sur son lieu de travail s'il ne peut pas utiliser les moyens de transports habituels suite à un accident ou une maladie,
- service d'information juridique sur le droit français (ex : consommation, habitation...),
- prévention des cas d'épuisement professionnel,
- solutions d'accompagnement des aidants.

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

➤ Chapitre 5 Service de téléconsultation

Article 36 - Accès à un service digital de prise de rendez-vous et de téléconsultation médicale

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

Ce service est accessible depuis l'espace personnel.

➤ Chapitre 6 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 37 - 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 38 - Handicap

L'allocation handicap peut être versée au membre participant ou au bénéficiaire, de moins de 60 ans, atteint dans ses facultés mentales, physiques et sensorielles.

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

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

Article 39 - Orphelinat

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

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

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

L'allocation est versée :

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

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

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

Article 40 - Aide au mutualiste aidant

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

TITRE 3

COTISATIONS ET COMPLÉMENTS

Article 41 - 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.

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.

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

Article 42 - Cotisations

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

1 - Actifs

La cotisation est forfaitaire et déterminée en fonction de la formule de garantie choisie, du montant du traitement indiciaire brut mensuel du membre participant et de l'âge atteint par le membre participant dans l'année civile de l'adhésion.

2 - Retraités

La cotisation est forfaitaire et 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.

3 - Associés

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

4 - Orphelins

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

Article 43 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 43 du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement.

Ce complément de cotisation couvre une année civile. Ce complément est calculé au prorata de la période de couverture.

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

Il concerne :

- 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. Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 35 du présent règlement).

- Bénéficiaires enfants

Le complément dû pour chaque bénéficiaire enfant est forfaitaire en 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.

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

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

Article 44 - Régime d'Alsace Moselle

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

Cet abattement s'applique sur les cotisations santé.

Article 45 - Revalorisation des cotisations

Chaque année, les montants de cotisations mentionnés à l'annexe 2 du présent règlement pourront faire l'objet d'une revalorisation.

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).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
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 %
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*			
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	150 %	200 %
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*		130 %	175 %
Consultations / Visites de sages-femmes			
Sages-femmes	100 %	100 %	100 %
Actes techniques dont radiologie			
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	125 %	125 %
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*		100 %	100 %
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
*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.			
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	125 %	125 %
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	100 %	125 %	125 %

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).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
Honoraires de pharmacie remboursés par la Sécurité sociale			
Honoraires remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Médicaments			
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	Remboursement SS + 25 € / année civile	Remboursement SS + 50 € / année civile
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors homéopathie)	Néant		
Honoraires de pharmacie remboursés par la sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Autres soins (se soigner autrement)			
Ostéopathie	60 € / année civile	125 € / année civile	150 € / année civile
Acupuncture			
Homéopathie			
Consultations diététicien			
Chiropraxie			
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)	10 € / séance	15 € / séance	20 € / séance
Prévention			
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Contraception / Tests de grossesse	25 € / année civile	125 € / année civile	150 € / année civile
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale			
Bilan de psychomotricité	Néant	Néant	
Ostéodensitométrie (remboursée ou non par la Sécurité sociale)			
Dépistage Prénatal Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI) / Amniocentèse	100 %	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte	Remboursement SS pour le DPNI + 183 € / acte

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).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
Cures thermales			
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	Remboursement SS uniquement, soit 70%	100 %	100 %
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	Remboursement SS uniquement, soit 65%	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 + 150 € / séjour
Transports			
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Matériel médical			
Appareillages et dispositifs médicaux			
- Accessoires et pansements, appareillage et orthopédie remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
- Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale	100 %	230 %	350 %
Prothèses			
Prothèse oculaires	100 % La prise en charge ainsi définie permet un remboursement total de la dépense engagée, pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics		
Prothèses capillaires			
- Prothèse capillaire totale classe I (*)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et un tarif définis par les pouvoirs publics		
- Prothèse capillaire totale classe II (*)	100 %	100 %	245 %
- Prothèse capillaire partielle (*)	100 %	100 %	100 %
- Accessoires capillaires (3 accessoires *)	100 %	100 %	200 %
*Tel que défini par la liste des produits et prestations prévue par l'article L165-I du code de la sécurité sociale			
Prothèses mammaires externes			
- Par prothèse	100 %	100 %	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

HOSPITALISATION

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
Honoraires médicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	150 %	200 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	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
Forfait patient urgences	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
Forfait journalier psychiatrique			
Hébergement et frais de séjour			
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %
Chambre particulière**			
- Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement (au moins une nuitée)	Néant	50 € / jour	70 € / jour
- Chambre particulière en cas d'hospitalisation ambulatoire (sans nuitée)	Néant	15 €	15 €
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	Néant	25 € / nuit	30 € / nuit
**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		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).			
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*			
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics		
Inlay core (avec ou sans clavette)			
Bridge dento-porté			
Couronne transitoire dento-portée			
Appareil amovible en résine			
Réparations sur appareil amovible en résine			
*Tel que défini réglementairement			
Soins et prothèses hors panier 100% Santé			
Soins			
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100 %	150 %	150 %
Prothèses			
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : céramo-métallique ou céramo-céramique	100 %	330 %	430 %
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale : alliage précieux	100 %	270 %	370 %
Inlay core (avec ou sans clavette)	100 %	150 %	200 %
Appareils amovibles en métal remboursés par la Sécurité sociale	100 %	270 %	370 %
Réparations sur appareils amovibles en métal remboursées par la Sécurité sociale	100 %	150 %	200 %
Prothèses non remboursées par la Sécurité sociale	Néant	200 € / année civile	400 € / année civile
Orthodontie			
Orthodontie remboursée à 100% par la Sécurité sociale (traitement actif et 1re année de contention)	100 %	225 %	265 %
Orthodontie remboursée à 70 % par la Sécurité sociale (2e année de contention et examens préalables)	100 %	195 %	235 %
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (traitement actif et années de contention)	Néant	300 € / année civile	400 € / année civile
Implantologie*			
Implant non remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	500 € / année civile	750 € / année civile
Implant Remboursé par la Sécurité sociale (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...) Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	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 + 750 € / implant
*Forfait par implant versé par dent concernée			
Parodontie			
Traitement remboursé par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Traitement non remboursé par la Sécurité sociale	Néant	100 € / année civile	400 € / année civile

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).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3

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'appariage 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*
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans	100 %	33,75 €	45 €	45 €	60 €	
		≥ 16 ans	100 %	45 €	60 €	60 €	80 €	
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans	100 %	90 €	120 €	100 €	133,33 €	
		≥ 16 ans	100 %	105 €	140 €	120 €	160 €	
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	100 %	90 €	120 €	120 €	160 €	
		≥ 16 ans	100 %	105 €	140 €	120 €	160 €	
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	100 %	90 €	120 €	120 €	160 €	
		≥ 16 ans	100 %	120 €	160 €	150 €	200 €	
Monture (classe B)		< 16 ans	100 %	35 €		45 €		
		≥ 16 ans	100 %	60 €		90 €		

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	100%			
Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait			Remboursement SS + forfait 110 €	Remboursement SS + forfait 170 €
Non remboursées par la Sécurité sociale (par année civile)	Néant			

Autres prestations optiques

Prisme incorporé	< 16 ans	100 %	Remboursement SS + 15 €	Remboursement SS + 15 €
	≥ 16 ans	100 %	Remboursement SS + 13 €	Remboursement SS + 13 €
Matériel pour amblyopie (sur prescription médicale) par œil et par année civile, TM au-delà		100 %	Remboursement SS + 130 €	Remboursement SS + 130 €
Prestations d'adaptation, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)		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

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).		
	MSPH Santé 1	MSPH Santé 2	MSPH Santé 3
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			
Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	1 400 €	1 400 €	1 590 €
Mutualiste de 20 ans et plus	400 €	570 €	740 €
<p>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.</p>			
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 % (si remboursé par la Sécurité sociale)	Remboursement SS + 50 €	Remboursement SS + 50 €

Annexe 2

Tableaux des cotisations

COTISATIONS MENSUELLES DES MEMBRES PARTICIPANTS ACTIFS

MSPH I : SANTÉ I - PRÉVOYANCE I					
Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600€ de TIB	1601-1900€ de TIB	1901-2200€ de TIB	2201-2500€ de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	28,51 €	30,94 €	31,92 €	32,87 €	35,79 €
25-26 ans	29,18 €	31,65 €	32,66 €	33,62 €	36,61 €
27-28 ans	29,85 €	32,40 €	33,42 €	34,42 €	37,43 €
29-30 ans	30,94 €	33,62 €	34,67 €	35,74 €	39,02 €
31-32 ans	32,76 €	35,63 €	36,75 €	37,88 €	41,47 €
33-34 ans	34,61 €	37,70 €	38,89 €	40,08 €	44,00 €
35-36 ans	37,51 €	41,04 €	42,36 €	43,69 €	48,46 €
37-38 ans	40,50 €	44,47 €	45,91 €	47,37 €	53,01 €
39-40 ans	43,56 €	47,95 €	49,53 €	51,10 €	57,62 €
41-42 ans	47,01 €	51,92 €	53,63 €	55,33 €	62,75 €
43-44 ans	50,63 €	56,01 €	57,85 €	59,73 €	68,04 €
45-46 ans	54,74 €	60,71 €	62,75 €	64,78 €	74,21 €
47-48 ans	59,00 €	65,58 €	67,79 €	70,01 €	80,56 €
49-50 ans	62,97 €	70,07 €	72,44 €	74,80 €	86,29 €
51-52 ans	67,09 €	74,65 €	77,19 €	79,73 €	92,12 €
53-54 ans	71,32 €	79,41 €	82,12 €	84,83 €	98,16 €
55-56 ans	76,41 €	85,22 €	88,14 €	91,05 €	105,71 €
57-58 ans	81,67 €	91,23 €	94,37 €	97,47 €	113,46 €
59-60 ans	85,21 €	95,05 €	98,28 €	101,53 €	117,79 €
À partir de 61 ans	88,96 €	99,07 €	102,45 €	105,81 €	122,34 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MSPH 1+ : SANTÉ 1 - PRÉVOYANCE 2

Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600€ de TIB	1601-1900€ de TIB	1901-2200€ de TIB	2201-2500€ de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	29,99 €	32,75 €	33,82 €	34,89 €	38,57 €
25-26 ans	30,66 €	33,46 €	34,56 €	35,64 €	39,39 €
27-28 ans	31,33 €	34,21 €	35,32 €	36,44 €	40,21 €
29-30 ans	32,92 €	36,08 €	37,24 €	38,39 €	42,77 €
31-32 ans	35,24 €	38,68 €	39,95 €	41,20 €	46,17 €
33-34 ans	37,59 €	41,37 €	42,73 €	44,09 €	49,63 €
35-36 ans	42,22 €	46,87 €	48,45 €	50,02 €	57,39 €
37-38 ans	46,94 €	52,43 €	54,21 €	56,04 €	65,21 €
39-40 ans	51,81 €	58,16 €	60,18 €	62,20 €	73,29 €
41-42 ans	57,08 €	64,36 €	66,62 €	68,87 €	81,86 €
43-44 ans	62,52 €	70,71 €	73,19 €	75,70 €	90,57 €
45-46 ans	69,00 €	78,33 €	81,12 €	83,95 €	101,23 €
47-48 ans	75,61 €	86,11 €	89,22 €	92,32 €	112,05 €
49-50 ans	81,33 €	92,75 €	96,11 €	99,47 €	121,08 €
51-52 ans	87,16 €	99,49 €	103,11 €	106,74 €	130,21 €
53-54 ans	93,15 €	106,41 €	110,29 €	114,18 €	139,55 €
55-56 ans	100,81 €	115,38 €	119,62 €	123,82 €	151,95 €
57-58 ans	108,64 €	124,55 €	129,14 €	133,70 €	164,58 €
59-60 ans	112,18 €	128,37 €	133,05 €	137,76 €	168,91 €
À partir de 61 ans	115,93 €	132,39 €	137,22 €	142,04 €	173,46 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MSPH 2 : SANTÉ 2 - PRÉVOYANCE I

Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600 € de TIB	1601-1900 € de TIB	1901-2200 € de TIB	2201-2500 € de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	46,77 €	50,63 €	52,20 €	53,78 €	58,12 €
25-26 ans	48,40 €	52,38 €	54,01 €	55,62 €	60,10 €
27-28 ans	50,08 €	54,19 €	55,88 €	57,54 €	62,15 €
29-30 ans	52,19 €	56,53 €	58,28 €	60,07 €	64,99 €
31-32 ans	57,17 €	61,95 €	63,87 €	65,81 €	71,30 €
33-34 ans	60,09 €	65,15 €	67,19 €	69,24 €	75,15 €
35-36 ans	64,12 €	69,71 €	71,91 €	74,12 €	80,98 €
37-38 ans	68,28 €	74,41 €	76,79 €	79,15 €	86,96 €
39-40 ans	72,54 €	79,20 €	81,75 €	84,30 €	93,04 €
41-42 ans	77,91 €	85,22 €	87,96 €	90,68 €	100,52 €
43-44 ans	83,55 €	91,49 €	94,44 €	97,41 €	108,27 €
45-46 ans	89,82 €	98,52 €	101,73 €	104,93 €	117,09 €
47-48 ans	96,39 €	105,87 €	109,33 €	112,80 €	126,27 €
49-50 ans	102,82 €	113,01 €	116,70 €	120,40 €	134,98 €
51-52 ans	107,80 €	118,55 €	122,44 €	126,34 €	141,90 €
53-54 ans	112,93 €	124,28 €	128,37 €	132,46 €	149,02 €
55-56 ans	118,89 €	131,02 €	135,35 €	139,67 €	157,64 €
57-58 ans	125,03 €	137,96 €	142,54 €	147,09 €	166,44 €
59-60 ans	129,41 €	142,68 €	147,40 €	152,09 €	171,80 €
À partir de 61 ans	133,96 €	147,61 €	152,47 €	157,33 €	177,37 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MSPH 2+ : SANTÉ 2 - PRÉVOYANCE 2

Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600€ de TIB	1601-1900€ de TIB	1901-2200€ de TIB	2201-2500€ de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	48,25 €	52,44 €	54,10 €	55,80 €	60,90 €
25-26 ans	49,88 €	54,19 €	55,91 €	57,64 €	62,88 €
27-28 ans	51,56 €	56,00 €	57,78 €	59,56 €	64,93 €
29-30 ans	54,17 €	58,99 €	60,85 €	62,72 €	68,74 €
31-32 ans	59,65 €	65,00 €	67,07 €	69,13 €	76,00 €
33-34 ans	63,07 €	68,82 €	71,03 €	73,25 €	80,78 €
35-36 ans	68,83 €	75,54 €	78,00 €	80,45 €	89,91 €
37-38 ans	74,72 €	82,37 €	85,09 €	87,82 €	99,16 €
39-40 ans	80,79 €	89,41 €	92,40 €	95,40 €	108,71 €
41-42 ans	87,98 €	97,66 €	100,95 €	104,22 €	119,63 €
43-44 ans	95,44 €	106,19 €	109,78 €	113,38 €	130,80 €
45-46 ans	104,08 €	116,14 €	120,10 €	124,10 €	144,11 €
47-48 ans	113,00 €	126,40 €	130,76 €	135,11 €	157,76 €
49-50 ans	121,18 €	135,69 €	140,37 €	145,07 €	169,77 €
51-52 ans	127,87 €	143,39 €	148,36 €	153,35 €	179,99 €
53-54 ans	134,76 €	151,28 €	156,54 €	161,81 €	190,41 €
55-56 ans	143,29 €	161,18 €	166,83 €	172,44 €	203,88 €
57-58 ans	152,00 €	171,28 €	177,31 €	183,32 €	217,56 €
59-60 ans	156,38 €	176,00 €	182,17 €	188,32 €	222,92 €
À partir de 61 ans	160,93 €	180,93 €	187,24 €	193,56 €	228,49 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MSPH 3 : SANTÉ 3 - PRÉVOYANCE I

Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600€ de TIB	1601-1900€ de TIB	1901-2200€ de TIB	2201-2500€ de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	79,23 €	85,59 €	88,26 €	90,91 €	97,75 €
25-26 ans	81,71 €	88,26 €	91,01 €	93,73 €	100,79 €
27-28 ans	84,25 €	91,01 €	93,84 €	96,66 €	103,91 €
29-30 ans	87,27 €	94,33 €	97,25 €	100,20 €	107,86 €
31-32 ans	91,65 €	99,11 €	102,19 €	105,29 €	113,44 €
33-34 ans	96,19 €	104,08 €	107,33 €	110,58 €	119,29 €
35-36 ans	101,93 €	110,45 €	113,94 €	117,40 €	127,19 €
37-38 ans	107,87 €	117,07 €	120,77 €	124,45 €	135,34 €
39-40 ans	114,00 €	123,88 €	127,80 €	131,72 €	143,70 €
41-42 ans	121,75 €	132,44 €	136,64 €	140,84 €	154,05 €
43-44 ans	129,86 €	141,41 €	145,89 €	150,39 €	164,88 €
45-46 ans	138,77 €	151,27 €	156,12 €	160,94 €	176,90 €
47-48 ans	148,10 €	161,61 €	166,79 €	171,99 €	189,47 €
49-50 ans	157,48 €	171,91 €	177,44 €	182,94 €	201,79 €
51-52 ans	163,33 €	178,39 €	184,13 €	189,88 €	209,78 €
53-54 ans	169,29 €	185,04 €	191,02 €	196,98 €	217,94 €
55-56 ans	176,11 €	192,69 €	198,92 €	205,17 €	227,58 €
57-58 ans	183,07 €	200,52 €	207,03 €	213,51 €	237,39 €
59-60 ans	188,28 €	206,13 €	212,81 €	219,47 €	243,74 €
À partir de 61 ans	193,63 €	211,90 €	218,75 €	225,60 €	250,29 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MSPH 3+ : SANTÉ 3 - PRÉVOYANCE 2

Tranches de rémunération/ Tranches d'âge	- de 1600€ de TIB	1601-1900€ de TIB	1901-2200€ de TIB	2201-2500€ de TIB	À partir de 2501 € de TIB
Moins de 25 ans	80,71 €	87,40 €	90,16 €	92,93 €	100,53 €
25-26 ans	83,19 €	90,07 €	92,91 €	95,75 €	103,57 €
27-28 ans	85,73 €	92,82 €	95,74 €	98,68 €	106,69 €
29-30 ans	89,25 €	96,79 €	99,82 €	102,85 €	111,61 €
31-32 ans	94,13 €	102,16 €	105,39 €	108,61 €	118,14 €
33-34 ans	99,17 €	107,75 €	111,17 €	114,59 €	124,92 €
35-36 ans	106,64 €	116,28 €	120,03 €	123,73 €	136,12 €
37-38 ans	114,31 €	125,03 €	129,07 €	133,12 €	147,54 €
39-40 ans	122,25 €	134,09 €	138,45 €	142,82 €	159,37 €
41-42 ans	131,82 €	144,88 €	149,63 €	154,38 €	173,16 €
43-44 ans	141,75 €	156,11 €	161,23 €	166,36 €	187,41 €
45-46 ans	153,03 €	168,89 €	174,49 €	180,11 €	203,92 €
47-48 ans	164,71 €	182,14 €	188,22 €	194,30 €	220,96 €
49-50 ans	175,84 €	194,59 €	201,11 €	207,61 €	236,58 €
51-52 ans	183,40 €	203,23 €	210,05 €	216,89 €	247,87 €
53-54 ans	191,12 €	212,04 €	219,19 €	226,33 €	259,33 €
55-56 ans	200,51 €	222,85 €	230,40 €	237,94 €	273,82 €
57-58 ans	210,04 €	233,84 €	241,80 €	249,74 €	288,51 €
59-60 ans	215,25 €	239,45 €	247,58 €	255,70 €	294,86 €
À partir de 61 ans	220,60 €	245,22 €	253,52 €	261,83 €	301,41 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

COTISATIONS MENSUELLES DES MEMBRES PARTICIPANTS RETRAITÉS

Tranches d'âge	MSPH I : Santé I	MSPH I + : Santé I	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
- de 55 ans	62,85 €	62,85 €	106,64 €	106,64 €	171,91 €	171,91 €
55-56 ans	66,01 €	66,01 €	111,12 €	111,12 €	178,79 €	178,79 €
57-58 ans	69,31 €	69,31 €	115,79 €	115,79 €	185,96 €	185,96 €
59-60 ans	72,78 €	72,78 €	120,67 €	120,67 €	193,40 €	193,40 €
61-62 ans	75,69 €	75,69 €	124,27 €	124,27 €	199,19 €	199,19 €
63-64 ans	78,72 €	78,72 €	128,00 €	128,00 €	205,18 €	205,18 €
65-66 ans	81,87 €	81,87 €	131,85 €	131,85 €	211,35 €	211,35 €
67-68 ans	85,16 €	85,16 €	135,80 €	135,80 €	217,67 €	217,67 €
69-70 ans	88,56 €	88,56 €	139,87 €	139,87 €	224,21 €	224,21 €
71-72 ans	92,11 €	92,11 €	144,07 €	144,07 €	230,94 €	230,94 €
73-74 ans	95,81 €	95,81 €	148,41 €	148,41 €	237,87 €	237,87 €
75-76 ans	99,63 €	99,63 €	152,86 €	152,86 €	245,01 €	245,01 €
77-78 ans	103,63 €	103,63 €	157,45 €	157,45 €	252,37 €	252,37 €
79-80 ans	107,78 €	107,78 €	162,18 €	162,18 €	259,94 €	259,94 €
À partir de 81 ans	112,09 €	112,09 €	167,03 €	167,03 €	267,74 €	267,74 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

COTISATIONS MENSUELLES DES MEMBRES PARTICIPANTS ASSOCIÉS ET DES MEMBRES PARTICIPANTS ORPHELINS

Tranches d'âge	MSPH I : Santé I	MSPH I + : Santé I	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
Moins de 25 ans	29,59 €	29,59 €	49,87 €	49,87 €	85,93 €	85,93 €
25-26 ans	30,33 €	30,33 €	51,68 €	51,68 €	88,68 €	88,68 €
27-28 ans	31,09 €	31,09 €	53,55 €	53,55 €	91,51 €	91,51 €
29-30 ans	31,87 €	31,87 €	55,48 €	55,48 €	94,45 €	94,45 €
31-32 ans	33,77 €	33,77 €	60,57 €	60,57 €	98,89 €	98,89 €
33-34 ans	35,81 €	35,81 €	63,40 €	63,40 €	103,54 €	103,54 €
35-36 ans	37,96 €	37,96 €	66,39 €	66,39 €	108,42 €	108,42 €

Tranches d'âge	MSPH 1 : Santé 1	MSPH 1+ : Santé 1	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
37-38 ans	40,24 €	40,24 €	69,52 €	69,52 €	113,50 €	113,50 €
39-40 ans	42,66 €	42,66 €	72,78 €	72,78 €	118,83 €	118,83 €
41-42 ans	45,21 €	45,21 €	77,29 €	77,29 €	125,97 €	125,97 €
43-44 ans	47,93 €	47,93 €	82,08 €	82,08 €	133,53 €	133,53 €
45-46 ans	50,81 €	50,81 €	87,16 €	87,16 €	141,55 €	141,55 €
47-48 ans	53,87 €	53,87 €	92,57 €	92,57 €	150,03 €	150,03 €
49-50 ans	57,08 €	57,08 €	98,30 €	98,30 €	159,04 €	159,04 €
51-52 ans	59,95 €	59,95 €	102,42 €	102,42 €	165,40 €	165,40 €
53-54 ans	62,93 €	62,93 €	106,73 €	106,73 €	172,01 €	172,01 €
55-56 ans	66,09 €	66,09 €	111,21 €	111,21 €	178,89 €	178,89 €
57-58 ans	69,39 €	69,39 €	115,89 €	115,89 €	186,05 €	186,05 €
59-60 ans	72,86 €	72,86 €	120,75 €	120,75 €	193,49 €	193,49 €
61-62 ans	75,78 €	75,78 €	124,36 €	124,36 €	199,29 €	199,29 €
63-64 ans	78,82 €	78,82 €	128,10 €	128,10 €	205,27 €	205,27 €
65-66 ans	81,96 €	81,96 €	131,93 €	131,93 €	211,43 €	211,43 €
67-68 ans	85,24 €	85,24 €	135,89 €	135,89 €	217,77 €	217,77 €
69-70 ans	88,65 €	88,65 €	139,95 €	139,95 €	224,30 €	224,30 €
71-72 ans	92,19 €	92,19 €	144,17 €	144,17 €	231,03 €	231,03 €
73-74 ans	95,89 €	95,89 €	148,50 €	148,50 €	237,96 €	237,96 €
75-76 ans	99,74 €	99,74 €	152,94 €	152,94 €	245,11 €	245,11 €
77-78 ans	103,72 €	103,72 €	157,54 €	157,54 €	252,46 €	252,46 €
79-80 ans	107,87 €	107,87 €	162,26 €	162,26 €	260,03 €	260,03 €
À partir de 81 ans	112,18 €	112,18 €	167,12 €	167,12 €	267,83 €	267,83 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

COTISATIONS MENSUELLES DES MEMBRES BÉNÉFICIAIRES CONJOINTS

Tranches d'âge	MSPH 1 : Santé 1	MSPH 1 + : Santé 1	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
Moins de 25 ans	29,59 €	29,59 €	49,87 €	49,87 €	85,93 €	85,93 €
25-26 ans	30,33 €	30,33 €	51,68 €	51,68 €	88,68 €	88,68 €
27-28 ans	31,09 €	31,09 €	53,55 €	53,55 €	91,51 €	91,51 €
29-30 ans	31,87 €	31,87 €	55,48 €	55,48 €	94,45 €	94,45 €
31-32 ans	33,77 €	33,77 €	60,57 €	60,57 €	98,89 €	98,89 €
33-34 ans	35,81 €	35,81 €	63,40 €	63,40 €	103,54 €	103,54 €
35-36 ans	37,96 €	37,96 €	66,39 €	66,39 €	108,42 €	108,42 €
37-38 ans	40,24 €	40,24 €	69,52 €	69,52 €	113,50 €	113,50 €
39-40 ans	42,66 €	42,66 €	72,78 €	72,78 €	118,83 €	118,83 €
41-42 ans	45,21 €	45,21 €	77,29 €	77,29 €	125,97 €	125,97 €
43-44 ans	47,93 €	47,93 €	82,08 €	82,08 €	133,53 €	133,53 €
45-46 ans	50,81 €	50,81 €	87,16 €	87,16 €	141,55 €	141,55 €
47-48 ans	53,87 €	53,87 €	92,57 €	92,57 €	150,03 €	150,03 €
49-50 ans	57,08 €	57,08 €	98,30 €	98,30 €	159,04 €	159,04 €
51-52 ans	59,95 €	59,95 €	102,42 €	102,42 €	165,40 €	165,40 €
53-54 ans	62,93 €	62,93 €	106,73 €	106,73 €	172,01 €	172,01 €
55-56 ans	66,09 €	66,09 €	111,21 €	111,21 €	178,89 €	178,89 €
57-58 ans	69,39 €	69,39 €	115,89 €	115,89 €	186,05 €	186,05 €
59-60 ans	72,86 €	72,86 €	120,75 €	120,75 €	193,49 €	193,49 €
61-62 ans	75,78 €	75,78 €	124,36 €	124,36 €	199,29 €	199,29 €

Tranches d'âge	MSPH 1 : Santé 1	MSPH 1+ : Santé 1	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
63-64 ans	78,82 €	78,82 €	128,10 €	128,10 €	205,27 €	205,27 €
65-66 ans	81,96 €	81,96 €	131,93 €	131,93 €	211,43 €	211,43 €
67-68 ans	85,24 €	85,24 €	135,89 €	135,89 €	217,77 €	217,77 €
69-70 ans	88,65 €	88,65 €	139,95 €	139,95 €	224,30 €	224,30 €
71-72 ans	92,19 €	92,19 €	144,17 €	144,17 €	231,03 €	231,03 €
73-74 ans	95,89 €	95,89 €	148,50 €	148,50 €	237,96 €	237,96 €
75-76 ans	99,74 €	99,74 €	152,94 €	152,94 €	245,11 €	245,11 €
77-78 ans	103,72 €	103,72 €	157,54 €	157,54 €	252,46 €	252,46 €
79-80 ans	107,87 €	107,87 €	162,26 €	162,26 €	260,03 €	260,03 €
À partir de 81 ans	112,18 €	112,18 €	167,12 €	167,12 €	267,83 €	267,83 €

Dont 0,38 € au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

COTISATIONS MENSUELLES DES MEMBRES BÉNÉFICIAIRES ENFANTS

Tranches d'âge	MSPH 1 : Santé 1	MSPH 1+ : Santé 1	MSPH 2 : Santé 2	MSPH 2+ : Santé 2	MSPH 3 : Santé 3	MSPH 3+ : Santé 3
Moins de 19 ans	20,49 €	20,49 €	30,72 €	30,72 €	43,53 €	43,53 €
19-29 ans	25,63 €	25,63 €	38,42 €	38,42 €	54,42 €	54,42 €
A partir de 30 ans en situation de handicap	38,89 €	38,89 €	67,19 €	67,19 €	107,33 €	107,33 €

Annexe 3

Notice d'information prestations d'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	Illimitées		
Conseils et informations médicales	Illimités		
Accompagnement spécifique à la parentalité	Illimité		
Accompagnement spécifique en cas de décès	Illimité		
En cas d'hospitalisation, d'immobilisation et de maternité			
	Hospitalisation		
	Hospitalisation + 48H	Hospitalisation imprévue + 24H de l'un des parents	Hospitalisation programmée + 48H de l'un des parents
Aide à domicile	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		
Présence d'un proche au chevet	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/ nuit		
Transfert Post-hospitalisation	200 euros TTC		
Garde des enfants ou petits enfants		40 heures	40 heures
Conduite des enfants à l'école		5 aller-retour/enfant	5 aller-retour/enfant
Conduite des enfants aux activités extrascolaires		3 aller-retour/enfant	3 aller-retour/enfant
Aide aux devoirs		4 heures	4 heures
Soutien Scolaire chez un proche	30 heures		
	Immobilisation		
	Immobilisation imprévue + 5J	Immobilisation imprévue + 5J de l'un des parents	Immobilisation + 48H suite chirurgie en ambulatoire
Aide à domicile			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
Présence d'un proche au chevet	Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/ nuit		Transport : 500 euros TTC Hébergement : 2 nuits à 92 euros TTC/ nuit
Transfert Post-hospitalisation	200 euros TTC		200 euros TTC
Garde des enfants ou petits enfants		40 heures	40 heures
Conduite des enfants à l'école		5 aller-retour/enfant	5 aller-retour/enfant
Conduite des enfants aux activités extrascolaires		3 aller-retour/enfant	3 aller-retour/enfant
Aide aux devoirs		4 heures	4 heures
Soutien Scolaire chez un proche		30 heures	30 heures

	Maternité			
	Maternité +4J, Naissance multiple et/ou césarienne			
Aide à domicile	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			
Prévention de l'épuisement professionnel				
Coaching Santé et Nutrition	5 entretiens			
Accompagnement psycho-social	Illimité			
Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants				
	Bilan psycho-social			
Soutien psychologique	Illimité			
Accompagnement social	Illimité			
Accès portail d'informations	Illimité			
	Assistance préventive			
	Prévention épuisement de l'aidant	Santé et bien-être de l'aidant	Soutien vie quotidienne	Soutien vie professionnelle
Formation de l'aidant	300 euros TTC			
Acquisition de matériel paramédical ou aides techniques	300 euros TTC			
Médiation	300 euros TTC			
Activité physique adaptée		3 séances		
Présence à domicile		12 heures		12 heures
Conseil médical		Illimité		
Téléassistance			6 mois	
Inscription à une association			1 inscription	
Réseau d'entraide			1 inscription	
Conseils nutrition			5 entretiens	
Portage de repas				Equivalente à l'enveloppe financière de la présence à domicile
Bilan ergothérapeute			1 bilan	
	Assistance en cas de situation de crise			
	Hospitalisation + 24H de l'aidant	Immobilisation + 48H de l'aidant	Epuisement de l'aidant	Hospitalisation + 4J de la personne aidée
Aide à domicile	15 heures	15 heures		15 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, livraison de courses, petit jardinage)	300 euros TTC	300 euros TTC		300 euros TTC
Transport d'un proche au domicile	500 euros TTC	500 euros TTC		
Hébergement temporaire	300 euros TTC	300 euros TTC	Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Garde de nuit à domicile			2 nuits	2 nuits
Accueil de jour			Equivalente à l'enveloppe financière de la garde de nuit	
Bilan d'ergothérapeute				1 bilan
	Fin de la situation d'aidant			
	Récupération des capacités de la personne aidée		Décès de la personne aidée	
Activité de loisirs	3 séances			
Activité physique adaptée	3 séances			
Conseils nutrition	5 entretiens			
Conseils gestion du budget			5 entretiens	
Inscription à une association			1 inscription	

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire est souscrit par MGEN (soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro Siren 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans – 75 748 PARIS CEDEX 15) auprès de Ressources Mutuelles Assistance, ci-après «RMA» ou «l'Assisteur», 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, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

➤ 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 ayant adhéré au règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers,
- ses ayants droit.

2 - Prise d'effet et durée des garanties

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

La couverture géographique d'assistance est valable en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés d'Andorre et de Monaco) et dans les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion).

Le transport de Bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile du Bénéficiaire est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine,
- si le domicile du Bénéficiaire est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence du Bénéficiaire.

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 immobilisation,
- une maternité,
- une situation d'aïdant.

L'Assisteur 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, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

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, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5 - Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'assisteur sans interruption, 24 Heures sur 24, 7 jours sur 7 :

Par téléphone (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@rmasistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de Membre Participant,
- 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 jours (20 jours) qui suivent la date de survenance 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 des 20 jours, 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, qui justifie 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.

Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, l'Assisteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les cinq (5) jours ouvrés suivant le premier contact avec le Bénéficiaire,
- 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'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue.

8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents, mais comme des maladies, les événements suivants :

- les 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.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

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.**

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 : les ayants droit du Membre Participant, sont ceux inscrits comme tels par ce Membre Participant au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaire : le membre participant et ses ayants droit.

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 thermale sont assimilés à des centres de convalescence.

Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Consolidation : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du Membre Participant, le dépendant doit être à charge fiscale de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du Membre Participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dommages corporels : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire 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.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent du Membre Participant.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et la Réunion. 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 dans vos conditions générales. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une immobilisation,
- une maternité,
- une situation d'aïdant.

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 d'Andorre et de Monaco) et les DROM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et Réunion).

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. **N'est pas considéré comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

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 (HAD), 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 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 multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre Participant : personne physique affiliée au contrat MGEN Santé Fonction Publique Hospitalière.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du Membre Participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge du Membre Participant et vivant sous le même toit que lui.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur 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.

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 et 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.**

En complément, l'Assisteur propose 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'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.

12 - Accompagnement spécifique à la parentalité

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

13 - Accompagnement spécifique en cas de décès

A - Enregistrement et respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'Adhérent puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - I. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

B - Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.**

C - Accompagnement psycho-social

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

➤ Prestations d'assistance en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée 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.

14 - Prestations en cas :

- D'hospitalisation de plus de 48 heures ;
- D'immobilisation de plus de 48 heures suite à une chirurgie en ambulatoire ;
- De maternité de plus de 4 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 - 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.

15 - Prestations en cas :

- D'hospitalisation de plus de 48 heures ;
- D'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ;
- D'immobilisation de plus de 48 heures suite à une chirurgie en ambulatoire.

A - Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train (le classe) ou par avion (classe économique). L'Assisteur organise également et prend en charge son hébergement **pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 euros TTC**

B - Transfert post-hospitalisation chez un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport non médicalisé du Bénéficiaire depuis son domicile vers le domicile d'un proche **dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation**. Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1ère classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 euros TTC par trajet aller-retour.

Ces prestations s'appliquent uniquement aux parents, pendant ou après l'hospitalisation, ou pendant l'immobilisation.

16 - Prestations en cas :

- D'hospitalisation imprévue de plus de 24 heures ou prévue de plus de 48 heures de l'un des parents ;
- D'immobilisation imprévue de plus de 5 jours de l'un des parents ;
- D'immobilisation de plus de 48 heures suite à une chirurgie en ambulatoire.

A - Garde des enfants de moins de 18 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Dans le cas où le Bénéficiaire est parent ou a la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans ou d'enfants handicapés sans limite d'âge, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation et pendant l'immobilisation** ;
- soit le transport aller/retour des enfants ainsi qu'un accompagnateur familial 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.

B - Conduite à l'école et retour au domicile des enfants

L'Assisteur organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, **dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, à concurrence d'un maximum de 5 jours répartis sur une période de 3 semaines maximum**.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

C - Conduite aux activités extrascolaires

L'Assisteur organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, **dans la limite d'un aller/retour par semaine et par enfant sur une période de 3 semaines maximum**.

D - Aide aux devoirs

L'Assisteur organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, sciences de la vie et de la terre (SVT), physique/chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie), **à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés**.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 2 semaines.

17 - Prestations en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures, d'immobilisation de plus de 48 heures suite à une chirurgie en ambulatoire ou en cas d'immobilisation de plus de 5 jours de l'un des parents

Soutien scolaire chez un proche

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours.

L'Assisteur organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, sciences de la vie et de la terre (SVT), physique/chimie, langues, histoire/ géographie, philosophie, économie), **au domicile du proche, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour par foyer**.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou de l'immobilisation sur une période maximale de 2 semaines.

➤ Prévention de l'épuisement professionnel

18 - Prévention de l'épuisement professionnel

Afin de faciliter le quotidien du Bénéficiaire, l'Assisteur propose à tout moment au Bénéficiaire un accompagnement psycho-social par téléphone afin de prévenir les risques liés à son activité professionnelle et faciliter son équilibre de vie :

A - Dispositifs de prévention

- Gestion de ses temps de pause (micro-sieste, relaxation, bonnes postures...)
- Prévention du burn-out
- Prévention des addictions (Tabac, Alcool, Jeux...)
- Coaching Santé et Nutrition (à concurrence de 5 entretiens).

B - Identifier et gérer le stress

- Sensibilisation aux techniques de relaxation afin de gérer son stress, son anxiété et troubles du sommeil
- Soutien psychologique et aide à la prise de distance face aux situations stressantes
- Conseil et accompagnement au lâcher prise
- Conseil médical ciblé sur l'hygiène de vie, l'alimentation, le trouble du sommeil, l'anxiété ...
- Orientation vers des groupes d'échanges d'expérience
- Détection des risques liés à la pénibilité (charges lourdes, postures pénibles)

C - Conciliation vie personnelle vie professionnelle

- Optimisation de son temps par la délégation
- Mise en œuvre de services à domicile
- Accompagnement pour la reprise d'une activité physique

D - Prévention et traitement de la souffrance aiguë

- Évaluation du risque suicidaire
- Travail psychothérapeutique à distance
- Conseil et réorientation vers un psychologue en face à face

L'accompagnement est réalisé sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels par le département d'accompagnement psycho-social pour l'écouter, le conseiller et l'orienter. L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux.

➤ Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants

19 - Bilan psycho-social de la situation

À tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues avec un nombre illimité d'entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales avec un nombre illimité d'entretiens par année civile,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

20 - Assistance préventive

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

A - Prévention de l'épuisement de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :**

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un Diplôme d'État (DE).

B - Santé et bien-être de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux **à concurrence d'un maximum de 12 heures ;**
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

C - Soutien pour la vie quotidienne

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;**
- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ou à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 60 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum ;**
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.**

D - Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

À tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement **à hauteur d'un maximum de 12 heures ;**
- la mise en place d'un portage de repas et son financement **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.**

21 - Assistance en cas de situation de crise

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité...

A - Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, **organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :**

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence de 15 heures ;**
- une prestation de bien-être et de soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC, telle(s) que :**
 - 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.
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée **dans la limite de 500 euros TTC ;**
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à concurrence de 300 euros TTC.**

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

B - Épuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives ;**
- l'organisation d'un hébergement temporaire, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;**
- l'organisation d'un accueil de jour, **dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.**

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

C - Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile **à concurrence de 15 heures** ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC**, telle(s) que :
 - 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.
- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives** ;
- un bilan sur mesure au domicile du Bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du Bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du Bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. A l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

22 - Fin de la situation d'aidant

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

A - Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à concurrence de 3 séances** ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile** ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, **à concurrence de 3 séances.**

B - Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à hauteur du coût de la cotisation annuelle** ;
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.**

➤ Cadre juridique

23 - 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.

24 - 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'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui aurait 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.

25 - 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.

26 - 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.

27 - 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.

28 - 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.

29 - 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 :

I - en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.

30 - 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 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>.

31 - 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.

32 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr

