

Règlement mutualiste labellisé MGEN Territoires et Éducation

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent Règlement mutualiste labellisé a pour objet de faire bénéficier les personnes définies à l'article 2 des garanties frais de santé liées à un accident, une maladie et une maternité et des allocations d'action sociale.

Il définit le contenu des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle. Il comprend un descriptif des garanties choisies par le membre participant pour lui-même et ses éventuels bénéficiaires.

Ses garanties sont assurées par MGEN, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale et par MGEN Vie.

Elles prennent effet au 1^{er} août 2020.

Le présent Règlement a fait l'objet d'une labellisation par un prestataire habilité par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. Il est éligible à la participation de l'employeur au profit du membre participant en activité, conformément aux dispositions du Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les catégories de frais remboursables figurent en détail dans l'annexe I du présent Règlement.

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

Les membres participants et bénéficiaires bénéficient des prestations telles que prévues au présent Règlement mutualiste.

Peuvent adhérer au présent Règlement en qualité de membres participants :

- les agents territoriaux exerçant dans un établissement d'enseignement ;
- les adjoints techniques territoriaux (voierie et espaces verts) ;
- les agents territoriaux exerçant dans un établissement d'enseignement et adjoints techniques territoriaux retraités (voierie et espaces verts) ;
- les veufs et orphelins des agents territoriaux exerçant dans un établissement d'enseignement et adjoints techniques territoriaux (voierie et espaces verts) décédés, que ces derniers aient été actifs ou retraités.

Il n'y a aucun âge maximal à l'adhésion au présent Règlement mutualiste.

Article 3 - Adhésion à distance ou à la suite d'un démarchage

En complément des dispositions figurant dans les Statuts de MGEN sur les modalités d'adhésion, les précisions suivantes sont données à l'adhérent, dans les cas où il adhère à distance ou à la suite d'un démarchage.

Adhésion à distance

En cas d'adhésion réalisée à distance c'est-à-dire hors la présence d'un conseiller de la mutuelle, et conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, ou à la suite d'un démarchage téléphonique, l'adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de trente jours calendaires révolus. Si les agents n'ont pas adhéré à distance ou à la suite d'un démarchage téléphonique, ils ne disposent pas de la faculté de renonciation. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point a ci-dessus.

Ce droit est à exercer par l'envoi par l'adhérent d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'attention du président de MGEN, adressé à la section départementale dont il dépend selon le modèle de rédaction ci-après : « Je soussigné(e) (nom, prénom), demeurant (adresse complète), vous notifie par la présente ma renonciation à mon adhésion au Règlement mutualiste MTE effectuée le (date) à (lieu) Le (date et signature) ».

Les agents qui demanderaient l'entrée en vigueur des garanties avant l'expiration du délai de renonciation de trente jours, devraient acquitter en conséquence la cotisation due pour bénéficier des garanties, dont le montant serait calculé au prorata temporis de la période de couverture.

Dans le cas où les agents exerceraient leur faculté de renonciation, ils seraient tenus au paiement proportionnel du service, calculé au prorata temporis de la période pendant laquelle ils ont été couverts. La mutuelle rembourserait alors aux membres participants dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle aurait perçues de ceux-ci en application du Règlement mutualiste, à l'exception du montant mentionné au présent alinéa. Ce délai commence à courir le jour où la mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Les informations figurant au présent Règlement mutualiste sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La loi applicable aux relations précontractuelles entre le membre participant et la mutuelle, et au Règlement mutualiste en cas d'adhésion, est la loi française. La langue utilisée pendant la durée d'adhésion est le français.

Les dispositions relatives à l'adhésion à distance ne s'appliquent qu'au Règlement mutualiste initial, et pas aux dispositions contractuelles applicables en cas de tacite reconduction.

Les informations communiquées au membre participant le sont sur un support durable, c'est-à-dire tout instrument offrant la possibilité au membre participant ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées. À tout moment au cours de la relation contractuelle, le membre participant a le droit,

s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le membre participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le Règlement mutualiste à distance auquel il a adhéré

Adhésion à la suite d'un démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu à l'alinéa ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionné au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du Règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Article 4 - Protection des données à caractère personnel

PDans le cadre de ses activités, la mutuelle 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 prendre en compte l'adhésion au Règlement mutualiste, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires.

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

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

Conformément aux dispositions du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de ses données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données le concernant. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN. De même, sauf opposition de sa part, les données à caractère personnel du membre participant pourront être utilisées dans le cadre de profilage.

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

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

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 auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'il estime, après avoir contacté MGEN, que ses droits Informatique et Libertés 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 <https://inscription.bloctel.fr/>.

Article 5 - Réclamations – Médiation

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

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

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

**MGEN - Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15**

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

- par mail à l'adresse suivante :

mediation@mgen.fr

- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation

<http://www.mediation-mgen.fr>

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative. Une convention de procédure participative est une voie de négociation susceptible d'intervenir en cas de conflit, avant ou après la saisine d'un juge. Une telle convention est conclue pour une durée déterminée et est régie par les articles 2062 et suivants du Code civil.

La prescription est également suspendue à compter de l'accord du débiteur constaté par huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-I du code des procédures civiles

d'exécution, procédure simplifiée applicable pour le recouvrement des créances dont le montant en principal et intérêts n'excède pas 5.000 euros.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 6 - Fait générateur

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

Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet de l'adhésion n'ouvre pas droit aux prestations. Seuls donnent lieu à remboursement les soins qui se situent pendant la période d'ouverture des droits.

Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des Statuts et du Règlement mutualiste en vigueur à la date du fait générateur.

Article 7 - Prescription

Les demandes de remboursement doivent parvenir aux Centres de service dans les deux ans à compter de la date de remboursement figurant sur le décompte de Sécurité sociale ou de la date de l'acte ou des soins ou de délivrance, lorsque ceux-ci ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

En application de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent Règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

Cette prescription est interrompue par l'une des causes suivantes, conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité :

- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou un bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation ;
- le recours au médiateur ;
- la désignation d'un expert après la réalisation d'un risque ;
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou

lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

Article 8 - 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 et de MGEN Vie.

TITRE 2

PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Les prestations servies selon la formule de garantie choisie, sont décrites ci-après et figurent en annexe 1 du présent Règlement.

Article 9 - Les formules de garanties proposées

Le membre participant a le choix entre les formules :

- MGEN Territoires et Education 1 ;
- MGEN Territoires et Education 2, avec la possibilité de souscrire avec cette garantie MGEN Territoires et Education 2 une option Budget Malin, dont le fonctionnement est décrit dans le tableau des prestations, en annexe au présent Règlement ;
- MGEN Territoires et Education 3 ;

lesquelles respectent les critères du « contrat responsable » fixés aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et leurs textes d'application.

La formule de garantie applicable aux bénéficiaires est obligatoirement celle du membre participant auquel ils sont rattachés.

Article 10 - Les changements de formule

En cours d'adhésion, le membre participant peut solliciter un changement de formule, sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins une année civile dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre, date de réception par le centre de gestion de la mutuelle. La nouvelle formule prend effet au 1er janvier de l'année qui suit 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 un changement de situation professionnelle (situation de chômage indemnisé ou liquidation de la pension de retraite).

La demande de changement doit alors être formulée dans les six mois suivant l'évènement et être accompagnée des justificatifs afférents. Elle prend alors effet au premier jour du mois suivant sa réception par la mutuelle.

Le changement de formule est sans effet sur les limites de prestations en cours (implantologie, optique et frais d'hospitalisation).

Article 11 - Définition des prestations et modalités de leur paiement

11.1 - Frais de santé

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.

Les prestations sont servies conformément aux conditions relatives au contrat responsable mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

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

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

Les remboursements effectués en application du présent Règlement mutualiste sont donc adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers, pour éviter à l'adhérent ou à ses bénéficiaires de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Conformément aux dispositions applicables aux contrats solidaires, les formules MGEN Territoires et Education 1, MGEN Territoires et Education 2, MGEN Territoires et Education 2 avec l'option Budget Malin et MGEN Territoires et Education 3 du présent Règlement respectent les critères suivants :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée au membre participant ou à ses bénéficiaires ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des membres participants ou de leurs bénéficiaires.

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

Les paiements de prestations sont effectués par virement en euros.

11.2 - Hospitalisation

Les prestations hospitalisation sont servies dans le respect des dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives au contrat responsable.

La mutuelle intervient en matière d'honoraires et de frais de séjour pris en charge par la Sécurité sociale.

1 - Frais de séjour

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

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale, sont garantis :

- 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.

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

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

3 - Fait générateur et justificatifs à produire

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

Hors tiers payant, les prestations sont servies sur présentation de la facture originale nominative acquittée et détaillée de l'établissement hospitalier.

11.3 - Forfait médecine complémentaire

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 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, sa signature et son numéro ADEL ou identifiant RPPS.

2 - Actes médicaux d'acupuncture

La mutuelle intervient pour les séances d'acupuncture,

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

La prestation est servie sur présentation de la facture originale nominative acquittée précisant la nature de l'acte.

3 - Consultations diététiques

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

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

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

4 - Homéopathie

La prestation est versée pour les produits homéopathiques prescrits (médicaments et préparations magistrales) non remboursés par la Sécurité sociale.

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

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

5 - Chiropraxie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un chiropracteur 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, sa signature et son numéro ADELI ou identifiant RPPS.

6 - Podologue – Pédiçure

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

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

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

7 - Etiopathie

La prestation est versée pour le remboursement des séances d'étiopathie non remboursées par la Sécurité sociale, réalisées par un praticien diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

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

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

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

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de MGEN définie au présent Règlement mutualiste.

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 au présent règlement mutualiste, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 12 - Exclusions

Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique, les frais de santé ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale, à l'exception de celles figurant dans le tableau des prestations.

Par ailleurs, et sous réserve de respecter les obligations de garanties résultant de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », ne peuvent donner lieu à remboursement les actes ou prescriptions non pris en charge par la Sécurité sociale ou hors nomenclature, sauf s'ils sont prévus dans les tableaux des prestations figurant en annexe du présent Règlement mutualiste.

Article 13 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement

total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies au titre du règlement seraient réduites à due concurrence.

Si le membre participant est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, la mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

Article 14 - Paiement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins ;
- un justificatif (note d'honoraires, reçu de paiement, ... etc.) pour toute prestation non prise en charge par la Sécurité sociale mais garantie au titre du Règlement ;
- la note d'honoraires pour les frais dentaires, orthodontiques et optiques ;
- le décompte des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par celle-ci ;
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme ;
- pour l'allocation naissance - adoption : versement de 100 € par enfant né ou adopté sur présentation/envoi d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou du certificat d'adoption.

Les sommes dues peuvent être réglées au membre participant et à ses bénéficiaires.

Enfin la mutuelle se réserve le droit de réclamer tout autre justificatif nécessaire à la prise en charge des prestations.

TITRE 3

ASSISTANCE

Article 15 - Objet

La mutuelle a souscrit au bénéfice de ses membres participants :

- un contrat collectif auprès de RMA pour leur offrir des garanties d'assistance, notamment en cas d'accident corporel, de maladie ou de décès ;
- un contrat collectif auprès de SMACL Assurances pour leur offrir des garanties de protection juridique et d'information juridique.

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, les membres participants sont obligatoirement affiliés aux contrats d'assurance de groupe d'Assistance souscrits par MGEN auprès de RMA, Union d'Assistance régie par le Code de la mutualité et auprès de SMACL Assurances, Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances.

En qualité de souscripteur des contrats, la mutuelle remet à chaque membre participant les notices d'information relatives à ceux-ci, établies par RMA et par SMACL Assurances. Elles définissent les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elles précisent également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Conformément aux mandats qui lui sont donnés par RMA et par SMACL Assurances, la mutuelle encaisse auprès de ses membres participants les parts de cotisation relatives à ces garanties et les reverse à RMA et à SMACL Assurances.

RMA et SMACL Assurances sont seules responsables des garanties délivrées au titre de ces contrats.

TITRE 4

ACTION SOCIALE

Le membre participant bénéficie des prestations d'action sociale suivantes et en ouvre le droit à ses éventuels bénéficiaires.

Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

1 - Une aide exceptionnelle pour des besoins de première urgence jusqu'à concurrence de 1 000 €.

En cas d'évènements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 1 500 €.

Le montant cumulé de l'aide versée ne peut pas dépasser 3 000 € durant la vie du mutualiste.

2 - Un prêt social, jusqu'à concurrence de 2 000 €, pour les mêmes raisons, sans intérêt et sans frais. Il est remboursable dans un délai maximum de 36 mois selon un échéancier personnalisé.

En cas d'évènements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 3 000 €.

Un nouveau prêt social ne peut être accordé qu'à la condition que le précédent prêt ait été intégralement remboursé par le mutualiste.

3 - Une avance spéciale lorsque sa situation administrative n'a pu être régularisée notamment pour raison de maladie, en attente d'un paiement de son administration.

Cette avance, sans intérêt, est plafonnée à 3 000 €.

Elle est remboursable dans un délai maximum de quatre mois à compter de la date d'attribution.

4 - Un prêt service, à taux bonifié, d'une durée de 12 à 60 mois, accordé par la Casden Banque Populaire, pour faire face à une situation grave, imprévisible et exceptionnelle. Il n'est pas cumulable avec le prêt social. Le montant de ce prêt peut varier de 1 500 € à 7 500 € et doit être remboursé avant que l'adhérent ait atteint 75 ans. Ce prêt est remboursable par mensualité d'au moins 50 €.

5 - Un prêt installation MGEN-Casden, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par MGEN et la Casden).

Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 €.

Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Le membre participant doit :

- formuler sa demande de prêt par écrit ;
- être sociétaire de la CASDEN ou remplir les conditions pour le devenir ;
- et être âgé de moins de 36 ans au moment de la demande.

Handicap et dépendance

1 - Allocation handicap

L'allocation handicap est versée aux membres participants et bénéficiaires, de moins de 60 ans, atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles.

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

2 - Allocation dépendance

Sont concernés les seuls membres participants et bénéficiaires, de plus de 60 ans, se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable constatée par le médecin-consultant de MGEN.

3 - Modalités de versement des allocations

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

Elles peuvent être modulées en fonction du handicap, du degré

de dépendance, du besoin d'assistance, du quotient familial ou des aides extérieures.

4 - Correspondant mutualiste

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

Soins coûteux durables

Les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants peuvent, après avis favorable du médecin-consultant de MGEN, bénéficier d'une participation spécifique de la mutuelle.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Soins coûteux ponctuels

Les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, hors dépassements d'honoraires, peuvent, après avis favorable du médecin consultant de MGEN, bénéficier d'une participation pour soins coûteux ponctuels.

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Prestation particulière

Les mutualistes bénéficiaires de l'allocation handicap, dépendance, ou soins coûteux, ou de la prestation Dépendance totale de MGEN, peuvent, pour des frais ponctuels liés au handicap ou à la dépendance tels que le matériel lourd et l'aménagement du domicile ou du véhicule, bénéficier d'une prestation spécifique de la mutuelle.

Aide au mutualiste aidant

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

Orphelinat

1 - Objet

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

2 - Montant et versement de l'allocation

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

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

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

Elle est versée :

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

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

3 - Demandes d'allocation

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

4 - Correspondant mutualiste

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

COTISATIONS

Article 16 - Règles de cotisation

Le membre participant s'engage à régler une cotisation annuelle globale pour lui-même et les compléments de cotisations dus au titre de l'ensemble de ses bénéficiaires. La cotisation et les compléments de cotisations sont dus pour une année civile.

Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

Le montant de cette cotisation est fixé en fonction de la formule de garanties choisie et de l'âge du membre participant.

Conformément aux dispositions de l'article 15 du présent Règlement, la cotisation annuelle du membre participant (actif, retraité ou associé) comprend un montant forfaitaire versé au titre des contrats collectifs souscrits auprès de RMA et de SMAACL Assurances.

La cotisation acquittée par le membre participant est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire qui lui est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé :

- pour les bénéficiaires conjoints, en fonction de la garantie souscrite par le membre participant et de l'âge du bénéficiaire conjoint ;
- pour les bénéficiaires enfants, uniquement en fonction de la garantie souscrite par le membre participant.

Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des bénéficiaires enfants à partir du 3ème enfant couvert rattaché au même membre participant.

Le montant de la cotisation et/ou du complément de cotisation est minoré pour les membres participants et/ou bénéficiaires relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle, compte-tenu de la prise en charge par ce régime.

L'application de la minoration est conditionnée à la production par les intéressés de la justification de leur appartenance à ce régime.

Le montant des cotisations figure en annexe 2 au présent Règlement.

Dans le cas du règlement des cotisations par prélèvement bancaire, le membre participant s'engage à communiquer à la Mutuelle les documents et informations nécessaires au prélèvement des cotisations, et au paiement des prestations, dues pour lui et ses bénéficiaires.

En cas de sortie entraînant la fin de l'adhésion ou de celle du bénéficiaire en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis en mois complets avec effet le dernier jour du mois de la fin d'adhésion.

Toutes taxes dues au titre du présent Règlement mutualiste, présentes ou futures, mises à la charge de l'adhérent, sont payables en même temps que les cotisations.

Article 17 - Majoration de cotisation issue du dispositif solidaire**17.1 - Majoration de cotisation pour adhésion tardive**

Lorsqu'un membre participant de plus de 30 ans adhère plus de 2 ans après son entrée dans la collectivité qui contribue à la protection sociale complémentaire de ses agents, sa cotisation est majorée de 2 % par année non cotisée, selon les modalités prévues par l'article 28-2 du Décret du 8 novembre 2011 n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, précisé par l'article 4 de l'arrêté du 8 novembre 2011

La majoration s'applique pour chaque année non cotisée depuis la date la plus récente entre ces trois possibilités :

- la date de publication du décret du 8 novembre 2011 : le 10 novembre 2011 ;

- la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique ;
- la dernière adhésion à une garantie référencée.

Toutefois des délais ont été accordés pour la mise en place de ce dispositif dans les cas suivants :

- pour les agents de plus de 30 ans actifs ou retraités au moment de la parution du décret, la majoration ne s'applique qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la liste des garanties labellisées (soit à compter du 1er septembre 2013) ;
- pour les agents de plus de 30 ans qui sont entrés dans la Fonction publique territoriale après la publication du décret la majoration ne s'applique qu'à l'issue des deux premières années suivant leur entrée dans la fonction publique territoriale.

Pour ce qui est des agents de plus de 30 ans, actifs ou retraités qui ont adhéré préalablement à une garantie labellisée, ils se voient, le cas échéant, appliquer le coefficient de majoration figurant sur le justificatif fourni par l'organisme assureur de la garantie labellisée, auquel sera additionné 2 % par année non cotisée depuis la dernière adhésion à une garantie référencée.

17.2 - Majoration de cotisation pour retrait ou non-renouvellement du label

Dans le cas où le présent Règlement cesserait de faire l'objet d'un label, le membre participant ne pourrait plus bénéficier de la participation de son employeur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Il en est de même lorsqu'il quitte la collectivité et lorsqu'il est admis à la retraite.

La Mutuelle informe le membre participant du retrait ou du non renouvellement de la labellisation dans un délai d'un mois à compter de la notification de ladite décision.

Article 18 - Territorialité

Les garanties MGEN Territoires et Education 1, MGEN Territoires et Education 2, MGEN Territoires et Education 2 avec l'option Budget Malin et MGEN Territoires et Education 3 prennent en charge les actes et soins de santé engagés en Métropole, dans les Départements ou Régions d'Outre-Mer pour les membres participants et leurs éventuels bénéficiaires ayant leur domicile dans ces territoires, ou à l'étranger lors d'un séjour temporaire.

Pour les frais engagés en dehors de France, les prestations dues au titre de l'Assurance maladie complémentaire doivent être servies sur la base des garanties décrites ci-avant, 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.

Sous réserve d'une évolution de la documentation contractuelle dans ce sens, aucun versement d'avance de prestation ou de caution ne peut être servi, y compris dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger.

Annexe I - Tableau de garanties

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 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 %	160 %	200 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)*		140 %	180 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	160 %	200 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*		140 %	180 %
Consultations / Visites de sages-femmes			
Sages-femmes	100 %	140 %	180 %
Actes techniques dont radiologie			
Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	160 %	200 %
Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100 %	140 %	180 %
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 coordonnés.			
Honoraires paramédicaux			
Honoraires des auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100 %	125 %	150 %
Analyses et examens de laboratoire			
Analyses - Actes de laboratoire	100 %	125 %	150 %
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 %	80 %*
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 %	15 %	15 %
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 70 %	100 %	100 %	100 %

*Option Budget malin : dans le cas de la souscription de cette option, les médicaments remboursés à 15 % par l'Assurance Maladie obligatoire ne sont pas remboursés par la Mutuelle, et les médicaments remboursés à 30 % par l'Assurance Maladie obligatoire, sont remboursés à 50 % par la Mutuelle, soit 80 % au total (Assurance Maladie obligatoire + Mutuelle).

SOINS COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
Médecine complémentaire			
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)			
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) / acupuncture / homéopathie / étio-pathie / pédicurie / podologie	50 € /année civile	70 € / année civile	160 € / année civile
Prévention			
Activité physique adaptée*(Sport sur ordonnance)	120 € / année civile	180 € / année civile	240 € / année civile
*Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD, dans le cadre des articles L1172-1 et D1172-2 du code de la santé publique.			
Cures thermales			
Forfait cures thermales	Néant	40 € / année civile	60 € / année civile
Frais de traitement en établissement thermal	100 %	100 %	100 %
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement	100 %	100 %	100 %
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, petit appareillage et orthopédie	160 %	160 %	210 %
Autres prothèses (Oculaires, capillaires, mammaires externes, fauteuils roulants)	160 %	160 %	210 %

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).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	160 %	200 %
Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM-OPTAM-CO)*	100 %	140 %	180 %
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.			
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 %
Indemnités DROM pour hospitalisation en dehors du département (30 jours maxi) *	15 € / jour		
*Pour les adhérents des départements et régions d'Outre-Mer, il est versé une indemnité journalière forfaitaire de 15 euros par jour en cas de séjour hors du département consécutif à l'une des affections entrant dans la liste des maladies relevant des Affections de Longue Durée (ALD). Les cures thermales sont exclues. Le versement des indemnités journalières est limité par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire.			
Chambre particulière			
Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	30 € / nuitée	60 € / nuitée	90 € / nuitée
Chambre particulière en psychiatrie	30 € / nuitée	60 € / nuitée	90 € / nuitée
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	30 € / nuitée	60 € / nuitée	90 € / nuitée
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	15 € / jour	15 € / jour	20 € / jour
Chambre particulière en maternité	30 € / nuitée	60 € / nuitée	90 € / nuitée

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
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			
*Tel que défini réglementairement			
Soins et prothèses hors panier 100% Santé			
Soins			
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie et parodontologie remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité sociale	100 %	130 %	180 %
Prothèses			
Prothèses fixes remboursées par la Sécurité sociale			
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent visible (Incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	225,25 €* ou 234 €**	325,25 €* ou 334 €**	525,25 €* ou 534 €**
Couronne définitive et pilier de bridge sur dent non visible (molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	175,25 €* ou 184 €**	275,25 €* ou 284 €**	375,25 €* ou 384 €**
Couronne transitoire	27 €	37 €	57 €
Inlay core (avec ou sans clavette)	143 €	153 €	173 €
Bridge 3 éléments	445,65 €	595,65 €	1395,65 €
Bridge collé	322,52 €	472,52 €	1272,52 €
Prothèses amovibles			
Prothèses amovibles définitives remboursées par la Sécurité sociale	170 %	220 %	320 %
Prothèses amovibles transitoires remboursées par la Sécurité sociale	170 %	220 %	320 %
Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale			
Autres soins dont réparations et suppléments	170 %	220 %	320 %
Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale			
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation (forfait par année civile)	200 €	200 €	400 €
* Selon une base de remboursement de la Sécurité sociale à 107,50 € ** Selon une base de remboursement de la Sécurité sociale à 120 €			
Orthodontie et parodontologie			
Traitements remboursés par la Sécurité sociale			
Examens préalables au traitement	120 % 210 % 270 %		
Traitement actif (par semestre)			
Traitement de contention (1 ^{re} année)			
Traitement de contention (2 ^e année)			
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale			
Examens préalables au traitement	200 € / année civile 500 € / année civile 800 € / année civile		
Traitement actif (par semestre, limité à 4 semestres / Enfant: 7e semestre finalisation)			
Traitement de contention (1 ^{re} année)			
Traitement de contention (2 ^e année)			
Parodontologie	50 € / année civile	100 € / année civile	300 € / année civile
Implantologie			
Implant non remboursé par la Sécurité sociale			
Implant (Grefte d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	150 € / implant	250 € / implant	500 € / implant

OPTIQUE (Sur prescription médicale)

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).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3

Lunettes

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

Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a) simple	< 16 ans	Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics		
		≥ 16 ans			
Forte correction (catégorie c) complexe	< 16 ans				
	≥ 16 ans				
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c) complexe	< 16 ans			
		≥ 16 ans			
Forte correction (catégorie f) très complexe	< 16 ans				
	≥ 16 ans				
Monture (classe A)	< 16 ans				
	≥ 16 ans				

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

Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a) simple	< 16 ans	35,03 €	55,03 €	100,03 €
		≥ 16 ans	35,03 €	55,03 €	100,03 €
	Forte correction (catégorie c) complexe	< 16 ans	85,03 €	105,03 €	150,03 €
		≥ 16 ans	85,03 €	105,03 €	150,03 €
Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c) complexe	< 16 ans	85,03 €	105,03 €	150,03 €
		≥ 16 ans	85,03 €	105,03 €	150,03 €
	Forte correction (catégorie f) très complexe	< 16 ans	135,03 €	155,03 €	200,03 €
		≥ 16 ans	135,03 €	155,03 €	200,03 €
Monture (classe B)	< 16 ans	30,03 €	50,03 €	100 €	
	≥ 16 ans	30,03 €	50,03 €	100 €	

Lentilles de contact correctrices

Remboursées par la Sécurité sociale par année civile	100% BR + forfait 100 €	100% BR + forfait 150 €	100% BR + forfait 300 €
Non remboursées par la Sécurité sociale par année civile	Forfait 100 €	Forfait 150 €	Forfait 300 €

Autres prestations optiques

Prestations d'adaptation et d'appairage, autres suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale	100 %	100 %	100 %
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)	200 €	300 €	550 €

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

**Tel que défini réglementairement

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

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

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

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

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

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

AIDES AUDITIVES

Nature des frais	PRESTATIONS		
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
Aides auditives			
Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1400 €	1400 €
Mutualiste de plus de 20 ans	400 €	540 €	1040 €
Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.			
Forfait annuel accessoires par oreille			
Piles, écouteurs, microphones et embouts	100 %		

ALLOCATION NOUVEL ENFANT

Nature des frais	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
Allocation nouvel enfant ou adoption	100 € / enfant mutualiste	100 € / enfant mutualiste	100 € / enfant mutualiste

Annexe 2 - Cotisations

Régime Général Membre Participant (actif / retraité) et Membre Participant Associé 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Jusqu'à 18 ans	389,04 €	482,40 €	458,40 €	629,52 €
19 ans	389,04 €	482,40 €	458,40 €	629,52 €
20 ans	447,12 €	554,52 €	526,92 €	723,60 €
21 ans	451,56 €	560,04 €	532,20 €	730,80 €
22 ans	451,56 €	560,04 €	532,20 €	730,80 €
23 ans	456,12 €	565,56 €	537,48 €	738,12 €
24 ans	456,12 €	565,56 €	537,48 €	738,12 €
25 ans	460,56 €	571,20 €	542,76 €	745,32 €
26 ans	460,56 €	571,20 €	542,76 €	745,32 €
27 ans	465,00 €	576,72 €	548,04 €	752,52 €
28 ans	465,00 €	582,24 €	553,32 €	759,84 €
29 ans	469,44 €	587,76 €	558,48 €	767,04 €
30 ans	469,44 €	587,76 €	558,48 €	767,04 €
31 ans	474,00 €	593,28 €	563,76 €	774,24 €
32 ans	474,00 €	604,44 €	574,32 €	788,76 €
33 ans	478,44 €	609,96 €	579,60 €	795,96 €
34 ans	478,44 €	615,48 €	584,88 €	803,16 €
35 ans	482,88 €	621,12 €	590,16 €	810,48 €
36 ans	491,88 €	632,16 €	600,72 €	824,88 €
37 ans	500,76 €	637,68 €	606,00 €	832,20 €
38 ans	509,76 €	648,84 €	616,44 €	846,60 €
39 ans	523,08 €	659,88 €	627,00 €	861,12 €

Régime Général Membre Participant (actif / retraité) et Membre Participant Associé 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
40 ans	532,08 €	670,92 €	637,56 €	875,52 €
41 ans	540,96 €	676,56 €	642,84 €	882,84 €
42 ans	554,40 €	687,60 €	653,40 €	897,24 €
43 ans	563,40 €	698,64 €	663,96 €	911,76 €
44 ans	576,84 €	709,80 €	674,40 €	926,16 €
45 ans	585,72 €	720,84 €	684,96 €	940,68 €
46 ans	603,60 €	732,00 €	695,52 €	955,20 €
47 ans	617,04 €	743,04 €	706,08 €	969,60 €
48 ans	630,48 €	754,20 €	716,64 €	984,12 €
49 ans	648,36 €	765,24 €	727,20 €	998,52 €
50 ans	666,24 €	776,28 €	737,64 €	1013,04 €
51 ans	679,68v	809,64 €	769,32 €	1056,48 €
52 ans	697,56 €	842,88 €	800,88 €	1099,92 €
53 ans	715,44 €	881,64 €	837,84 €	1150,56 €
54 ans	733,32 €	920,52 €	874,68 €	1201,20 €
55 ans	751,20 €	959,28 €	911,52 €	1251,84 €
56 ans	773,52 €	1003,68 €	953,76 €	1309,68 €
57 ans	795,84 €	1048,08 €	995,88 €	1367,64 €
58 ans	822,72 €	1092,36 €	1038,00 €	1425,48 €
59 ans	845,04 €	1142,28 €	1085,40 €	1490,64 €
60 ans	871,92 €	1192,20 €	1132,92 €	1555,80 €
61 ans	898,68 €	1247,64 €	1185,60 €	1628,16 €
62 ans	947,88 €	1297,56 €	1233,00 €	1693,20 €
63 ans	997,08 €	1358,52 €	1290,96 €	1772,88 €
64 ans	1055,16 €	1419,60 €	1348,92 €	1852,44 €
65 ans	1113,36 €	1480,56 €	1406,88 €	1932,00 €
66 ans	1171,44 €	1547,16 €	1470,12 €	2018,88 €
67 ans et +	1238,52 €	1613,64 €	1533,36 €	2105,64 €

La cotisation annuelle du membre participant et du membre participant associé comprend une cotisation de 8,28 € TTC au titre de la garantie assistance.

Régime Général Bénéficiaire Conjoint 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Jusqu'à 18 ans	373,56 €	466,92 €	442,92 €	614,04 €
19 ans	380,76 €	474,12 €	450,12 €	621,24 €
20 ans	438,84 €	546,24 €	518,64 €	715,32 €
21 ans	443,28 €	551,76 €	523,92 €	722,52 €
22 ans	443,28 €	551,76 €	523,92 €	722,52 €
23 ans	447,84 €	557,28 €	529,20 €	729,84 €
24 ans	447,84 €	557,28 €	529,20 €	729,84 €
25 ans	452,28 €	562,92 €	534,48 €	737,04 €
26 ans	452,28 €	562,92 €	534,48 €	737,04 €
27 ans	456,72 €	568,44 €	539,76 €	744,24 €
28 ans	456,72 €	573,96 €	545,04 €	751,56 €
29 ans	461,16 €	579,48 €	550,20 €	758,76 €
30 ans	461,16 €	579,48 €	550,20 €	758,76 €
31 ans	465,72 €	585,00 €	555,48 €	765,96 €
32 ans	465,72 €	596,16 €	566,04 €	780,48 €
33 ans	470,16 €	601,68 €	571,32 €	787,68 €
34 ans	470,16 €	607,20 €	576,60 €	794,88 €
35 ans	474,60 €	612,84 €	581,88 €	802,20 €
36 ans	483,60 €	623,88 €	592,44 €	816,60 €
37 ans	492,48 €	629,40 €	597,72 €	823,92 €
38 ans	501,48 €	640,56 €	608,16 €	838,32 €
39 ans	514,80 €	651,60 €	618,72 €	852,84 €
40 ans	523,80 €	662,64 €	629,28 €	867,24 €
41 ans	532,68 €	668,28 €	634,56 €	874,56 €
42 ans	546,12 €	679,32 €	645,12 €	888,96 €
43 ans	555,12 €	690,36 €	655,68 €	903,48 €
44 ans	568,56 €	701,52 €	666,12 €	917,88 €
45 ans	577,44 €	712,56 €	676,68 €	932,40 €
46 ans	595,32 €	723,72 €	687,24 €	946,92 €
47 ans	608,76 €	734,76 €	697,80 €	961,32 €
48 ans	622,20 €	745,92 €	708,36 €	975,84 €
49 ans	640,08 €	756,96 €	718,92 €	990,24 €

Régime Général Bénéficiaire Conjoint 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
50 ans	657,96 €	768,00 €	729,36 €	1004,76 €
51 ans	671,40 €	801,36 €	761,04 €	1048,20 €
52 ans	689,28 €	834,60 €	792,60 €	1091,64 €
53 ans	707,16 €	873,36 €	829,56 €	1142,28 €
54 ans	725,04 €	912,24 €	866,40 €	1192,92 €
55 ans	742,92 €	951,00 €	903,24 €	1243,56 €
56 ans	765,24 €	995,40 €	945,48 €	1301,40 €
57 ans	787,56 €	1039,80 €	987,60 €	1359,36 €
58 ans	814,44 €	1084,08 €	1029,72 €	1417,20 €
59 ans	836,76 €	1134,00 €	1077,12 €	1482,36 €
60 ans	863,64 €	1183,92 €	1124,64 €	1547,52 €
61 ans	890,40 €	1239,36 €	1177,32 €	1619,88 €
62 ans	939,60 €	1289,28 €	1224,72 €	1684,92 €
63 ans	988,80 €	1350,24 €	1282,68 €	1764,60 €
64 ans	1046,88 €	1411,32 €	1340,64 €	1844,16 €
65 ans	1105,08 €	1472,28 €	1398,60 €	1923,72 €
66 ans	1163,16 €	1538,88 €	1461,84 €	2010,60 €
67 ans et +	1230,24 €	1605,36 €	1525,08 €	2097,36 €

Régime Général Bénéficiaire Enfant 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Bénéficiaire Enfant de moins de 18 ans	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €
Bénéficiaire enfant de 18 à 29 ans	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €
Bénéficiaire Enfant de plus de 29 ans en situation de handicap reconnu par les MDPH	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €

Régime Général Membre Participant Orphelin 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Membre participant orphelin de moins de 18 ans	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €
Membre Participant Orphelin de 18 à 29 ans	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €
Membre Participant Orphelin de plus de 29 ans en situation de handicap reconnu par les MDPH	299,52 €	371,52 €	353,04 €	484,80 €

Régime Alsace Moselle Membre Participant (actif / retraité) et Membre Participant Associé 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Jusqu'à 18 ans	165,60 €	236,40 €	224,40 €	392,40 €
19 ans	165,60 €	236,40 €	224,40 €	392,40 €
20 ans	189,60 €	272,40 €	258,00 €	450,00 €
21 ans	192,00 €	274,80 €	261,60 €	454,80 €
22 ans	192,00 €	274,80 €	261,60 €	454,80 €
23 ans	193,20 €	277,20 €	264,00 €	459,60 €
24 ans	193,20 €	277,20 €	264,00 €	459,60 €
25 ans	195,60 €	280,80 €	266,40 €	464,40 €
26 ans	195,60 €	280,80 €	266,40 €	464,40 €
27 ans	198,00 €	283,20 €	268,80 €	468,00 €
28 ans	198,00 €	285,60 €	271,20 €	472,80 €
29 ans	199,20 €	288,00 €	273,60 €	477,60 €
30 ans	199,20 €	288,00 €	273,60 €	477,60 €
31 ans	201,60 €	291,60 €	276,00 €	482,40 €
32 ans	201,60 €	296,40 €	282,00 €	490,80 €
33 ans	202,80 €	298,80 €	284,40 €	495,60 €
34 ans	202,80 €	302,40 €	286,80 €	500,40 €
35 ans	205,20 €	304,80 €	289,20 €	504,00 €
36 ans	208,80 €	309,60 €	294,00 €	513,60 €
37 ans	212,40 €	313,20 €	297,60 €	518,40 €
38 ans	216,00 €	318,00 €	302,40 €	526,80 €
39 ans	222,00 €	324,00 €	307,20 €	536,40 €
40 ans	225,60 €	328,80 €	313,20 €	544,80 €
41 ans	229,20 €	332,40 €	315,60 €	549,60 €
42 ans	235,20 €	337,20 €	320,40 €	558,00 €
43 ans	238,80 €	343,20 €	325,20 €	567,60 €
44 ans	244,80 €	348,00 €	331,20 €	576,00 €
45 ans	248,40 €	354,00 €	336,00 €	585,60 €
46 ans	256,80 €	358,80 €	340,80 €	594,00 €
47 ans	261,60 €	364,80 €	345,60 €	603,60 €
48 ans	267,60 €	369,60 €	351,60 €	612,00 €
49 ans	274,80 €	375,60 €	356,40 €	621,60 €

Régime Alsace Moselle Membre Participant (actif / retraité) et Membre Participant Associé 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
50 ans	283,20 €	380,40 €	361,20 €	630,00 €
51 ans	288,00 €	397,20 €	376,80 €	657,60 €
52 ans	296,40 €	412,80 €	392,40 €	684,00 €
53 ans	303,60 €	432,00 €	410,40 €	716,40 €
54 ans	310,80 €	451,20 €	428,40 €	747,60 €
55 ans	319,20 €	470,40 €	446,40 €	778,80 €
56 ans	327,60 €	492,00 €	466,80 €	814,80 €
57 ans	337,20 €	513,60 €	488,40 €	850,80 €
58 ans	349,20 €	535,20 €	508,80 €	886,80 €
59 ans	358,80 €	560,40 €	531,60 €	927,60 €
60 ans	369,60 €	584,40 €	555,60 €	968,40 €
61 ans	381,60 €	612,00 €	580,80 €	1012,80 €
62 ans	402,00 €	636,00 €	603,60 €	1053,60 €
63 ans	422,40 €	666,00 €	632,40 €	1102,80 €
64 ans	447,60 €	696,00 €	661,20 €	1152,00 €
65 ans	471,60 €	726,00 €	688,80 €	1202,40 €
66 ans	496,80 €	758,40 €	720,00 €	1256,40 €
67 ans et +	525,60 €	790,80 €	751,20 €	1310,40 €

La cotisation annuelle du membre participant et du membre participant associé comprend une cotisation de 8,28 € TTC au titre de la garantie assistance.

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Conjoint 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Jusqu'à 18 ans	157,32 €	228,12 €	216,12 €	384,12 €
19 ans	157,32 €	228,12 €	216,12 €	384,12 €
20 ans	181,32 €	264,12 €	249,72 €	441,72 €
21 ans	183,72 €	266,52 €	253,32 €	446,52 €
22 ans	183,72 €	266,52 €	253,32 €	446,52 €
23 ans	184,92 €	268,92 €	255,72 €	451,32 €
24 ans	184,92 €	268,92 €	255,72 €	451,32 €
25 ans	187,32 €	272,52 €	258,12 €	456,12 €
26 ans	187,32 €	272,52 €	258,12 €	456,12 €
27 ans	189,72 €	274,92 €	260,52 €	459,72 €
28 ans	189,72 €	277,32 €	262,92 €	464,52 €
29 ans	190,92 €	279,72 €	265,32 €	469,32 €
30 ans	190,92 €	279,72 €	265,32 €	469,32 €
31 ans	193,32 €	283,32 €	267,72 €	474,12 €
32 ans	193,32 €	288,12 €	273,72 €	482,52 €
33 ans	194,52 €	290,52 €	276,12 €	487,32 €
34 ans	194,52 €	294,12 €	278,52 €	492,12 €
35 ans	196,92 €	296,52 €	280,92 €	495,72 €
36 ans	200,52 €	301,32 €	285,72 €	505,32 €
37 ans	204,12 €	304,92 €	289,32 €	510,12 €
38 ans	207,72 €	309,72 €	294,12 €	518,52 €
39 ans	213,72 €	315,72 €	298,92 €	528,12 €
40 ans	217,32 €	320,52 €	304,92 €	536,52 €
41 ans	220,92 €	324,12 €	307,32 €	541,32 €
42 ans	226,92 €	328,92 €	312,12 €	549,72 €
43 ans	230,52 €	334,92 €	316,92 €	559,32 €
44 ans	236,52 €	339,72 €	322,92 €	567,72 €
45 ans	240,12 €	345,72 €	327,72 €	577,32 €
46 ans	248,52 €	350,52 €	332,52 €	585,72 €
47 ans	253,32 €	356,52 €	337,32 €	595,32 €
48 ans	259,32 €	361,32 €	343,32 €	603,72 €
49 ans	266,52 €	367,32 €	348,12 €	613,32 €

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Conjoint 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
50 ans	274,92 €	372,12 €	352,92 €	621,72 €
51 ans	279,72 €	388,92 €	368,52 €	649,32 €
52 ans	288,12 €	404,52 €	384,12 €	675,72 €
53 ans	295,32 €	423,72 €	402,12 €	708,12 €
54 ans	302,52 €	442,92 €	420,12 €	739,32 €
55 ans	310,92 €	462,12 €	438,12 €	770,52 €
56 ans	319,32 €	483,72 €	458,52 €	806,52 €
57 ans	328,92 €	505,32 €	480,12 €	842,52 €
58 ans	340,92 €	526,92 €	500,52 €	878,52 €
59 ans	350,52 €	552,12 €	523,32 €	919,32 €
60 ans	361,32 €	576,12 €	547,32 €	960,12 €
61 ans	373,32 €	603,72 €	572,52 €	1004,52 €
62 ans	393,72 €	627,72 €	595,32 €	1045,32 €
63 ans	414,12 €	657,72 €	624,12 €	1094,52 €
64 ans	439,32 €	687,72 €	652,92 €	1143,72 €
65 ans	463,32 €	717,72 €	680,52 €	1194,12 €
66 ans	488,52 €	750,12 €	711,72 €	1248,12 €
67 ans et +	517,32 €	782,52 €	742,92 €	1302,12 €

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Enfant 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Bénéficiaire Enfant de moins de 18 ans	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €
Bénéficiaire enfant de 18 à 29 ans	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €
Bénéficiaire Enfant de plus de 29 ans en situation de handicap reconnu par les MDPH	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €

Régime Alsace Moselle Membre Participant Orphelin 2020

Âges	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2 "sans option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 2 "avec option Budget Malin sur la pharmacie à 30%"	MGEN Territoires et Éducation 3
Membre participant orphelin de moins de 18 ans	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €
Membre Participant Orphelin de 18 à 29 ans	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €
Membre Participant Orphelin de plus de 29 ans en situation de handicap reconnu par les MDPH	127,20 €	182,40 €	172,80 €	302,40 €