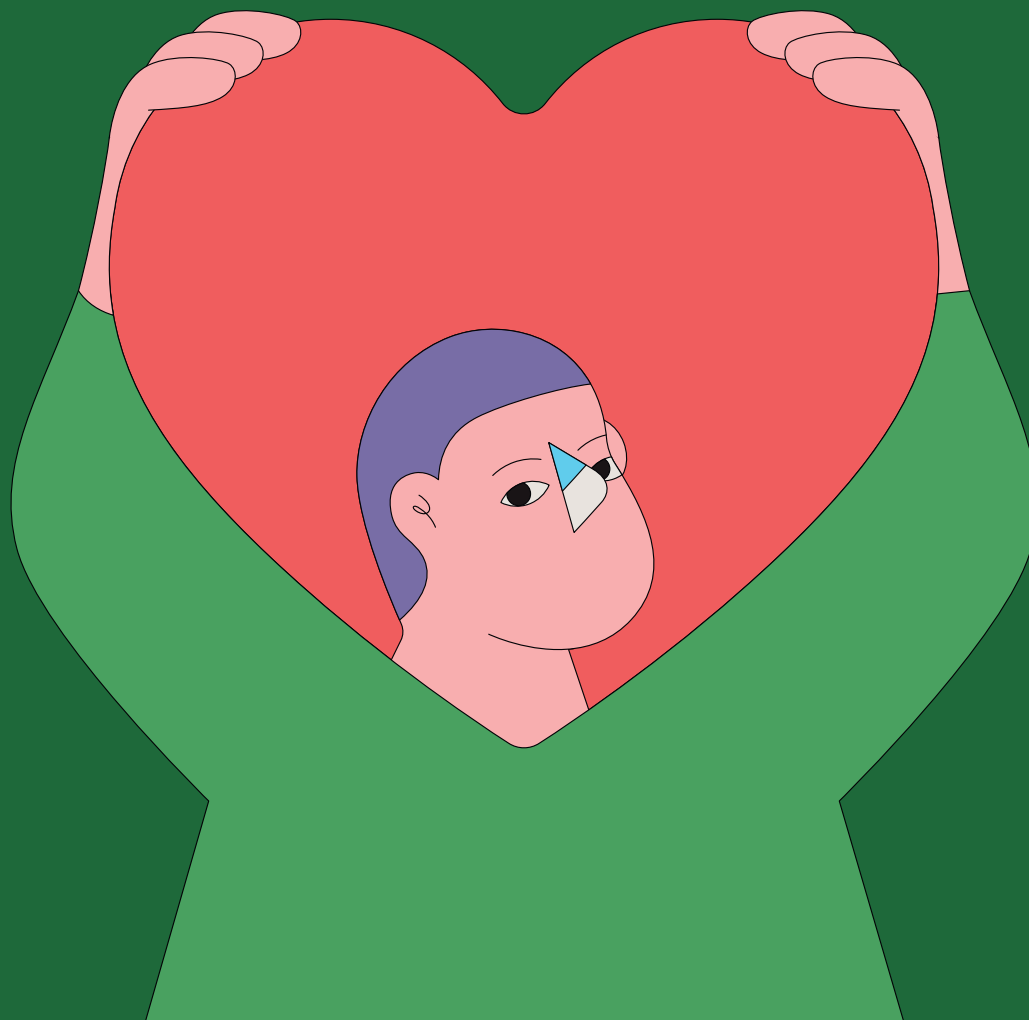


Statuts & règlements mutualistes MGEN Territoires et Éducation

Applicables au 1^{er} janvier 2025

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

mgen[★]
GROUPE vyv



Statuts	3
Règlement mutualiste - MGEN Territoires et Éducation	15
Annexe 1 - Tableaux de garanties	24
Annexe 2 - Cotisations	30
Annexe 3 - Notice d'information des garanties RMA	38

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

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

Article 3 - Objet de la mutuelle

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

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

8 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés à l'article L. 111-1 - 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 I - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

I - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

Article 9 - Membres participants

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

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

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

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

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 11 - Composition

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

Article 12 - Définitions des sections de vote

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

1 - Cent-une sections « A » regroupant respectivement dans chaque département, les adhérents aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN Alternative Santé Prévoyance, MGEN Ministères Sociaux, MGEN Ecologie et Territoires, MAEE, 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 Complémentaire Santé, Complémentaire Santé 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, ÔJl, 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 au minima 3 délégués et maximum 14.

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

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

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

1 - 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

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en 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

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les règles générales applicables aux montants ou taux de cotisation et de prestation, les prestations offertes, 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 I 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 I du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

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

Article 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.

I - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 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

I - 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 de responsabilités opérationnelles au sein du groupe MGEN. Il est présidé par un administrateur désigné par le conseil d'administration.

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

➤ Chapitre 7 Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 49 - Missions des détachés

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

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

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

➤ Chapitre 8 Mandataires mutualistes

Article 50

Le mandataire mutualiste, en application de l'article L.114-37-1 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.111-4-2 du Code de la mutualité.

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 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 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.

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.
- les fonctionnaires territoriaux de Mayotte.

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

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.

Le membre participant doit informer, dans un délai de 30 jours, 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...

Ils sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Territoires et Education par leur activité professionnelle.

II - Les membres participants retraités

- 1) Les personnes, déjà adhérentes en qualité de membres participants actifs, qui liquident leurs droits à la retraite.
- 2) Les personnes qui entrent dans le champ de l'offre MGEN Territoires et Education par leur activité professionnelle lors de la liquidation de leurs droits à la retraite.

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

III- Les membres participants orphelins

L'orphelin d'un membre participant peut adhérer à l'offre MGEN Territoires et Education en tant que membre participant s'il était bénéficiaire enfant à l'offre MGEN Territoires et Education 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

Le membre participant qui ne remplit plus l'une ou l'autre des conditions ayant permis son adhésion, reste adhérent de son offre MGEN Territoires et Education en qualité de membre participant associé.

Tout changement de catégorie peut intervenir 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.

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 3 - 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 4 - Démission

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

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

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

2 - Démission en cours d'année

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

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

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 5 - 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 4-3 du présent règlement.

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

Article 6 - Suspension et résiliation de l'adhésion individuelle pour non paiement des cotisations

I - 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 7 - 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 8 - 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 déchus de MGEN ne peut devenir membre participant ou bénéficiaire au titre d'une offre du groupe MGEN.

Article 9 - 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. 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 10 - Adhésion à distance ou à la suite d'un démarchage

En complément des dispositions figurant dans le présent règlement 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 acquiescer 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 11 - Protection des données à caractère personnel

Dans 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 réaliser les opérations suivantes :

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

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 la 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 la MGEN dans le cadre de leurs missions en lien avec les finalités précitées. Elles peuvent également être transmises à des personnes externes strictement habilitées par la 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, 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, et 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 12 - Réclamations – Médiation

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

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

- via le site : [cnpm-mediation-consommation.eu](https://www.cnpm-mediation-consommation.eu)

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. 125-1 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 4.000 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 13 – Justificatifs à fournir

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des justificatifs nécessaires.

À défaut, les prestations ne sont pas versées.

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

Article 14 - 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 15 - 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 16 - 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.

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 17 - 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 18 - 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 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit. La nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Le changement de formule 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 1^{er} 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 19 - Définition des prestations et modalités de leur paiement

18.1 - Frais de santé

Les prestations suivantes incluent celles de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'annexe I :

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

Les prestations 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.

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.

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.

18.2 - 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.

18.3 - 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 diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

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

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

4 - Chiropraxie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un chiropracteur diplômé selon les dispositions prévues par la réglementation en vigueur.

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

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

5 - Podologue – Pédicure

La prestation est versée pour le remboursement des soins non remboursés par la Sécurité sociale, effectués par un podologue ou un pédicure, 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.

6 - Etiopathie

La prestation est versée pour le remboursement des séances d'étiopathie non remboursées par la Sécurité sociale.

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.

18.4 - 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 20 - 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 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.

Article 21 - 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 22 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnisations 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'indemnisation 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 23 - 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 24 - 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.

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.

En qualité de souscripteur des contrats, la mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à ceux-ci, établie par RMA. Elle définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Conformément au mandat qui lui est donné par RMA, la mutuelle encaisse auprès de ses membres participants les parts de cotisation relatives à ces garanties et les reverse à RMA.

RMA est seule responsable des garanties délivrées au titre de ces contrats.

TITRE 4

SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION

Article 25 - 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.

TITRE 5

ACTION SOCIALE

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

Les dispositifs d'action sociale détaillés au présent titre 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 26 - 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 27 - 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.

Article 28 - Aide au mutualiste aidant

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

Article 29 - Orphelinat

1 - Objet

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

2 - Montant et versement de l'allocation

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

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

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

Elle est versée :

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

L'allocation est maintenue tant que l'orphelin 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.

TITRE 6

COTISATIONS

Article 30 - 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 24 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.

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 3^e 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.

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 31 - Majoration de cotisation issue du dispositif solidaire

31.1 - 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 1^{er} 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.

31.2 - 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 32 - Territorialité des garanties

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 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.

Annexe 1

Tableaux des 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 %
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 %	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	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			
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région) / acupuncture / homéopathie / étiopathie / 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
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 %		
*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 %
Participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prise en charge du 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 %
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 € / jour	60 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière en psychiatrie	30 € / jour	60 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)	30 € / jour	60 € / jour	90 € / jour
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	15 € / jour	15 € / jour	20 € / jour
Chambre particulière en maternité	30 € / jour	60 € / jour	90 € / jour

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 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			
Appareils amovibles en résine			
Réparations sur appareils amovible en résine			
*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: 7 ^e 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 (Greffé d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	150 € / implant	250 € / implant	500 € / implant

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).		
	MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 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) 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				
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés					

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 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 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		
		MGEN Territoires et Éducation 1	MGEN Territoires et Éducation 2	MGEN Territoires et Éducation 3
		Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).		
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé, remboursées totalement (*)				
Aides auditives	Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	Remboursement total de la dépense engagée		
	Mutualiste de 20 ans et plus	Pour une aide auditive et des tarifs définis par les pouvoirs publics.		
Aides auditives hors panier 100% Santé (*)				
Aides auditives	Mutualiste de moins de 20 ans ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1400 €	1400 €
	Mutualiste de 20 ans et plus	400 €	540 €	1040 €
Forfait annuel accessoires par oreille				
Piles, écouteurs, microphones et embouts remboursés par la Sécurité sociale (par oreille et par an)		100 %		
<p>* Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément du Régime obligatoire d'assurance maladie. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire Kalixia Audio, il bénéficie de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus.</p> <p>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 bénéficiaire.</p>				

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 / associé)

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	476,76 €	591,96 €	562,32 €	773,04 €
19 ans	476,76 €	591,96 €	562,32 €	773,04 €
20 ans	548,28 €	680,64 €	646,68 €	888,96 €
21 ans	553,80 €	687,48 €	653,16 €	897,84 €
22 ans	553,80 €	687,48 €	653,16 €	897,84 €
23 ans	559,44 €	694,20 €	659,64 €	906,84 €
24 ans	559,44 €	694,20 €	659,64 €	906,84 €
25 ans	564,84 €	701,16 €	666,12 €	915,72 €
26 ans	564,84 €	701,16 €	666,12 €	915,72 €
27 ans	570,36 €	707,88 €	672,72 €	924,60 €
28 ans	570,36 €	714,84 €	679,20 €	933,60 €
29 ans	575,88 €	721,68 €	685,56 €	942,36 €
30 ans	575,88 €	721,68 €	685,56 €	942,36 €
31 ans	581,52 €	728,52 €	692,16 €	951,36 €
32 ans	581,52 €	742,20 €	705,00 €	969,24 €
33 ans	586,92 €	748,92 €	711,60 €	978,00 €
34 ans	586,92 €	755,76 €	718,08 €	987,00 €
35 ans	592,44 €	762,72 €	724,56 €	996,00 €
36 ans	603,60 €	776,28 €	737,52 €	1 013,64 €
37 ans	614,52 €	783,00 €	744,12 €	1 022,76 €
38 ans	625,44 €	796,80 €	756,96 €	1 040,52 €

Régime Général Membre Participant (actif / retraité / associé)

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
39 ans	642,00 €	810,48 €	770,04 €	1 058,40 €
40 ans	653,04 €	824,04 €	782,88 €	1 076,04 €
41 ans	663,96 €	830,88 €	789,36 €	1 085,16 €
42 ans	680,52 €	844,56 €	802,44 €	1 102,80 €
43 ans	691,56 €	858,24 €	815,52 €	1 120,68 €
44 ans	708,00 €	871,92 €	828,36 €	1 138,44 €
45 ans	719,04 €	885,48 €	841,32 €	1 156,32 €
46 ans	741,12 €	899,28 €	854,40 €	1 174,20 €
47 ans	757,68 €	912,84 €	867,24 €	1 191,96 €
48 ans	774,24 €	926,64 €	880,44 €	1 209,72 €
49 ans	796,20 €	940,32 €	893,40 €	1 227,60 €
50 ans	818,28 €	953,76 €	906,24 €	1 245,36 €
51 ans	834,84 €	994,92 €	945,24 €	1 298,88 €
52 ans	856,92 €	1 035,84 €	984,12 €	1 352,52 €
53 ans	878,88 €	1 083,60 €	1 029,72 €	1 414,92 €
54 ans	900,84 €	1 131,48 €	1 075,08 €	1 477,32 €
55 ans	922,92 €	1 179,12 €	1 120,32 €	1 539,60 €
56 ans	950,28 €	1 233,84 €	1 172,40 €	1 610,76 €
57 ans	977,88 €	1 288,68 €	1 224,36 €	1 682,28 €
58 ans	1 011,12 €	1 343,16 €	1 276,20 €	1 753,44 €
59 ans	1 038,48 €	1 404,60 €	1 334,52 €	1 833,72 €
60 ans	1 071,72 €	1 466,16 €	1 393,08 €	1 914,00 €
61 ans	1 104,72 €	1 534,44 €	1 457,88 €	2 003,04 €
62 ans	1 165,20 €	1 596,00 €	1 516,32 €	2 083,32 €
63 ans	1 225,80 €	1 671,00 €	1 587,72 €	2 181,48 €
64 ans	1 297,32 €	1 746,24 €	1 659,24 €	2 279,40 €
65 ans	1 368,96 €	1 821,36 €	1 730,52 €	2 377,44 €
66 ans	1 440,48 €	1 903,44 €	1 808,52 €	2 484,48 €
67 ans et +	1 523,16 €	1 985,28 €	1 886,40 €	2 591,28 €

La cotisation annuelle du membre participant et du membre participant associé comprend une cotisation de 7,80 € TTC au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA.

Régime Général Bénéficiaire Conjoint

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	459,84 €	574,92 €	545,40 €	756,00 €
19 ans	468,84 €	583,68 €	554,16 €	765,12 €
20 ans	540,36 €	672,60 €	638,52 €	880,80 €
21 ans	545,88 €	679,44 €	645,00 €	889,80 €
22 ans	545,88 €	679,44 €	645,00 €	889,80 €
23 ans	551,52 €	686,16 €	651,72 €	898,80 €
24 ans	551,52 €	686,16 €	651,72 €	898,80 €
25 ans	556,92 €	693,24 €	658,20 €	907,68 €
26 ans	556,92 €	693,24 €	658,20 €	907,68 €
27 ans	562,32 €	699,96 €	664,68 €	916,44 €
28 ans	562,32 €	706,80 €	671,16 €	925,56 €
29 ans	567,84 €	713,52 €	677,52 €	934,32 €
30 ans	567,84 €	713,52 €	677,52 €	934,32 €
31 ans	573,36 €	720,24 €	683,88 €	943,20 €
32 ans	573,36 €	734,04 €	696,96 €	961,20 €
33 ans	578,88 €	741,00 €	703,44 €	969,96 €
34 ans	578,88 €	747,72 €	709,92 €	978,84 €
35 ans	584,40 €	754,68 €	716,52 €	987,96 €
36 ans	595,44 €	768,24 €	729,60 €	1 005,60 €
37 ans	606,48 €	774,96 €	736,08 €	1 014,60 €
38 ans	617,52 €	788,88 €	748,92 €	1 032,36 €
39 ans	633,84 €	802,44 €	761,76 €	1 050,24 €
40 ans	644,88 €	816,00 €	774,84 €	1 068,00 €
41 ans	655,80 €	822,96 €	781,32 €	1 076,88 €
42 ans	672,36 €	836,52 €	794,40 €	1 094,76 €
43 ans	683,52 €	850,08 €	807,48 €	1 112,64 €
44 ans	700,08 €	863,88 €	820,20 €	1 130,52 €
45 ans	711,12 €	877,56 €	833,28 €	1 148,28 €
46 ans	732,96 €	891,24 €	846,24 €	1 166,28 €
47 ans	749,64 €	904,80 €	859,32 €	1 184,04 €
48 ans	766,20 €	918,72 €	872,28 €	1 201,80 €
49 ans	788,28 €	932,28 €	885,36 €	1 219,68 €

Régime Général Bénéficiaire Conjoint

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	810,24 €	945,72 €	898,08 €	1 237,44 €
51 ans	826,80 €	986,76 €	937,20 €	1 290,96 €
52 ans	848,88 €	1 027,80 €	975,96 €	1 344,36 €
53 ans	870,96 €	1 075,56 €	1 021,68 €	1 406,76 €
54 ans	892,80 €	1 123,44 €	1 067,04 €	1 469,16 €
55 ans	914,88 €	1 171,08 €	1 112,28 €	1 531,56 €
56 ans	942,36 €	1 225,92 €	1 164,36 €	1 602,72 €
57 ans	969,84 €	1 280,64 €	1 216,20 €	1 674,12 €
58 ans	1 002,96 €	1 335,12 €	1 268,16 €	1 745,52 €
59 ans	1 030,56 €	1 396,68 €	1 326,60 €	1 825,68 €
60 ans	1 063,56 €	1 458,12 €	1 385,16 €	1 906,08 €
61 ans	1 096,68 €	1 526,40 €	1 449,96 €	1 995,12 €
62 ans	1 157,16 €	1 587,96 €	1 508,28 €	2 075,28 €
63 ans	1 217,76 €	1 663,08 €	1 579,80 €	2 173,44 €
64 ans	1 289,28 €	1 738,20 €	1 651,32 €	2 271,36 €
65 ans	1 361,04 €	1 813,32 €	1 722,60 €	2 369,40 €
66 ans	1 432,56 €	1 895,28 €	1 800,48 €	2 476,44 €
67 ans et +	1 515,24 €	1 977,36 €	1 878,36 €	2 583,24 €

Régime Général Bénéficiaire Enfant / Membre Participant Orphelin

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	368,76 €	457,44 €	434,64 €	596,88 €
Bénéficiaire enfant de 18 à 25 ans				

Régime Alsace Moselle Membre Participant (actif / retraité / associé)

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	201,72 €	288,84 €	274,08 €	480,96 €
19 ans	201,72 €	288,84 €	274,08 €	480,96 €
20 ans	231,12 €	333,12 €	315,36 €	551,88 €
21 ans	234,00 €	336,24 €	319,92 €	557,76 €
22 ans	234,00 €	336,24 €	319,92 €	557,76 €
23 ans	235,68 €	339,12 €	322,80 €	563,64 €
24 ans	235,68 €	339,12 €	322,80 €	563,64 €
25 ans	238,56 €	343,44 €	325,80 €	569,64 €
26 ans	238,56 €	343,44 €	325,80 €	569,64 €
27 ans	241,56 €	346,44 €	328,68 €	574,08 €
28 ans	241,56 €	349,44 €	331,68 €	579,96 €
29 ans	243,00 €	352,32 €	334,56 €	585,84 €
30 ans	243,00 €	352,32 €	334,56 €	585,84 €
31 ans	245,88 €	356,76 €	337,56 €	591,96 €
32 ans	245,88 €	362,64 €	345,00 €	602,16 €
33 ans	247,44 €	365,64 €	348,00 €	608,04 €
34 ans	247,44 €	370,08 €	350,88 €	614,16 €
35 ans	250,32 €	373,08 €	353,88 €	618,36 €
36 ans	254,88 €	378,96 €	359,76 €	630,12 €
37 ans	259,32 €	383,52 €	364,20 €	636,12 €
38 ans	263,64 €	389,40 €	370,08 €	646,44 €
39 ans	271,20 €	396,84 €	375,96 €	658,32 €
40 ans	275,40 €	402,72 €	383,52 €	668,64 €
41 ans	279,96 €	407,04 €	386,40 €	674,64 €
42 ans	287,28 €	413,04 €	392,28 €	684,96 €
43 ans	291,72 €	420,36 €	398,16 €	696,84 €
44 ans	299,16 €	426,24 €	405,60 €	707,04 €
45 ans	303,60 €	433,68 €	411,48 €	718,92 €
46 ans	313,92 €	439,56 €	417,36 €	729,24 €
47 ans	319,92 €	447,00 €	423,24 €	741,12 €
48 ans	327,24 €	452,88 €	430,80 €	751,56 €
49 ans	336,24 €	460,32 €	436,68 €	763,32 €

Régime Alsace Moselle Membre Participant (actif / retraité / associé)

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	346,44 €	466,32 €	442,56 €	773,76 €
51 ans	352,32 €	486,84 €	461,76 €	807,60 €
52 ans	362,64 €	506,04 €	480,96 €	840,24 €
53 ans	371,64 €	529,68 €	503,16 €	880,08 €
54 ans	380,52 €	553,32 €	525,36 €	918,48 €
55 ans	390,72 €	576,96 €	547,44 €	957,00 €
56 ans	401,16 €	603,72 €	572,76 €	1 001,16 €
57 ans	413,04 €	630,12 €	599,16 €	1 045,68 €
58 ans	427,80 €	656,88 €	624,24 €	1 089,96 €
59 ans	439,56 €	687,84 €	652,44 €	1 140,24 €
60 ans	452,88 €	717,48 €	681,96 €	1 190,40 €
61 ans	467,64 €	751,56 €	713,04 €	1 245,12 €
62 ans	492,72 €	780,96 €	741,12 €	1 295,40 €
63 ans	517,92 €	818,04 €	776,64 €	1 356,00 €
64 ans	549,00 €	854,88 €	812,16 €	1 416,60 €
65 ans	578,64 €	891,96 €	846,12 €	1 478,76 €
66 ans	609,60 €	931,80 €	884,52 €	1 545,24 €
67 ans et +	645,12 €	971,76 €	922,92 €	1 611,72 €

La cotisation annuelle du membre participant et du membre participant associé comprend une cotisation de 7,80 € TTC au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA.

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Conjoint

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	193,44 €	280,80 €	265,92 €	472,92 €
19 ans	193,44 €	280,80 €	265,92 €	472,92 €
20 ans	223,08 €	325,08 €	307,32 €	543,84 €
21 ans	226,08 €	328,08 €	311,76 €	549,72 €
22 ans	226,08 €	328,08 €	311,76 €	549,72 €
23 ans	227,64 €	330,96 €	314,76 €	555,60 €
24 ans	227,64 €	330,96 €	314,76 €	555,60 €
25 ans	230,52 €	335,40 €	317,64 €	561,60 €
26 ans	230,52 €	335,40 €	317,64 €	561,60 €
27 ans	233,52 €	338,40 €	320,76 €	566,04 €
28 ans	233,52 €	341,28 €	323,64 €	571,92 €
29 ans	234,84 €	344,40 €	326,64 €	577,80 €
30 ans	234,84 €	344,40 €	326,64 €	577,80 €
31 ans	237,96 €	348,72 €	329,52 €	583,68 €
32 ans	237,96 €	354,60 €	336,84 €	594,12 €
33 ans	239,40 €	357,60 €	339,96 €	600,00 €
34 ans	239,40 €	362,16 €	342,84 €	605,88 €
35 ans	242,28 €	365,04 €	345,84 €	610,44 €
36 ans	246,84 €	370,92 €	351,72 €	622,20 €
37 ans	251,16 €	375,36 €	356,28 €	628,08 €
38 ans	255,72 €	381,36 €	362,16 €	638,40 €
39 ans	263,04 €	388,56 €	368,04 €	650,16 €
40 ans	267,48 €	394,56 €	375,36 €	660,60 €
41 ans	271,92 €	399,00 €	378,24 €	666,48 €
42 ans	279,36 €	404,88 €	384,24 €	676,92 €
43 ans	283,68 €	412,32 €	390,12 €	688,68 €
44 ans	291,12 €	418,20 €	397,68 €	699,12 €
45 ans	295,44 €	425,64 €	403,56 €	711,00 €
46 ans	305,88 €	431,52 €	409,44 €	721,20 €
47 ans	311,76 €	439,08 €	415,32 €	732,96 €
48 ans	319,20 €	444,96 €	422,76 €	743,40 €
49 ans	328,08 €	452,16 €	428,64 €	755,28 €

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Conjoint

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	338,40 €	458,16 €	434,52 €	765,60 €
51 ans	344,40 €	478,80 €	453,72 €	799,68 €
52 ans	354,60 €	498,12 €	472,92 €	832,20 €
53 ans	363,48 €	521,76 €	495,12 €	872,04 €
54 ans	372,36 €	545,40 €	517,32 €	910,44 €
55 ans	382,68 €	569,04 €	539,52 €	948,96 €
56 ans	393,12 €	595,68 €	564,60 €	993,12 €
57 ans	404,88 €	622,20 €	591,12 €	1 037,52 €
58 ans	419,76 €	648,84 €	616,32 €	1 081,80 €
59 ans	431,52 €	679,80 €	644,28 €	1 132,20 €
60 ans	444,96 €	709,44 €	673,92 €	1 182,36 €
61 ans	459,60 €	743,40 €	705,00 €	1 237,20 €
62 ans	484,68 €	772,92 €	732,96 €	1 287,36 €
63 ans	509,88 €	809,88 €	768,48 €	1 347,96 €
64 ans	540,96 €	846,96 €	803,88 €	1 408,56 €
65 ans	570,48 €	883,80 €	838,08 €	1 470,72 €
66 ans	601,56 €	923,88 €	876,60 €	1 537,20 €
67 ans et +	637,08 €	963,60 €	914,88 €	1 603,80 €

Régime Alsace Moselle Bénéficiaire Enfant / Membre Participant Orphelin

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	156,48 €	224,40 €	212,52 €	372,24 €
Bénéficiaire enfant de 18 à 25 ans				

Annexe 3 – Notice d'information

Garantie d'assistance à compter du 01/01/2025

La présente notice traduit aussi fidèlement que possible le contrat groupe souscrits par MGEN auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA). MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 3 square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 775 685 399.

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.

Mutuelle et union d'assistance soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09.

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 psycho-social					
Appels de convivialité	Illimités				
Accompagnement social	Illimité				
Soutien psychologique	Illimité				
En cas d'hospitalisation, d'immobilisation et de maternité					
	Hospitalisation dès l'ambulatoire	Hospitalisation imprévue +10J	Hospitalisation ou immobilisation +14J de l'enfant	Maternité + 4J Naissance multiple et/ou césarienne	immobilisation imprévue + 5J ou prévue +10J
Aide à domicile	10 heures			10 heures	10 heures
Portage de repas	7 jours			7 jours	7 jours
Livraison de courses	1 livraison/semaine			1 livraison/semaine	1 livraison/semaine
Coiffure à domicile	1 prestation			1 prestation	1 prestation
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures			40 heures	40 heures
Transport aux activités extrascolaire	4 aller-retour			4 aller-retour	4 aller-retour
Aide aux devoirs	2 heures/semaine			2 heures/semaine	2 heures/semaine
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures			40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours			30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois			3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC			500 euros TTC	500 euros TTC
École à domicile ou soutien scolaire			10 heures /semaine		
Diagnostic Habitat		1 bilan ergothérapeute			
Bilan Social		1 bilan			
Immobilisation imprévue					
Acheminement de médicaments	1 fois/faît générateur				
Accompagnement aux courses	1 fois/faît générateur				

En cas d'hospitalisation imprévue à plus de 50km du domicile				
	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile		Hospitalisation imprévue +5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile	
Conseil médical	Illimité			
Transfert médical	Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.			
Retour des accompagnants	500 euros TTC			
Déplacement et hébergement d'un proche			Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuît	
En cas de traitement anticancéreux				
Aide à domicile	Pendant toute la durée du traitement			
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 et pédicure à domicile, esthéticienne, coaching santé et nutrition...)	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	

Prestations d'assistance en cas de décès		
Accompagnement en cas de décès		
Enregistrement et respect des volontés	Illimité	
Organisation des obsèques	Illimitée	
Accompagnement psycho-social	Illimité	
Accompagnement et écoute	Illimité	
Prestations en cas de décès		
	En cas de décès en France	En cas de décès du Bénéficiaire à + de 50KM du domicile et dans le monde entier
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et de soutien : (auxiliaire de vie, portage de repas, entretien du linge, coiffure, esthéticienne et pédicure à domicile, coaching santé et nutrition)	Equivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes	40 heures	
Garde des animaux	30 jours	
Téléassistance	3 mois	
Avance de fonds	3050 euros TTC	
Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire		Coûts réels
Assistance des proches		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit
Retour des Bénéficiaires ou de l'accompagnant		500 euros TTC
Taxi		155 euros TTC
Retour prématuré du Bénéficiaire (décès d'un proche)	500 euros TTC	
En cas de mutation		
Aide à la recherche d'un emploi	90 jours	
Nettoyage du logement quitté	500 euros TTC	
SOS déménagement	3 entretiens	
Soutien psychologique	Illimité	
En cas de d'accident ou de maladie invalidante du conjoint		
Aide à la recherche d'un emploi	8 mois	

➤ Domaine d'application

I - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les Bénéficiaires de la garantie concernés. Est couvert par la présente notice d'information :

- le Membre Participant adhérent au contrat santé MGEN Territoires et Éducation.

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 :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France métropolitaine (par assimilation les principautés d'Andorre et Monaco) et dans les DROM** (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical"),
- dans le monde entier pour l'Assistance en cas de décès.

* Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

**Pour les DROM, le Bénéficiaire de la garantie qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation,
- une immobilisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- une mutation professionnelle,
- un accident ou une maladie invalidante du conjoint,
- un décès.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire une assistance et/ou un accompagnement qui correspond(ent) le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance.

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire de la garantie.

Les prestations d'informations, de soutien social ou psychologique, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5 - Modalités de mise en œuvre

Pour contacter l'assistant sans interruption, 24 Heures sur 24 et 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 d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt jours (20 jours) qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au Bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'Assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès, pour le conseil et le transfert médical la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Au-delà de ces délais (20 jours et/ou 48h comme mentionnés ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6 - Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères ...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, 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.

8 - Définitions

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

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire de la garantie 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.

Accident ou maladie invalidante : accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

Adhérent : souscripteur du contrat complémentaire santé MGEN Territoires et Éducation.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne dépendante, 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 de la garantie lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire de la garantie. **La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.**

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.

Animaux de compagnie : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, **dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.**

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

Autorité médicale : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire de la garantie se trouve.

Auxiliaire de vie sociale : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Ayants droit : les ayants droit de l'adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

Bénéficiaires : tout adhérent principal ou Membre Participant couvert par la garantie MGEN Territoires et Education domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Centre de convalescence : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence.

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

Chimiothérapie : traitement général par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

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

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

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

Le domicile doit être situé en France métropolitaine (par assimilation, les principautés d'Andorre et de Monaco) ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

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

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

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

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire de la garantie en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire de la garantie 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.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine (par assimilation, les principautés d'Andorre et de Monaco) ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation,
- une immobilisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- une mutation professionnelle,
- un accident ou une maladie invalidante du conjoint,
- un décès.

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 (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratric : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Grossesse pathologique : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé 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.

Hospitalisation en ambulatoire : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

Immobilisation : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire de la garantie vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

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

Maternité : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

Membre de la famille : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire de la garantie.

Pays de séjour : le pays dans lequel le Bénéficiaire de la garantie séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

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

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 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire de la garantie, 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 de la garantie.

Radiothérapie : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

Responsabilité civile : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

Soins médicalement nécessaires : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de la garantie de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

Téléassistance : désigne un service constitué d'un dispositif (boîtier d'interphonie et médaillon d'Alerte avec son support collier ou bracelet) permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Traitement anticancéreux : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

➤ Écoute, conseil & orientation

9 - Écoute, conseil & orientation

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires, les solutions d'adoption des Animaux de compagnie existantes en cas de décès du propriétaire de l'animal.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. **Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.**

10 - Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... **En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.**

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.

• Recherche de médecin, infirmière, intervenant paramédical

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, l'Assisteur, en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communique les coordonnées d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux.

• Transport en ambulance

Hors urgence médicale, l'Assisteur organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire de la garantie dans un rayon de 50 kilomètres du domicile, par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté.

Si son état de santé le nécessite, l'Assisteur organise son retour au domicile par l'un de ces moyens.

Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire de la garantie.

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.

➤ Accompagnement psycho-social

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les Bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

13 - Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

14 - Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

15 - Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

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

I 6 - Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses.

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à une fois par fait générateur.

I 7 - Prestations dès une hospitalisation en ambulatoire, en cas de maternité de plus de 4 jours ou en cas d'immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la ou les prestations adaptées à ses besoins dans la limite des plafonds mentionnés pour chacune des prestations.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A - Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à raison d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B - Portage de repas

L'Assisteur organise et prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas.

Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

C - Livraison de courses

L'Assisteur prend en charge (sur justificatif) la livraison d'une commande de courses par semaine.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

D - Coiffure à domicile

L'Assisteur prend en charge (sur justificatif) le déplacement et la prestation d'un coiffeur au domicile du Bénéficiaire.

La prise en charge est limitée à un seul déplacement et à une prestation classique de coiffure (shampooing, coupe, brushing) par événement.

E - Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés (sans limite d'âge) ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou**

pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école et à la crèche ;

- soit la conduite aux activités extra-scolaire **dans la limite d'un aller-retour par semaine, sur une période de 30 jours maximum ;**
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

F - 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 (français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1er et 2ème langues vivantes), **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 4 semaines.

G - Garde des personnes dépendantes

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

H - Garde des animaux de compagnie

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.

I - Dispositif de téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

J - Présence d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

K - Portage d'espèces

Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile, ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, **pour un montant maximum de 150 euros TTC** lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à l'Assisteur dans un délai de 30 jours à compter de la date de mise à disposition des espèces.

18 - Prestations en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 10 jours

A - Bilan situationnel par un ergothérapeute / diagnostic habitat

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation imprévue de plus de 10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint. L'Assisteur peut transmettre les coordonnées d'un ergothérapeute pour intervenir au domicile. L'ergothérapeute peut évaluer la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile. Suite au Bilan Situationnel / Diagnostic Habitat, l'Assisteur met en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement. **Le prix de la prestation de l'ergothérapeute demeure à la charge du Bénéficiaire.**

B - Bilan social

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue de plus de 10 jours de l'adhérent ou de son conjoint. L'Assisteur organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'aïdant les solutions les plus adaptées à la situation :

- choix du lieu de vie,
- recherche des aides financières possibles,
- identifier les ressources locales (accueil de jours, associations...),
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aïdant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

19 - Prestation en cas de traitement anticancéreux de chimiothérapie ou de radiothérapie du bénéficiaire

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- **dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;**
- **dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;**
- **lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations d'assistance, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures avant ou après chaque séance.

20 - Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

A - Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins de 16 ans

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour** ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmasistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MGEN MTE - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

B - École à domicile ou soutien scolaire en ligne

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, **à compter du 14^e jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant**. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine**, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1^{er} et 2^e langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

21 - Prestations en cas d'hospitalisation imprévue, suite à une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

A - Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur

se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B - Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

Selon l'état du Bénéficiaire, les transferts sont organisés avec ou sans accompagnateur (l'accompagnateur pouvant être médical, paramédical ou autre).

Suivant le cas, ils s'effectuent :

- en ambulance, véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi,
- en utilisant le véhicule du Bénéficiaire conduit par un chauffeur qualifié, envoyé par l'Assisteur,
- en train,
- en avion de ligne régulière,
- en avion sanitaire.

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

- de l'organisation du transfert,
- de la réservation d'un lit auprès de l'établissement de soins choisi,
- de l'envoi sur place, si nécessaire, d'un médecin habilité pour évaluer l'état du Bénéficiaire, collaborer avec le médecin traitant et organiser son transfert éventuel,
- de l'accueil à l'arrivée.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

C - Retour des accompagnants

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

22 - Prestation en cas d'hospitalisation imprévue de plus de 5 jours lors d'un déplacement à plus de 50 kilomètres du domicile en France ou dans les DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais **à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits.** Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement **à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.** L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais. **Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

➤ Prestations d'assistance complémentaires et spécifiques aux aidants

23 - 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,
- 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.

24 - 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 déléguées 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 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 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 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.**

25 - 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 maximum,** 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 d'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 maximum,** 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 d'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.

26 - 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 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.**

➤ Prestations d'assistance en cas de décès

27 - 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 le Bénéficiaire 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.

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'Adhérent 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

Lors du décès de l'Adhérent, ce service permet à l'entourage de l'Adhérent 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...).

D - Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

28 - Prestations d'assistance en cas de décès en France

Lors du décès d'un Bénéficiaire en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge pour l'un des autres Bénéficiaires, **la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.**

A - Aide à domicile

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, **à concurrence de 10 heures.**

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B - Prestations de bien-être et de soutien

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une prestation de bien-être de soutien **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres Bénéficiaires :**

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- séance(s) de coiffure ou d'esthéticienne à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

C - Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés (sans limite d'âge)

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés (sans limite d'âge), l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants ou petits-enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

D - Garde ou transfert des personnes dépendantes

Lors du décès d'un Bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E - Garde des animaux de compagnie

Lors du décès d'un Bénéficiaire et s'il a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

F - Dispositif de téléassistance

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres Bénéficiaires et prend en charge les frais d'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.** L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.

G - Avance de fonds

Si l'un des autres Bénéficiaires ou les proches du Bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC, pour les frais d'obsèques. Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours, à compter de la date de versement des fonds par l'Assisteur, au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement**

À cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

29 - Prestation en cas de décès d'un proche du bénéficiaire en France

Retour prématuré

Si le Bénéficiaire doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du Bénéficiaire.

30 - Prestations en cas de décès de l'adhérent à plus de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

- **en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du Bénéficiaire,**
- **lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 31 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.**

***Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.**

A - Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire

En cas de décès de l'Adhérent lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le trans-

port, sont également pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge :

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

Retour différé du corps :

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

B - Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche ou à l'un de Bénéficiaires, les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un Bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur organise et prend en charge le transport du Bénéficiaire. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum. Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

C - Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine, Monaco ou Andorre des Bénéficiaires se trouvant sur place et / ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de Bénéficiaire de l'Adhérent), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux de compagnie voyageant avec l'Adhérent et / ou l'accompagnant.

L'Assisteur organise le transport des Bénéficiaires susvisés et / ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

D - Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi **à concurrence de 155 euros TTC.**

Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'Adhérent et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.

➤ Assistance vie professionnelle

31 - Prestations en cas de mutation professionnelle

A - Aide à la recherche d'un emploi

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint
En cas de mutation de l'adhérent ou de son conjoint, l'Assisteur organise un accompagnement à distance par téléphone dans le cadre d'un suivi personnalisé, basé sur l'écoute et la remise en confiance, afin de l'aider dans sa recherche d'emploi. Ce dernier bénéficie d'un soutien personnalisé apporté par une équipe pluri disciplinaire qui s'engage à l'accompagner et à l'épauler tout au long de son parcours vers le retour à l'emploi.

L'aide qu'apporte l'équipe pluridisciplinaire au Bénéficiaire de la garantie de la garantie, en toute confidentialité, ne consiste pas à proposer des emplois.

Il s'agit d'être aux côtés du Bénéficiaire de la garantie, de l'écouter, de le conseiller, de l'accompagner dans ses recherches. Le Bénéficiaire de la garantie est encouragé à tenir ses objectifs et soutenu dans ses démarches par une équipe pluridisciplinaire formée pour l'accompagner à :

- préparer un Curriculum Vitae (CV),
- un entretien d'embauche,

- faire des démarches administratives,
- choisir une formation,
- envisager un bilan, etc.

L'Assisteur propose un accompagnement sur une période de 90 jours.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Ce service comprend notamment la mise en ligne du CV du Bénéficiaire de la garantie, l'accès à des offres ciblées et une démarche d'accompagnement individualisé. Le suivi du Bénéficiaire de la garantie sera réalisé par le biais de **3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours.**

B - Aide au déménagement

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint.

L'Assisteur communique, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble. **Le coût du déménagement et/ou du garde-meuble reste à la charge du Bénéficiaire de la garantie.**

C - Nettoyage du domicile quitté

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint :

L'Assisteur organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté **dans la limite de 500 euros TTC à solliciter dans les 30 jours suivant le déménagement.**

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

D - SOS déménagement

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint L'Assisteur met en œuvre une aide au déménagement consistant :

- à l'identification des impacts du déménagement sur la cellule familiale et à la recherche de l'organisation la plus favorable,
- au soutien dans les démarches administratives liées au changement de domicile.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur un trimestre** avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale.

La garantie doit être exécutée dans un délai de 6 mois à compter de la connaissance officielle de la mutation.

E - Soutien psychologique

Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, **non limités par année civile.**

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :

- risques Psycho-Sociaux (RPS),
- état de stress au travail,
- situation d'agression et de violence,
- épuisement...

Après évaluation du psychologue et adhésion du Bénéficiaire de la garantie, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

32 - Prestation en cas d'accident ou maladie invalidante du conjoint

Aide à la recherche d'un emploi pour le conjoint

En cas d'accident ou de maladie invalidante du conjoint de l'adhérent rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel l'Assisteur met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

L'Assisteur organise un accompagnement à distance par téléphone dans le cadre d'un suivi personnalisé du conjoint, basé sur l'écoute et la remise en confiance, afin de l'aider dans sa recherche d'emploi. Ce dernier bénéficie d'un soutien personnalisé apporté par une équipe pluridisciplinaire qui s'engage à l'accompagner et à l'épauler tout au long de son parcours vers le retour à l'emploi.

L'aide qu'apporte l'équipe pluridisciplinaire au conjoint, en toute confidentialité, ne consiste pas à proposer des emplois.

Il s'agit d'être aux côtés du conjoint, de l'écouter, de le conseiller et de l'accompagner dans ses recherches. Le conjoint est encouragé à tenir ses objectifs et soutenu dans ses démarches par une équipe pluridisciplinaire formée pour l'accompagner à :

- préparer un curriculum vitae (CV),
- un entretien d'embauche,
- faire des démarches administratives,
- choisir une formation,
- envisager un bilan, etc.

Ce service comprend notamment la mise en ligne du CV de votre conjoint, l'accès à des offres ciblées et une démarche d'accompagnement individualisé.

Le suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois, dans les 12 mois suivant l'événement.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par l'Assisteur auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le Bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le Bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

➤ Cadre juridique

33 - 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.

34 - 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 prélabiles à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou

de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C - Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

35 - Exclusions

A - 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.

B - Exclusions communes à toutes les prestations en cas de demande d'assistance à l'étranger

Dans le cadre de la présente notice d'information, l'Assisteur ne prend pas en charge :

- les cas d'assistance dont le fait générateur est antérieur à l'adhésion aux garanties d'assistance et au voyage,
- les conséquences d'actes intentionnels de la part du Bénéficiaire ou les conséquences d'actes dolosifs,
- les conséquences de guerres civiles ou étrangères, d'instabilité notoire, de mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, restriction à la libre circulation des personnes et des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique ou tout autre cas de force majeure,
- les conséquences de l'exposition à des agents biologiques infectant diffusés de façon intentionnelle ou accidentelle, à des agents chimiques type gaz de combat, à des agents incapacitants, à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,
- 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 conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions (ou leurs essais) quelles qu'elles soient, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics, lorsque le Bénéficiaire y participe en qualité de concurrent,
- les conséquences des tentatives de suicide,
- les cures thermales, les interventions à caractère esthétique et leurs conséquences éventuelles, les séjours en maison de repos, la rééducation, kinésithérapie, chiropraxie, les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou l'interruption volontaire de grossesse,
- les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence,
- les demandes relatives à la procréation ou à la gestation pour le compte d'autrui, et ses conséquences,
- les dommages survenus au Bénéficiaire se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact, par exemple), les frais d'appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires, orthopédiques notamment),
- les frais de secours et de recherches de tout nature,
- les frais de soins dentaires supérieurs à 160 euros TTC,
- les frais engagés en France qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans le pays de résidence habituelle,
- les frais non justifiés par des documents justificatifs,
- les frais liés à la prise en charge d'états pathologiques ne relevant pas de l'urgence, les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination, les frais de bilan de santé et de traitements médicaux ordonnés dans le pays de résidence habituelle, les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques engagés dans le pays de résidence habituelle qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie, blessure(s) ou accident survenus hors du pays de résidence habituelle du Bénéficiaire,
- les frais occasionnés par la pratique d'un sport violent (sport de lutte (avec ou sans armes blanches), art martiaux et boxe) ou sports extrêmes basée sur le milieu dans lequel ils sont

pratiqués : les sports aériens (base jump, saut à élastique, vol à voile, parapente, deltaplane, saut en parachute), les sports terrestres (alpinisme, escalade) et les sports aquatiques (barefoot, plongeon de haut vol, apnée) exercés en club ou en compétition, en amateur ou en professionnel,

- les greffes ou ablations d'organes, de tissus ou de cellules,
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le jour du départ en voyage et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse au-delà de la 28^{ème} semaine,
- les litiges dont le Bénéficiaire avait connaissance lors de l'adhésion aux garanties d'assistance,
- les voyages entrepris et les frais engagés dans un but de diagnostic et/ou de traitement lié à un état pathologique antérieur,
- tout acte intentionnel de la part du Bénéficiaire pouvant entraîner la mise en œuvre des garanties d'assistance,
- toute imprudence ou risque inutile pris par le Bénéficiaire, ou tout manquement de sa part à prendre des mesures raisonnables de précaution, sauf s'il a agi pour tenter de sauver une personne en danger,
- un fait générateur trouvant son origine dans une maladie et/ou blessure préexistante(s) diagnostiquée(s) et/ou traitée(s) ayant fait l'objet d'une hospitalisation (hospitalisation continue, hospitalisation de jour ou ambulatoire) dans les 6 mois précédant la demande d'assistance, qu'il s'agisse d'une manifestation ou de l'aggravation dudit état.

De même, le Bénéficiaire n'est pas couvert s'il voyage dans les cas suivants :

- contrairement à l'avis de son médecin,
- après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique en phase terminale,
- lors d'une période de maladie, de traitement important ou d'incapacité à travailler, s'il doit subir une opération chirurgicale, sans que cela n'ait été encore fait.

Concernant les remboursements des frais médicaux à l'étranger :

Les garanties sont mises en œuvre sans préjudice des dispositions des articles L 871-I et suivants du code de la Sécurité Sociale et des textes pris pour leur application. A ce titre sont exclues la prise en charge des franchises médicales et des participations forfaitaires dans l'hypothèse où elles ont été appliquées par la Sécurité Sociale.

36 - Nullité de la prestation

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

37 - 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.

38 - 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.

39 - Prescription

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-I1 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-I2 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

40 - 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 actuelles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent 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>.

41 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le Bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social : RMA – Service Qualité – 46, rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU Cedex.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Bénéficiaire dans ce délai.

À 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.

42 - Autorité de contrôle

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

MGEN. On s'engage mutuellement

→ Comment m'informer au mieux ?



3 square Max Hymans 75748 Paris Cedex 15



Je me connecte sur mgen.fr