

mgen^{*}

GROUPE **vyv**

MGEN
SANTÉ
PRÉVOYANCE



STATUTS & RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Applicables au 1^{er} janvier 2019

STATUTS & RÉGLEMENTS MUTUALISTES

AU 1^{er} JANVIER 2019

4	MGEN
83	MGEN Action sanitaire et sociale
92	MGEN Centres de santé
99	MGEN Vie
111	MGEN Filia

The logo for MGEN, consisting of the letters 'MGEN' in a bold, white, sans-serif font, centered within a dark green square.

5 Statuts

17 Règlement mutualiste - Dispositions générales

19 Règlement mutualiste - MGEN Santé Prévoyance

32 Annexe 1 - Tableaux des prestations

53 Annexe 2 - Tableaux des cotisations

61 Annexe 3 - Offre Ôji

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

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

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15^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 - d'apporter la caution de la mutuelle à certaines catégories de prêts immobiliers contractés par les adhérents (branche 15) ;

6 - de mettre en œuvre une action sociale ;

7 - de faire bénéficier ses membres de contrats collectifs ;

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

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

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

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

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

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

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

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

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la mutuelle

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

➤ Chapitre 2

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

Section I - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

I - Champ de recrutement individuel

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

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

Ce champ de recrutement comprend :

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

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

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

I.2. Peuvent également adhérer à MGEN :

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

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

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

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

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

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

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

I - Adhésion individuelle

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

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

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

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

2 - Adhésion au titre d'un contrat collectif

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

3 - Il est considéré qu'il est fait acte d'adhésion et/ou d'extension de la couverture familiale à la date où le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par la section de rattachement. En cas de rejet, le candidat peut faire appel de cette décision devant le conseil d'administration dans la quinzaine qui suit la notification. Celui-ci statue dans les plus brefs délais. Sa décision, qui n'a pas à être motivée, n'est susceptible d'aucun recours.

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

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

L'adhésion à MGEN et/ou l'extension de la couverture familiale prennent effet au 1^{er} jour :

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

Article 9 - Membres participants

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

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

Les membres participants sont regroupés en différentes catégories :

I - Les membres participants actifs

II - Les membres participants retraités

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

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

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

IV - Les membres participants veufs.

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

V - Les membres participants orphelins

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

VI - Les membres participants jeunes

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

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

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

VIII - Les membres participants associés tels que définis à l'article 11 des présents statuts.

Article 10 - Membres bénéficiaires

I - Les bénéficiaires conjoints

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

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

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

Ce dernier acquiert alors la qualité de bénéficiaire conjoint.

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

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

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

II - Les bénéficiaires enfants

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

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

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

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

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

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

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

Article 11 - Membres participants associés

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

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

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

Le membre bénéficiaire relevant de l'offre MGEN Santé Prévoyance, de l'offre MGEN dédiée à la Fonction Publique Hospitalière ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance et dont l'une des conditions lui permettant de relever de cette catégorie n'est plus remplie, peut adhérer, en qualité de membre participant associé, à l'offre au titre de laquelle il était couvert en qualité de bénéficiaire.

Cette demande d'adhésion doit intervenir dans un délai de 3 mois suivant la perte de la qualité de membre bénéficiaire. Durant ce délai, le membre bénéficiaire bénéficie du maintien de ses garanties dans les conditions antérieures.

Au-delà, en l'absence de demande d'adhésion il sera mis fin à la garantie.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 12 - Démission

1 - Démission à effet du 1^{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 en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'attention du président de MGEN, adressée à la section départementale dont il dépend au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre. À défaut, la couverture est reconduite de façon tacite chaque 1^{er} janvier.

2 - Démission en cours d'année

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

La démission prend effet à partir du 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande de démission.

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

3 - Décès du membre participant

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

Article 13 - Résiliation de la couverture familiale

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

La résiliation prend effet le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la demande.

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

1 - Suspension

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

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

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

2 - Résiliation

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

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

Article 15 - Réticence ou fausse déclaration

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

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

Article 16 - Déchéance pour préjudice causé à la mutuelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 3

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

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

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

Article 18 - Champ de recrutement

En application du décret précité :

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

Chaque employeur public peut définir :

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

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

- veufs,
- orphelins,

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

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

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

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

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

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

Article 19 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

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

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

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

Article 20 - Règles spécifiques de démission et de résiliation

Il n'est pas fait application :

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

➤ Chapitre 4

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

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

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

Article 21 - Champ de recrutement

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

En application du décret d'application précité :

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

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

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

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

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

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

Article 22 - Règles spécifiques d'adhésion

Il n'est pas fait application :

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

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

Article 23 - Règles spécifiques de résiliation

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

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

Assemblée générale

Section I - Composition, élections

Article 24 - Composition

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

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

Article 25 - Election des délégués

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

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

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

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

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

I - Candidatures

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

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

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

2 - Modalités d'élections

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

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 27 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Article 28 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

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

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

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 30 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

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

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

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

Article 31 - Force exécutoire des décisions

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

Article 32 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élections

Article 33 - Composition et élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{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 40 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 34 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

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

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

2 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65^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 35 - Représentation des salariés

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

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

Section 2 - Réunions

Article 36 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 37 - Obligation de confidentialité

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

Article 38 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 39 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 40 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 41 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et missions du président

Article 42 - Élection et révocation

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

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

Le président est rééligible.

Article 43 - Vacance

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

Article 44 - Missions du président

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre 1^{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 45 - Élection

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

Article 46 - Composition

Le bureau comprend au maximum dix-huit membres dont :

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

Chapitre 4

Direction effective

Article 47 - Dirigeants effectifs

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

Article 48 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 49 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

Chapitre 5

Organisation des sections

Section 1 - Les sections

Article 50 - Définition des sections

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

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

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

Ces membres participants constituent la section de vote.

Section 2 - Administration des sections

Article 51 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

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

A2 - Contestations

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

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

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

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

B - Membres de droit

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

C - Membres du bureau départemental

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

Le bureau comprend :

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

D - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

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

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

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

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

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

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

Article 52 - Administration de la section extra métropolitaine

Sous la responsabilité du conseil d'administration :

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

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

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

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

A1 - Conditions d'éligibilité

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

A2- Suppléance

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

A3 - Vacance

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

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

A4 - Contestations

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

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

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

B - Membres de droit

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

Section 3 - Fonctionnement des sections

Article 53 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 54 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

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

Article 55 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

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

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

Article 56 - Modes de placement

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

Article 57 - Fonds d'établissement

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

Article 58 - Marge de solvabilité

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

Article 59 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 60 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Les commissaires aux comptes sont convoqués à toute assemblée générale et au conseil d'administration qui arrête les comptes.

Section 4 - Comité d'audit

Article 61 - Comité d'audit

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Article 62 - Missions des détachés

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

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

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

TITRE 3

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

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

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

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

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la mutuelle ;

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Article 64 - Respect des statuts et règlement(s)

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

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

Les droits et obligations des membres participants sont :

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

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

Article 65 - Paiement des cotisations

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

Règlement mutualiste

Dispositions générales

Dispositions générales applicables aux membres participants relevant des articles 7-1-1 et 8 à 11 des statuts de MGEN et à leurs bénéficiaires.

TITRE I

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES AUX PRESTATIONS, ALLOCATIONS ET SERVICES DE LA MUTUELLE

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2

Pour percevoir leurs prestations et bénéficier des services de la mutuelle, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations non couvertes par une cotisation correspondante feront l'objet d'un titre de reversement.

Article 3

1 - Contrôle médical

Tout adhérent qui bénéficie ou demande à bénéficier des prestations figurant aux chapitres 5 (Garanties incapacité et invalidité), 6 (Autonomie), et 7 (Décès - prestation Perte totale et irréversible d'autonomie) du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance de MGEN ou des prestations figurant aux chapitres 6 (Autonomie), 7 (Compléments de revenus) et 10 (Décès) du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance accepte de se soumettre au contrôle médical d'un médecin de MGEN. En cas de refus, ou si la réalité de la maladie n'est pas reconnue, le paiement des prestations cessera de plein droit.

Sur demande de l'intéressé, il pourra être fait appel à l'arbitrage d'un tiers expert, désigné par les médecins des deux parties.

2 - Fraude

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

3 - Modification de situation

Le membre participant doit informer, dans un délai de 15 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...

Article 4 - 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 des règlements mutualistes MGEN Santé Prévoyance et MGEN International Santé Prévoyance qui les concernent.

Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet des garanties n'ouvre pas droit aux prestations. Toute garantie indemnisée est celle de la formule en cours à la date du fait générateur.

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

Article 5 - Délais d'attente

Les délais d'attente applicables à certaines prestations sont précisés au sein des articles du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance et du règlement mutualiste MGEN International Santé Prévoyance qui les concernent.

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

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

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

Article 6 - 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 des règlements mutualistes MGEN Santé Prévoyance et MGEN International Santé Prévoyance qui les concernent.

Article 7 - Prescription

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

La prescription est portée à dix ans lorsque pour les cas prévus par

l'article L.221-11 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit du membre participant décédé.

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

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

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

Article 8 - Conséquences de l'évolution du niveau de remboursement des prestations par la Sécurité sociale

La diminution du niveau de remboursement de la Sécurité sociale n'entraîne pas de modification systématique de la prise en charge complémentaire de MGEN définie aux règlements mutualistes et aux annexes à ces règlements. Seule l'assemblée générale, ou le conseil d'administration sur délégation de celle-ci, peut modifier la prise en charge de MGEN.

En cas d'augmentation du niveau de remboursement de la Sécurité sociale, celui du complément MGEN, défini aux règlements mutualistes et aux annexes à ces règlements, est réduit à due proportion, sauf forfaits.

Article 9 - Maxima des remboursements

Pour toute prestation, le remboursement par la mutuelle s'effectue dans la limite des frais restant à la charge effective de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 10 - Maxima des prestations

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

Article 11 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

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

Article 12 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

Article 13 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la section départementale dont il relève.

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

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

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

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Article 14 - Réclamations - Médiation

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

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

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

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

Règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

TITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre d'une part, les membres participants relevant des articles 7 à 9 et 11 des statuts et leurs bénéficiaires et, d'autre part, la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Le contenu desdits engagements est strictement identique quel que soit le cadre dans lequel le membre participant adhère à la mutuelle : adhésion à titre individuel ou au titre d'un dispositif conventionnel collectif.

Article 2 - Bénéficiaires des prestations

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

1 - Les membres participants actifs bénéficient de l'ensemble des prestations énumérées au sein du présent règlement mutualiste et figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 12 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant à l'article 21-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 5 (garanties incapacité et invalidité) ;
- chapitre 6 (autonomie) ;
- chapitre 7 (décès) ;
- chapitre 8 (action sociale) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles) à l'exception de celles figurant aux articles 37 (contrat collectif facultatif dépendance) et 39 (offre Rassurcap Solutions) .

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

2 - Les membres participants associés bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 12 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant à l'article 21-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 6 (autonomie) ;
- chapitre 7 (décès) ;

- chapitre 8 (action sociale) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles).

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

3 - Les membres participants retraités bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 12 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant à l'article 21-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 6 (autonomie) à l'exception de celle figurant à l'article 25 (perte temporaire d'autonomie) ;
- chapitre 7 (décès) ;
- chapitre 8 (action sociale) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles).

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

4 - Les bénéficiaires conjoints bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 12 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant à l'article 21-2 (services d'assistance offre Ôji) ;
- chapitre 6 (autonomie) ;
- chapitre 7 (décès) ;
- chapitre 8 (action sociale) à l'exception de celles figurant à l'article 27 (interventions exceptionnelles) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles), à l'exception de celles figurant aux articles 35 (caution acquisition) et 36 (assurance des prêts).

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

5 - Les bénéficiaires enfants, de moins de 18 ans ou de plus de 29 ans bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) à l'exception de celle figurant à l'article 12 (forfait complémentaire spécifique de prévention) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) à l'exception de celle figurant à l'article 17 (prestation naissance) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celle figurant aux articles 18 (service d'aide à domicile) et 20-2 (services d'assistance offre Ôji) ;

- chapitre 8 (action sociale) à l'exception de celles figurant aux articles 27 (interventions exceptionnelles) et 34 (aide au mutualiste aidant) et, pour les seuls bénéficiaires enfants âgés de plus de 29 ans, à l'exclusion de celle figurant à l'article 29 (orphelinat) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles) à l'exception de celles figurant aux articles 36 (caution acquisition), 37 (assurance des prêts), 38 (contrat collectif facultatif dépendance), 39-2 (garantie invalidité additionnelle au Corem) et 40 (offre Rasurcap Solutions).

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

6 - Les bénéficiaires enfants, de 18 ans à 29 ans, bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) à l'exception de celles figurant aux articles 16 (maternité) et 17 (prestation naissance) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant aux articles 18 (service d'aide à domicile) et 21-1 (services d'assistance offre MGEN Santé Prévoyance) ;
- chapitre 8 (action sociale) à l'exception de celles figurant aux articles 27 (interventions exceptionnelles), 29-2 (dépendance) et 34 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles) à l'exception de celles figurant aux articles 35 (caution acquisition), 36 (assurance des prêts), 37 (contrat collectif facultatif dépendance), 38-2 (garantie invalidité additionnelle au Corem) et 39 (offre Rasurcap Solutions)

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

7 - Les membres participants jeunes bénéficient des prestations figurant aux :

- chapitre 2 (frais de santé) ;
- chapitre 3 (maternité et famille) à l'exception de celle figurant à l'article 17 (prestation naissance) ;
- chapitre 4 (prestations d'assistance) à l'exception de celles figurant à l'article 21-1 (services d'assistance offre MGEN Santé Prévoyance) ;
- chapitre 8 (action sociale) à l'exception de celles figurant aux articles 28-2 (dépendance) et 34 (aide au mutualiste aidant) ;
- chapitre 9 (garanties additionnelles) à l'exception de celles figurant aux articles 37 (contrat collectif facultatif dépendance) et 39 (offre Rasurcap Solutions) ;

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

8 - Les mutualistes relevant de la CMU-Complémentaire bénéficient des prestations ouvertes à la catégorie de mutualistes dont ils relèvent pour la part qui excède la protection complémentaire spécifique définie dans le Code de la Sécurité sociale.

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

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

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

1 - Les prestations accordées par la mutuelle sont définies aux articles 8 à 40 inclus. Les montants et taux des prestations garanties et des cotisations figurent dans les annexes faisant partie intégrante du présent règlement.

2 - Les prestations, allocations et aides spécifiques prévues aux articles 17 (prestation naissance), 18 (service d'aide à domicile), 19 (service d'aide à domicile solidarité), 20 (complément d'action sociale), 26 (prestation invalidité décès), 28 (handicap et dépendance), 29 (orphelinat), 30 (soins coûteux durables), 31 (soins coûteux ponctuels), 33 (prestation particulière), 34 (aide au mutualiste aidant) et 38-3 (garantie décès additionnelle au Corem) sont accordées par les mutuelles créées par MGEN en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité. Elles sont attribuées en application des dispositions figurant à leurs statuts et règlements.

TITRE 2

PRESTATIONS, ALLOCATIONS ET SERVICES DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Les formules de garanties

Article 4 - Les formules de garanties proposées

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

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

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

Dans ce cadre :

- le membre participant actif, retraité, orphelin ou associé a le choix entre les formules santé MGEN Initiale, MGEN Equilibre, MGEN Référence et MGEN Intégrale.
- le membre participant jeune a le choix entre les formules ÔJl Essentielle, ÔJl Initiale, ÔJl Equilibre, ÔJl Référence et ÔJl Intégrale.

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

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

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

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

Les prestations prévoyance sont servies selon la formule de garanties dont relève le membre participant ou le membre bénéficiaire à la date de survenance du fait générateur et dans les limites définies à l'article 2 du présent règlement mutualiste :

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

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

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

Seuls les membres participants jeunes et les nouveaux adhérents en tant que membres participants actifs, associés et orphelins sont éligibles à la formule MGEN Initiale.

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

Article 5 - Les changements de formule

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

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

Par dérogation, en cas de changement de la seule formule prévoyance, la nouvelle formule prend effet au 1^{er} jour du 4^e mois qui suit la demande.

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

Par dérogation, le membre participant jeune peut solliciter chaque année un changement de formule vers une formule de garanties supérieure ou équivalente sous réserve d'en faire la demande au moins deux mois avant la date d'échéance soit au plus tard le 31 octobre, date de réception par la mutuelle. La nouvelle formule prend effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande.

Sont considérées comme des formules de garanties équivalentes les formules Ôji Référence et Ôji Equilibre.

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

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

En cas de changement de formule prévoyance, les prestations allocations journalières, allocations invalidité, dépendance totale et

perte temporaire d'autonomie en cours de service sont maintenues à leur niveau applicable à la date du fait générateur ouvrant droit à ces prestations.

Article 6 - Les dérogations au principe du couplage Santé-Prévoyance

Dans l'hypothèse où le membre participant actif ou retraité bénéficie de l'offre Accès santé MGEN ou d'une couverture complémentaire santé obligatoire directement ou au travers du contrat collectif de son conjoint, il peut résilier la garantie santé dont il bénéficie, sur présentation d'une attestation de couverture.

Le membre participant associé peut résilier la garantie santé ou la garantie prévoyance dont il bénéficie.

La résiliation prévue aux deux alinéas précédents prendra effet au 1^{er} jour du 4^e mois suivant la réception de la demande en cas de demande en cours d'année ou à la date d'échéance annuelle en cas de réception de la demande au moins deux mois avant soit au plus tard le 31 octobre.

Lors de son adhésion, le membre participant actif bénéficiant d'une couverture complémentaire santé obligatoire directement ou au travers du contrat collectif de son conjoint ou l'adhérent MGEN de l'offre Accès santé, peut adhérer uniquement à la formule prévoyance dont il relève selon son statut.

Le membre participant associé peut adhérer :

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

Le bénéficiaire conjoint peut choisir de ne bénéficier :

- que de la formule santé souscrite par le membre participant auquel il est rattaché,
- ou que de la formule MGEN Prévoyance Affinité.

Aucun découplage n'est possible pour les membres participants et bénéficiaires conjoints ayant opté pour la formule MGEN Initiale.

Article 7 - Le couplage de garanties en cours d'adhésion

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

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

Dans ces deux cas, l'adhésion à la formule santé ou prévoyance complémentaire prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande en cas de réception de celle-ci avant le 15 du mois ou le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la demande en cas de réception de celle-ci après le 15 du mois.

➤ Chapitre 2 Frais de santé

Article 8 - Maladie

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

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

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

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

Les prestations suivantes sont servies en complément de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'annexe I :

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

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

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

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

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

Article 9 - Prestations hospitalisation

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

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

1 - Champ d'intervention

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

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

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

2 - Conditions de remboursement

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

3 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité sociale :

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

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

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

La prise en charge de ces dépenses est limitée à 12 mois ou 365 jours (en cas de séjours successifs). Les droits sont de nouveau ouverts après une période continue de 6 mois sans hospitalisation.

4 - Fait générateur et justificatifs à produire

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

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

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

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

Article 10 - Forfait « Se soigner autrement »

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

1 - Ostéopathie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un ostéopathe autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.

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

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

2 - Actes médicaux d'acupuncture

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

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

Pour les adhérents ayant opté pour la formule MGEN / ÔJl Equilibre ou MGEN / ÔJl Intégrale, lorsque l'acte est remboursé par la Sécurité sociale dans le cadre du parcours de soins coordonnés et que le praticien a adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO), la prestation peut être versée sur la part des honoraires du médecin au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale et après intervention de la mutuelle au titre des dépassements d'honoraires.

3 - Consultations diététiques

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

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

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

4 - Homéopathie

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

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

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

5 - Chiropraxie

La mutuelle intervient pour les séances effectuées par un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région. La liste des praticiens concernés peut être obtenue auprès des centres de service MGEN ou à partir de l'espace personnel sur le site internet MGEN.

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

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

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

Article 11 - Forfait « Prévention »

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

1 - Contraception/ tests de grossesse

La prestation est versée pour les pilules contraceptives, l'anneau vaginal et les patchs contraceptifs prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale sur présentation de la prescription médicale et de la facture originale nominative acquittée établie par une officine de pharmacie.

La prestation est également versée pour la contraception d'urgence (pilule du lendemain), les préservatifs féminins et masculins, les spermicides et les tests de grossesse. Elle est versée sur présentation de la facture originale acquittée établie par une officine de pharmacie.

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

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

La prestation est versée pour les vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie ou d'exécution de l'acte dans un centre agréé de vaccination.

La prestation est versée sur présentation :

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

3 - Sevrage tabagique

La prestation est versée pour les traitements nicotiques de substitution remboursés par la Sécurité sociale. Elle est servie après épuisement du forfait Sécurité sociale, sur présentation de la prescription médicale, du ou des décompte(s) de Sécurité sociale et de l'ensemble des factures originales nominatives acquittées.

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

4 - Bilan psychomotricité

Pour les adhérents ayant opté pour la formule MGEN Equilibre ou MGEN Intégrale, la mutuelle intervient pour le remboursement des bilans de psychomotricité, sur présentation de la prescription médicale et de la facture nominative acquittée.

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

5 - Ostéodensitométrie

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

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

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

Le remboursement des actes d'ostéodensitométrie est limité à un acte tous les cinq ans.

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

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

Article 12 - Forfait complémentaire spécifique de prévention

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

1 - Les protections auditives

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

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

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

2 - La prévention des risques routiers

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

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

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

3 - L'automédication

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

Le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance en pharmacie. La prestation est servie sur présentation de la facture nominative acquittée délivrée par une officine de pharmacie.

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

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

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

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

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

Article 13 - Forfait pharmacie

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

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

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

Article 14 - Exclusions

Sous réserve du respect des obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, la mutuelle ne garantit pas les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique et les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale, à l'exception de ceux figurant à l'annexe I du présent règlement.

Chapitre 3

Maternité et famille

Article 15 - Amniocentèse

La mutuelle intervient pour les amniocentèses pour lesquelles la prise en charge par la Sécurité sociale n'est pas totale.

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

Pour les femmes de moins de 35 ans, la prestation est attribuée après avis du médecin conseil MGEN.

Article 16 - Maternité

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

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

Article 17 - Prestation naissance

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie aux membres participants et bénéficiaires conjoints bénéficiant d'une garantie santé à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

Les conditions et modalités de versement de cette prestation figurent au règlement mutualiste MGEN Vie relatif à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

Chapitre 4

Prestations d'assistance

Article 18 - Service d'aide à domicile

Cette prestation est délivrée par MGEN Filia en cas de maladie ou de dépendance afin de faciliter la vie de groupe familial au domicile.

Article 19 - Service d'aide à domicile Solidarité

Cette allocation est versée par MGEN Action sanitaire et sociale aux personnes rencontrant une situation particulière de fragilité.

Article 20 - Complément d'action sociale

En complément des prestations visées aux articles 18 et 19, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale versé par MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 21 - Services d'assistance

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

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

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

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

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

- des garanties d'assistance en cas d'accident ou de maladie soudaine entraînant une hospitalisation ou une immobilisation au domicile,
- des garanties d'assistance en cas d'accident ou de maladie de l'adhérent survenu lors d'un déplacement en France,
- une aide aux démarches administratives ou liées au déménagement,
- des services d'informations médicales et juridiques.

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

Chapitre 5

Garanties incapacité et invalidité

Article 22 - Allocations journalières

I - Conditions d'attribution

Les allocations journalières sont attribuées au membre participant actif, qui perçoit des prestations en espèces de l'administration ou de la Sécurité sociale, en cas de diminution de son revenu suite à une maladie ou un accident.

La date du fait générateur tel que prévu à l'article 4 du règlement mutualiste Dispositions générales, est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

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

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

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

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de la perte de traitement n'est plus recevable.

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

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

I-2 - Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale

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

2 - Définition de la garantie

2-1 - Niveau de garantie

- Formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale

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

Le salaire de référence correspond à la moyenne des salaires bruts mensuels de l'activité professionnelle ayant permis l'adhésion à l'offre MGEN Santé Prévoyance, perçus au cours des trois mois précédant l'arrêt de travail.

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

Le salaire de référence ne peut être supérieur à celui correspondant à la cotisation plafond.

- Formule Prévoyance Actif Renforcée

Les allocations journalières complètent les sommes brutes garanties par l'Administration ou la Sécurité sociale à hauteur de 85% du salaire de référence dans la limite de 100% du salaire net de l'adhérent.

Le salaire de référence correspond à la moyenne des salaires bruts mensuels de l'activité professionnelle ayant permis l'adhésion à l'offre MGEN Santé Prévoyance, perçus au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail.

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

2-2 - Montant de la prestation

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

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

3 - Début de prise en charge

- Formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale

Le versement de la prestation débute :

- à compter de la fin de la période de plein traitement, telle que prévu par le régime de la Fonction publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèce de la Sécurité sociale,

- Formule Prévoyance Actif Renforcée

Le versement de la prestation débute :

- à compter de la fin de la période à plein traitement par l'employeur, tel que prévu par le régime de la Fonction publique,
- ou à compter de la perception des prestations en espèce de la Sécurité sociale,
- et au plus tard à compter du 91^e jour d'arrêt continu ou discontinu, décompté sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail à indemniser.

En cas de congé longue durée (CLD) le décompte des 91 jours d'arrêts continus ou discontinus est effectué à compter de la date de placement en congé longue durée.

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

4 - Justificatifs à produire

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

• pour une demande initiale :

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

• pour une prolongation :

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

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

5 - Suppression de la prestation

Le versement des allocations journalières prend fin :

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

Article 23 - Allocations d'invalidité

I - Conditions d'attribution

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

La date du fait générateur tel que prévu par l'article 4 du règlement mutualiste Dispositions générales est le 1^{er} jour de l'arrêt de travail ou la date de constatation de l'invalidité si l'adhérent est en invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail.

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

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

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

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

Toute demande de prestation présentée après un délai de 2 ans à compter de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente d'invalidité n'est plus recevable.

1-1 - Membre participant fonctionnaire titulaire

Le membre participant fonctionnaire a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité.

1-2 - Membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale

Le membre participant relevant d'un régime général de Sécurité sociale a droit aux prestations du présent article quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3 ou d'une pension de vieillesse liquidée au titre de l'inaptitude au travail.

2 - Définition de la garantie

La garantie allocations invalidité permet de compenser la perte de l'évolution professionnelle dont aurait pu bénéficier l'adhérent s'il n'avait pas été en situation d'invalidité suite à maladie ou accident.

2-1 - Niveau de garantie

Les allocations d'invalidité complètent les revenus du membre participant à hauteur du niveau de garantie déterminé de la manière suivante :

- égal à 50% de la moyenne des traitements bruts des trois mois précédents l'arrêt de travail, ou, pour l'adhérent en situation d'invalidité sans avoir été préalablement en situation d'incapacité temporaire de travail, à la date de constatation de l'invalidité, auquel un coefficient de revalorisation est appliqué. Le coefficient de revalorisation est fonction de l'âge de l'adhérent à la mise en invalidité et de l'année de mise en invalidité.

Le niveau de garantie est au minimum égal :

- pour les formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale :
 - au montant de la Base de Référence Garantie (BRG*).
- pour la formule Prévoyance Actif Renforcée :
 - à deux fois le montant de la Base de Référence Garantie (BRG*).

2-2 - Montant de la prestation

Le montant versé est calculé de la manière suivante : niveau de garantie sous déduction des ressources.

On entend par ressources les revenus issus des pensions brutes d'invalidité ou de vieillesse perçues par le membre participant au titre du ou de régimes obligatoires (pension de base et/ou complémentaire) et tout autre revenu perçu par le membre participant.

Le montant de la prestation annuelle est égal :

- pour les formules Prévoyance Actif et MGEN Initiale :
 - au minimum à 1/30^e de la BRG*,
 - au maximum au montant total de la BRG*.
- pour la formule Prévoyance Actif Renforcée :
 - au minimum à 1/30^e de la BRG*,
 - au maximum à deux fois le montant total de la BRG*.

Le calcul du montant de la prestation est effectué lors de l'attribution initiale puis lors de l'obtention de la pension vieillesse de base et/ ou complémentaire et au plus tard, l'année suivant le 67^e anniversaire de l'adhérent.

*BRG : Pour l'année 2019, le montant de la BRG est de 10 815 €.

3 - Revalorisation de la prestation

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

4 - Justificatifs à produire

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter de l'obtention de la pension d'invalidité ou de la rente invalidité accompagnées des documents suivants :

• pour une demande initiale :

- formulaire de demande de prestation,
- titre de pension délivré par l'administration ou la notification de classement en invalidité délivrée par la Sécurité sociale, accompagné du premier justificatif de versement de la pension d'invalidité,
- justificatif des pensions d'invalidité ou de vieillesse perçues au titre du ou des régimes obligatoires (pensions de base et/ou complémentaires)
- uniquement pour les non fonctionnaires de plus de 60 ans, copie de la notification d'une pension vieillesse substituée à une pension pour invalidité ou pour inaptitude.

• pour un renouvellement :

- formulaire de renouvellement,
- justificatif de maintien en invalidité (dernier bulletin de pension d'invalidité ou de vieillesse pour inaptitude ou notification de paiement de la pension de 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale),
- avis d'imposition sur les revenus perçus l'année précédente.

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

5 - Modalités et durée de versement de la prestation

Le versement de la prestation invalidité débute au jour de l'attribution de la pension ou allocation d'invalidité ou de la pension retraite pour invalidité. Son règlement est effectué mensuellement et à terme échu tant que les conditions de versement sont remplies. La prestation fait l'objet d'un renouvellement chaque année au 1^{er} janvier.

Le versement de la prestation est suspendu le 1^{er} jour du mois suivant :

- le reclassement en invalidité 1^{re} catégorie,
- dès que les revenus pris en compte pour l'attribution de la prestation sont supérieurs à la garantie MGEN.

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

- le décès du Membre Participant,
- en cas de résiliation par le membre participant de son adhésion MGEN Santé Prévoyance,
- sa démission de la Mutuelle.

➤ Chapitre 6 Autonomie

Article 24 - Dépendance totale

I - Objet

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

2 - Définition de la dépendance totale

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

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

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

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

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

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

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

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

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

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

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

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

4-2 - Suspension

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

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

d'autonomie (APA) sera sollicité à leur 60^e anniversaire.

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

4-3 - Cessation du paiement des prestations

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

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

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

5 - Revalorisation de la rente

À partir de la prise d'effet de son versement, la rente est revalorisée chaque 1^{er} janvier de l'année N, sur la base de l'évolution du point de la Fonction Publique constatée entre le 1^{er} octobre de l'année N-1 par rapport au 1^{er} octobre de l'année N-2.

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

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

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

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

6-2 - Justificatifs à produire

Pour une première prise en charge :

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

Pour le renouvellement de la prestation complémentaire :

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

Article 25 - Perte temporaire d'autonomie

1 - Objet

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

2 - Définition de la perte temporaire d'autonomie

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

- atteint dans ses facultés physiques, mentales, ou sensorielles, et présentant un état chronique ne permettant pas une autonomie totale, d'une durée probable supérieure à 30 jours,

- dont l'état est constaté médicalement par le médecin conseil de la mutuelle,
- ayant perdu son autonomie totale à la suite d'une maladie* ou d'un accident** garanti(e).

*maladies garanties :

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

**accidents garantis :

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

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

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

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

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

3 - Conditions d'entrée pour bénéficier de la garantie

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

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

4 - Prestations

4-1 - Modalités de versement et montant

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

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

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

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

4-2 - Cessation du versement de la prestation

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

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

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

5 - Exclusions

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

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

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

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

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

6-2 - Justificatifs à produire

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

En cas de rechute :

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

➤ Chapitre 7 Décès

Article 26 - Prestation invalidité décès

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie.

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

Les conditions et modalités de versement de cette prestation figurent au règlement mutualiste MGEN Vie relatif à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

➤ Chapitre 8 Action sociale

Article 27 - Interventions exceptionnelles

La mutuelle peut accorder au membre participant :

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

En cas d'événements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 1500 € .

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

2 - Un prêt social, jusqu'à concurrence de 2000 €, pour les mêmes raisons, sans intérêt et sans frais. Il est remboursable dans un délai maximum de 36 mois selon un échéancier personnalisé.

En cas d'événements exceptionnels, notamment de catastrophes naturelles, ce montant peut être porté à 3000 €.

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

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

Cette avance, sans intérêt, est plafonnée à 3000 €.

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

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

5 - Un prêt installation MGEN-Casden, accordé par la Casden Banque Populaire, pour participer aux dépenses d'installation dans un nouveau logement (prêt bonifié par MGEN et la Casden). Le montant de ce prêt peut varier de 1 000 à 3 000 €.

Ce prêt est remboursable en 36 mensualités maximum.

Le membre participant doit :

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

Les aides exceptionnelles, les prêts sociaux et les avances spéciales sont pris sur une dotation que détermine annuellement l'assemblée générale. Ils font l'objet d'une comptabilité particulière au sein de la comptabilité générale.

Article 28 - Handicap et dépendance

Ces allocations sont délivrées par MGEN Action sanitaire et sociale.

28-1 - Handicap

Cette allocation concerne les mutualistes de moins de 60 ans atteints dans leurs facultés mentales, physiques et sensorielles, présentant un état chronique et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance Totale.

28-2 - Dépendance

Cette allocation concerne les mutualistes de plus de 60 ans se trouvant en situation de perte d'autonomie partielle et durable et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance Totale.

Article 29 - Orphelinat

Cette allocation délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale est destinée à contribuer à l'éducation des bénéficiaires enfants.

Article 30 - Soins coûteux durables

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une longue et grave maladie qui laisse des restes à charge importants.

Article 31 - Soins coûteux ponctuels

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale.

Elle concerne les mutualistes souffrant d'une maladie qui laisse des restes à charge importants, hors dépassements d'honoraires.

Article 32 - Complément audioprothèse

Cette prestation délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale est versée en complément de la prestation d'achat de prothèses auditives.

Article 33 - Prestation particulière

Cette participation spécifique est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale. Elle concerne les mutualistes relevant des dispositifs handicap, dépendance ou soins coûteux de MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 34 - Aide au mutualiste aidant

Une aide annuelle est délivrée par MGEN Action sanitaire et sociale lorsque le mutualiste assiste son conjoint, pacsé, concubin ou son enfant, ou un ascendant au 1^{er} degré, en état de dépendance totale.

➤ Chapitre 9

Garanties additionnelles

Article 35 - Caution acquisition

Elle peut être accordée au membre participant MGEN.

Elle a pour objet de permettre aux mutualistes qui souhaitent souscrire un prêt immobilier auprès d'organismes conventionnés avec MGEN, de le garantir.

Elle donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de la caution figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement.

Article 36 - Assurance des prêts

MGEN a souscrit des contrats d'assurances de prêts auprès de CNP Assurances et CNP Caution pour couvrir certains risques destinés :

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

36-1 - Contrat d'assurance collective en couverture de prêts

Il a pour objet de couvrir :

- l'incapacité, l'invalidité, la perte totale et irréversible d'autonomie et le cas échéant l'invalidité AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé),
- le risque décès.

36-2 - Contrat perte d'emploi

Il a pour objet de couvrir le risque perte d'emploi.

Ces contrats donnent lieu à versement de cotisation spécifique.

Les conditions de ces contrats figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises aux contractants lors de la souscription.

Article 37 - Offre facultative Dépendance

Le membre participant et le bénéficiaire conjoint de MGEN ont la faculté d'adhérer au contrat d'assurance de groupe Complément autonomie MGEN souscrit par MGEN auprès de CNP Assurances, en vue de bénéficier d'une prestation financière de rente et d'une garantie capital autonomie.

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

Cette offre donne lieu à versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions de cette offre figurent dans la demande d'adhésion et les notices d'information correspondantes, remises au contractant lors de la souscription.

Article 38 - Corem et garanties additionnelles

38-1 - Complément Retraite Mutualiste (Corem)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre MGEN et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), le membre participant et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime Corem qui a pour objet le service d'un complément retraite par points.

Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents lors de l'adhésion.

38-2 Garantie invalidité additionnelle au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérent au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas d'invalidité de celui-ci, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement.

38-3 - Garantie décès additionnelle au régime Corem

Cette prestation est délivrée par MGEN Vie. Elle est attribuée en cas de décès d'un membre participant ou bénéficiaire MGEN ayant adhéré au régime Corem.

Article 39 - Offre Rassurerap Solutions

Le membre participant ou le bénéficiaire conjoint âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassurerap Solutions » assuré par Parnasse-MAIF.

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

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

Article 40 - Contrat facultatif Prévoyance et Assistance obsèques - « Sollicitudes »

Le membre participant et/ ou son (ou ses) bénéficiaire(s) peut adhérer au contrat collectif « Sollicitudes » souscrit par MGEN auprès du groupe MAIF, pour se couvrir contre les risques suivants :

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

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

Les conditions du contrat figurent dans la demande d'adhésion et la notice d'information correspondantes, remises à l'adhérent lors de la souscription.

TITRE 3

RÉALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Article 41 - Réalisations sanitaires et sociales MGEN - Action sanitaire et sociale

MGEN Action sanitaire et sociale assure l'administration et la gestion d'établissements sanitaires et sociaux. La liste de ces établissements est spécifiée au règlement mutualiste MGEN Action sanitaire et sociale.

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

Article 42 - Réalisations sanitaires et sociales - MGEN Centres de santé

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

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

TITRE 4

COTISATIONS ET COMPLÉMENTS

Article 43 - Principes des cotisations et compléments

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle globale et des compléments dus au titre de ses bénéficiaires, qui sont affectés à la couverture des prestations, allocations et services de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées en application des dispositions de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité.

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

Article 44 - Cotisations

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

1 - Actifs

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

Huit tranches d'âges sont définies :

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

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

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

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 21-1 du présent règlement).

2 - Retraités

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

Deux tranches d'âges sont définies :

- inférieur à 70 ans ;
- à partir de 70 ans ;

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

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

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

S'ajoute à cette cotisation, un montant forfaitaire versé au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 21-I du présent règlement).

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

3 - Membres participants associés

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

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

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

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 21-I du présent règlement).

4 - Membres participants jeunes

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

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

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

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 21-2 du présent règlement).

5 - Orphelins

La cotisation est forfaitaire en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge atteint le 1^{er} jour du mois qui suit la date d'anniversaire.

Article 45 - Dispositions particulières

I - Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) Complémentaire

Le taux de cotisation, les plachers et plafonds des membres participants actifs et retraités, les montants de cotisation des membres participants jeunes et le complément de cotisation du bénéficiaire conjoint sont adaptés pour les bénéficiaires de la CMU-Complémentaire.

2 - Régime d'Alsace Moselle

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

Cet abattement s'applique sur les prestations santé.

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

Article 46 - Compléments de cotisations pour bénéficiaires

La cotisation du membre participant, définie à l'article 45 du présent règlement, est familiale. Elle est majorée par un complément de cotisation par bénéficiaire conjoint ou enfant fixé annuellement. Ce complément de cotisation couvre une année civile.

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

Il concerne :

I - Bénéficiaire conjoint

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

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

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

Une cotisation forfaitaire, intégrée à la cotisation appelée, est due au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA (article 21-I du présent règlement).

2 - Bénéficiaires enfants

Le complément dû pour chaque bénéficiaire enfant :

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

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

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

Article 47 - Revalorisation des cotisations

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

Article 48 - Exonération de cotisation

Le membre participant actif est exonéré du versement des cotisations et des éventuels compléments relatifs à l'offre MGEN Santé Prévoyance durant les trois premiers mois d'adhésion.

Le membre participant n'a vocation à bénéficier de cette exonération qu'une seule fois.

Article 49 - Cotisations des garanties additionnelles

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

Annexe I - Tableaux des prestations

ACTES MÉDICAUX COURANTS

Nature des frais	PRESTATIONS			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
1. Consultations/Visites médecins généralistes, médecins spécialistes en médecine générale et sages-femmes (dans/hors du parcours de soins coordonnés)	30%	30%	30%	30%
2. Consultations/Visites médecins spécialistes 2.1 dans le parcours de soins coordonnés : - médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*, - médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 2.2 hors parcours de soins coordonnés.	30% 30%	80% 60% 30%	30% 30% 30%	130% 105% 30%
3. Actes techniques dont radiologie 3.1 dans le parcours de soins coordonnés : - praticien ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*, - praticien n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* 3.2 hors parcours de soins coordonnés.	30% 30% 30%	55% 30% 30%	30% 30% 30%	55% 30% 30%
4. Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18€	18€	18€	18€
5. Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	40%	65%	40%	65%
6. Analyses - actes de laboratoire	40%	65%	40%	65%
7. Psychothérapie (dans la limite de 20 séances/an)	10€/séance	15€/séance	15€/séance	20€/séance
8. Séances de kinésithérapie dite « méthode de reconstruction posturale » (dans la limite de 20 séances/an)	16€/séance	16€/séance	16€/séance	16€/séance

* 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.

PHARMACIE

Selon conditions définies à l'article 13 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
9. Médicaments				
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	35%	35%	35%	35%
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	70%	70%	70%	70%
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	Néant	Forfait 25 €/an	Néant	Forfait 50 €/an
- Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale				
- Honoraire de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursé par la Sécurité sociale à 70% (sous réserve d'intervention de la mutuelle sur les médicaments délivrés)	30%	30%	30%	30%
10. Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	35%	35%	35%	35%
11. Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose du genou (dans la limite de 2 participations/an)	77 €/genou	77 €/genou	77 €/genou	77 €/genou

FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT

Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
12. Ostéopathie				
13. Actes médicaux d'acupuncture				
14. Homéopathie non remboursable	75 €/an	125 €/an	75 €/an	150 €/an
15. Consultations diététicien				
16. Chiropraxie				

FORFAIT PRÉVENTION

Selon conditions définies à l'article 11 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
17. Contraception/Tests de grossesse				
18. Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	75 €/an	125 €/an	75 €/an	150 €/an
19. Sevrage tabagique				
20. Bilan psychomotricité	Néant		Néant	
21. Ostéodensitométrie	Néant	Néant	Néant	

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 9 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	PRESTATIONS			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.				
22. Honoraires médicaux hospitaliers				
- Ticket modérateur	20 %	20 %	20 %	20 %
- Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €
- Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement				
• médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* ;	Néant	50 %	50 %	100 %
• médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*.	Néant	30 %	30 %	75 %
23. Hébergement et frais de séjour	20 %	20 %	20 %	20 %
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
24. Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée				
24.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation.				
- Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	Néant	33 €/nuitée	33 €/nuitée	33 €/nuitée
- Psychiatrie	Néant	30 €/nuitée	30 €/nuitée	30 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	Néant	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée
24.2 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.				
- Médecine, chirurgie, obstétrique	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée
- Maternité	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée
- Psychiatrie	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée
25. Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée				
Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.	15 €	15 €	15 €	15 €
26. Frais d'accompagnant				
Participation accordée pour l'accompagnement d'un mutualiste :				
- de moins de 16 ans				
- ou de plus de 70 ans				
- ou en situation de handicap				
26.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation. Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN	Néant	25 €/nuitée	25 €/nuitée	25 €/nuitée
26.2 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation. Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérentes à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN il peut bénéficier, de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.

OPTIQUE

Nature des frais		PRESTATIONS							
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
		MGEN Initiale		MGEN Equilibre		MGEN Référence		MGEN Intégrale	
Type de verre	Codification Sécurité sociale	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*
27. Optique (sur prescription médicale) La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier.		Par verre **		Par verre **		Par verre **		Par verre **	
Prestations avant 18 ans									
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	33,75 €	45 €	45 €	60 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	100 €	133,33 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €
Monture l'unité **	2210546	20 €		20 €		35 €		45 €	
Prestations à partir de 18 ans									
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2203240 2259966	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	45 €	60 €	60 €	80 €
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8,00 à + 8,00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	85 €	102 €	85 €	102 €	120 €	160 €	150 €	200 €
Monture l'unité **	2223342	30 €		30 €		60 €		90 €	

OPTIQUE

Nature des frais	PRESTATIONS							
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
Type de verre	MGEN Initiale		MGEN Equilibre		MGEN Référence		MGEN Intégrale	
	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*
Lentilles de contact correctrices quel que soit l'âge								
- Prises en charge par la Sécurité sociale - Non prises en charge par la Sécurité sociale	50 €/an		100 €/an		110 €/an		170 €/an	
Pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	40 %		40 %		40 %		40 %	
Suppléments divers								
Prisme incorporé moins de 18 ans	7 €		7 €		15 €		15 €	
Prisme incorporé plus de 18 ans	2 €		2 €		13 €		13 €	
Système antiptosis	31 €		31 €		31 €		31 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet moins de 18 ans	4 €		4 €		17 €		17 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet plus de 18 ans	Néant		Néant		23 €		23 €	
Verres iseïconiques	40 %		40 %		40 %		40 %	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries moins de 18 ans	6 €		6 €		18 €		18 €	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries plus de 18 ans	2 €		2 €		21 €		21 €	
Filtre d'occlusion partielle moins de 6 ans (l'unité)	2 €		2 €		4 €		4 €	
Prisme souple, moins de 6 ans (l'unité)	9 €		9 €		12 €		12 €	
Supplément pour monture de lunettes à coque moins de 6 ans	18 €		18 €		18 €		18 €	

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

Retrouvez tous les opticiens partenaires OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

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

A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

PRESTATIONS

Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
Chirurgie réfractive de l'œil	Néant	Néant	365 € / œil	400 € / œil
Système à vision télescopique (sur prescription médicale, s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)	365 € / implant	365 € / implant	365 € / implant	365 € / implant

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
28. Dentaire				
28.1. Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)	30%	30%	30%	30%
28.2. Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale	30%	80%	80%	80%
28.3. Prothèses dentaires fixes				
28.3.1 Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)				
28.3.1.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne dento portée	75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	200 €	224 €	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	3,23 €	8,60 €	107 €	107 €
28.3.1.2 Inlay core et Inlay core à clavette remboursés par la Sécurité sociale	30%	80%	80%	80%
28.3.1.3 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne dento portée	Néant	Néant	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	Néant	Néant	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	Néant	Néant	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	107 €	107 €
28.3.1.4 Transitoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) non remboursées par la Sécurité sociale				
• Couronne	Néant	Néant	31 €	31 €
• Bridge 3 éléments	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
28.3.2 Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessous et fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires).				
28.3.2.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
28.3.2.2 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
28.3.2.3 Définitives remboursées par la Sécurité sociale				
• Inlay core	100 €	100 €	100 €	100 €
• Inlay core à clavette	116 €	116 €	116 €	116 €
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	110 €	110 €	110 €	110 €
28.3.2.4 Bridge non remboursé par la Sécurité sociale				
• Bridge 3 éléments dento porté	1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires	110 €	110 €	110 €	110 €
28.3.2.5 Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale	50,70 €	50,70 €	50,70 €	50,70 €
28.3.2.6 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)	473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
28.3.2.7 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)				
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)	270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
28.4. Appareils amovibles (dento portés ou sur implants) remboursés par la Sécurité sociale				
28.4.1 Définitifs				
• Résine				
- Prothèse 9 dents	53,58 €	103,20 €	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	3,23 €/dent	8,60 €/dent	Néant	Néant
OU				
- de 9 à 11 dents	Néant	Néant	300 €	350 €
- par appareil complet (12 à 14 dents)	Néant	Néant	400 €	450 €
• Métal				
- de 1 à 3 dents	58,05 €	154,80 €	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	3,23 €/dent	8,60 €/dent	Néant	Néant
OU				
- de 1 à 7 dents	Néant	Néant	206 €	206 €
- de 8 à 11 dents	Néant	Néant	400 €	600 €
- par appareil complet (12 à 14 dents)	Néant	Néant	500 €	700 €
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)	6,45 €	17,80 €	26 €	26 €
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)	9,67 €	26 €	26 €	26 €
28.4.2 Transitoires				
	38,70 € (1,2 ou 3 dents) puis 3,23 €/dent supplémentaire	51,60 € (1,2 ou 3 dents) puis 8,60 €/dent supplémentaire	92 € (1 à 7 dents) 183 € (8 à 14 dents)	92 € (1 à 7 dents) 183 € (8 à 14 dents)
28.5. Implantologie				
28.5.1 Implant	Néant	Néant	518 € (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	518 € (dans la limite de 3 implants sur 2 années civiles)
28.5.2 Couronne définitive sur implant, remboursée par la Sécurité sociale	32,25 €	86 €	122 € (max 2 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS	250 € (max 3 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS
28.5.3 Appareil complet transvissé sur implant	54,82 €	146,20 €	500 €	700 €
28.6. Réparations sur appareils amovibles dento portés ou sur implants				
28.6.1 Résine :				
• Adjonction ou changement d'élément	30 %	80 %	23 €	23 €
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	80 %	80 %	80 %
• Réparation appareil fêlé ou fracturé	30 %	80 %	23 €	23 €
28.6.2 Métal :				
• Adjonction ou changement d'élément	30 %	80 %	46 €	46 €
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	80 %	80 %	80 %
- Réparation appareil sans démontage	30 %	80 %	46 €	46 €
- Réparation appareil avec remontage 1 élément	30 %	80 %	51,16 €	51,16 €
- Réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément	30 %	80 %	5,16 €	5,16 €
28.6.3 Rebasage	Néant	Néant	46 €	46 €
28.6.4 Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes	30 %	80 %	61 €	61 €
28.7 Cas particuliers				
28.7.1 Traitement d'articulations temporo-mandibulaires - Gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical	Néant	Néant	122 €	122 €
28.7.2 Pose de facette	Néant	Néant	61 €	61 €
28.7.3 Couronnes pédiatriques	Néant	Néant	61 €	61 €

DENTAIRE

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
28.8. Orthodontie				
28.8.1 Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)				
28.8.1.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale				
- Examens préalables (études céphalométriques et moulages)	30%	80%	80%	80%
- Traitement actif (par semestre)	38,70 €	96,75 €	200 €	200 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	32,25 €	80,63 €	80,63 €	80,63 €
- Traitement de contention (2 ^e année)	32,25 €	86 €	86 €	86 €
28.8.1.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN)				
- Examens préalables (études céphalométriques et moulages)	Néant	Néant	90%	90%
- Traitement actif (par semestre)				
• Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7 ^e semestres uniquement	38,70 €	38,70 €	200 €	200 €
• Traitement actif commencé à partir de 16 ans : 4 semestres maximum				
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	32,25 €	32,25 €	145,13 €	145,13 €
- Traitement de contention (2 ^e année)	21,50 €	21,50 €	96,75 €	96,75 €
28.8.2 Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement). Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7 ^e semestre de finalisation de traitement.				
28.8.2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale				
- Traitement actif (par semestre)	296,60 €	296,60 €	350 €	350 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	109,15 €	109,15 €	109,15 €	109,15 €
28.8.2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN)				
- Traitement actif (par semestre)	338 €	338 €	338 €	338 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	219,70 €	219,70 €	219,70 €	219,70 €
28.9 Parodontie				
Forfait de parodontie (limité à la parodontie médicale - non remboursée par la Sécurité sociale)	Néant	Néant	Néant	400 €/an
Attelle de contention	28,92 €	28,92 €	183 €	183 €

APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MÉDICAUX

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
29. Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	40%	40%	40%	40%
30. Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (au-delà du ticket modérateur)	Néant	130%	130%	250%

AUDIOPROTHÈSES

PRESTATIONS

Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

Nature des frais

MGEN Initiale		MGEN Equilibre		MGEN Référence		MGEN Intégrale	
Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*						

31. Audioprothèse (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale).

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

Achats

Mutualiste de moins de 20 ans Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité Par appareil	560 €	660 €	560 €	660 €	650 €	750 €	650 €	750 €
Mutualiste de 20 ans et plus Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	350 €	450 €	350 €	450 €	550 €	650 €	550 €	650 €
A partir du 3 ^e appareil : prise en charge du ticket modérateur								

Entretien et réparation

Forfait annuel (par appareil)	50 € (puis prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait)
-------------------------------	--

* Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation ci-dessus fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires AUDISTYA depuis votre espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

PROTHÈSES

PRESTATIONS

Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.

Nature des frais

	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
32. Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature) <ul style="list-style-type: none"> • Prothèse de première intention • Prothèse définitive • Prothèse de renouvellement avec moulage • Prothèse de renouvellement sans moulage • Prothèse oculaire en verre 	Néant	Néant	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €
33. Prothèses mammaires externes 33.1 Par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) 33.2 Forfait produits complémentaires <ul style="list-style-type: none"> • Support double-face seul (non remboursé par la Sécurité sociale) • Autres produits complémentaires (soutien gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents) 	40%	40%	130 € 130 € par année civile	130 € 130 € par année civile
34. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) <ul style="list-style-type: none"> • Postiches et perruques 	40%	40%	185 %	185 %

CURES THERMALES

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
35. Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	30%	30%	30%	30%
36. Frais de traitement en établissement thermal	35% du forfait thermal	35% du forfait thermal	35% du forfait thermal	35% du forfait thermal
37. Frais d'hébergement (par cure)	Néant	100€	75€	150€

TRANSPORTS

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
38. Frais de transport (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	35%	35%	35%	35%

AMNIOCENTÈSE

Nature des frais	PRESTATIONS			
	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	MGEN Initiale	MGEN Equilibre	MGEN Référence	MGEN Intégrale
39. Amniocentèse	Néant	183€	183€	183€

NOTICE D'INFORMATION MGEN ASSISTANCE

➤ Chapitre I Garanties d'assistance

Le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire est souscrit par MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro Siren 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans - 75748 PARIS CEDEX 15) auprès de "RMA": 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, BP 62127, 44121 Vertou Cedex, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0A-TRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 PARIS CEDEX 09. Il a pour objet d'assurer les garanties d'assistance aux Membres Participants et à ses bénéficiaires conjoints relevant des articles 9, 10 et 11 des statuts de MGEN et ayant adhéré au règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance, ainsi qu'à leurs enfants vivant sous leur toit : enfants âgés de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge.

Article 1 - En cas d'hospitalisation⁽¹⁾ ou d'immobilisation au domicile

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée suite à un accident ou une maladie, vous êtes immobilisé plus de 2 jours à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire ou avec une nuit d'hospitalisation ou vous êtes hospitalisé plus de 5 jours pour maternité.

I-1 - Aide-ménagère

Une aide à domicile est mise à votre disposition au 1^{er} jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du 1^{er} jour d'immobilisation au domicile. Le nombre d'heures est évalué par RMA selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** réparties sur une **période maximale de 10 jours**, à raison de 2 heures minimum par intervention. Missions : tâches quotidiennes (ménage, préparation des repas, vaisselle, repassage et courses de proximité).

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée, vous êtes immobilisé plus de 2 jours à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire ou avec une nuit d'hospitalisation ou vous êtes immobilisé de façon imprévue plus de 5 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident.

I-2 - Présence d'un proche au chevet

RMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche en France. Ceci comprend également l'hébergement pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, **à concurrence de 92 € TTC**.

I-3 - Services de proximité

Ces services sont mis en oeuvre en France métropolitaine seulement.

I-3-1 - Livraison de médicaments

Lorsque aucun proche n'est en mesure de vous venir en aide, RMA se charge de récupérer les médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. **La garantie est limitée à une livraison sur 10 jours et le coût des médicaments reste à votre charge.**

I-3-2 - Portage de repas au domicile

Lorsque vous ne pouvez préparer vos repas et qu'aucun proche ne peut vous y aider, RMA prend en charge la livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas⁽²⁾ répartie sur 10 jours. Lors de la commande, vous trouverez écoute et aide pour composer vos repas en fonction de vos choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique...).

Un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons vous sera proposé. **Le coût des repas demeure à votre charge.**

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou programmée suite à un accident ou une maladie, vous êtes immobilisé plus de 2 jours à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire ou avec une nuit d'hospitalisation et vous avez besoin de vous organiser.

I-4 - Transfert post-hospitalisation chez un proche

RMA organise et prend en charge, en France, le transport non médicalisé (taxi, train 1^{re} classe ou avion classe éco) depuis votre domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant la sortie de l'hôpital, à concurrence de **200 € TTC par trajet aller/retour**.

Et si votre hospitalisation imprévue ou programmée est supérieure à 14 jours.

I-5 - Préparation du retour au domicile

En l'absence d'un proche présent localement, RMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile **dans la limite de 4h** pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

- **Contenu de la prestation** : réouverture du domicile (volets, eau, gaz, électricité et appareils électriques), mise en température du logement, ménage, courses (coût des courses à votre charge).

- **Conditions d'intervention** : remise d'une demande écrite de votre part, mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. Intervention dans les 24h suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48h si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, RMA organise et prend en charge le trajet aller en taxi (**100 € TTC maximum**) pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24h précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée pour la restitution des clés. Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie du bénéficiaire et sous réserve qu'il ait été missionné 48h avant la sortie de l'hôpital, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

Remarque : Les séjours dans des centres de convalescence ne sont pas considérés comme des hospitalisations, les centres de convalescence étant des structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence.

(1) Intervention limitée à 2 fois par an pour une hospitalisation programmée.

(2) Repas : déjeuner et dîner (hors petit-déjeuner).

Article 2 - En cas de perte temporaire d'autonomie (PTA)

En tant qu'assuré, vous bénéficiez de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie (PTA) et vous avez besoin d'être soutenu.

2-1 - Enveloppe de services

Dès que la survenance de la PTA est déclarée par MGEN, RMA met à disposition de l'assuré une enveloppe de services **limitée à 50 unités de consommation à utiliser sur une période maximale de 12 mois. Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.** Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins. Le nombre d'unités ne pourra être modifié dès lors que votre accord aura été donné pour la mise en oeuvre d'une ou plusieurs prestations et que celles-ci auront débuté.

Cf. Tableau "enveloppe de services et décompte en unités" en annexe I, page 51

2-2 - Bilan Situationnel par un ergothérapeute/Diagnostic Habitat

RMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute à domicile, **dans la limite d'un dossier par événement lors de la survenance de la PTA. Cette prestation est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement.**

Contenu de la prestation : évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recherche de compensations efficaces (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animale, aide humaine...);
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en oeuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

2-3 - Téléassistance

RMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de trois mois. **Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement.**

2-4 - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteur vous met en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement : envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations, établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis, vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement et est limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à votre charge.

Article 3 - Garanties dédiées aux enfants⁽¹⁾

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé de façon imprévue plus de 24h, de façon programmée plus de 2 jours, immobilisé plus de 2 jours à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire ou avec une nuit d'hospitalisation ou immobilisé de façon imprévue au domicile plus de 5 jours, suite à un accident ou une maladie et vous avez besoin d'aide pour vous occuper de vos enfants.

3-1 - Garde des enfants (< 18 ans) et enfants handicapés (sans limite d'âge)

3-1-1 - Déplacement d'un proche au domicile⁽²⁾

Déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder vos enfants au domicile.

3-1-2 - Transfert chez un proche⁽²⁾

Voyage aller-retour en France de vos enfants et de l'adulte les accompagnant, auprès de proches susceptibles de les accueillir. En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, RMA organise et prend en charge l'accompagnement de vos enfants par l'un de ses prestataires.

3-1-3 - Garde à domicile⁽²⁾

Si aucune de ces solutions ne convient, nous organisons et prenons en charge la garde de vos enfants au domicile par un intervenant habilité (hors dimanche et jour férié). **Le nombre d'heures de garde est évalué par RMA selon la situation et ne pourra excéder 10h réparties sur une période maximale de 10 jours.**

3-1-4 - Conduite à l'école

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, RMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile

par l'un de ses prestataires. La prestation est limitée à un aller-retour par jour et par enfant, dans la limite de 5 jours, répartis sur une période de 30 jours. Pour les enfants en situation de handicap, la conduite en centre spécialisé s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

3-1-5 - Conduite aux activités extrascolaires

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, RMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine et par enfant, sur une période d'un mois maximum.

- (1) Intervention limitée à 2 fois par an pour une hospitalisation programmée.
(2) Les garanties mentionnées à l'article 3.1.1, 3.1.2 et 3.1.3 ne sont pas cumulables.

Vous ou votre conjoint êtes hospitalisé de façon imprévue ou programmée plus de 2 jours, immobilisé plus de 2 jours à la suite d'une intervention chirurgicale en ambulatoire ou avec une nuit d'hospitalisation ou immobilisé au domicile plus de 5 jours, suite à un accident ou une maladie.

3-2 - Soutien scolaire chez un proche

Si votre enfant a été transféré chez un proche éloigné géographiquement de son école et si cela empêche la poursuite de sa scolarité, RMA organise et prend en charge le soutien pédagogique de l'enfant (du primaire au secondaire dans les matières principales : mathématiques, français, SVT, physique/ chimie, langues, histoire/ géo, philosophie, économie).

Cette prestation est mise en oeuvre au domicile du proche, **jusqu'à 3h par jour ouvrable par foyer, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 30 jours.**

3-3 - Aide aux devoirs

RMA organise et prend en charge le soutien pédagogique au domicile auprès de vos enfants (du primaire au secondaire dans les matières principales : mathématiques, français, SVT, physique/ chimie, langues, histoire/géographie, philosophie, économie). **Cette prestation est mise en oeuvre à raison de 2h par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés. Elle s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 30 jours.**

L'un de vos enfants est atteint d'une pathologie lourde ou doit subir un traitement long⁽³⁾ et vous avez besoin d'être accompagné.

En cas de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement long⁽³⁾, RMA organise et prend en charge les garanties ci-après, à utiliser sur 12 mois à compter de la déclaration de la pathologie ou d'une aggravation de la pathologie. Leur mise en oeuvre est soumise à la transmission préalable d'un certificat médical adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins de RMA.

3-4 - Enveloppe de services pour enfants (de moins de 18 ans) et enfants handicapés (sans limite d'âge)

À compter de la déclaration ou d'une aggravation d'une pathologie, RMA met à disposition du patient bénéficiaire une enveloppe de services. Les conditions de mise en oeuvre restent identiques à celles de l'article 2.1 (Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unités en annexe 2, page 51).

3.5 - Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat

RMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute à domicile, dans la limite d'un dossier par événement.

Cette prestation est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement.

Contenu de la prestation : évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recherche de compensations efficaces (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...),
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en oeuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

3-6 - Service travaux pour aménager le domicile

Suite au Bilan Situationnel/Diagnostic Habitat, l'Assisteur vous met en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement : envoi sur site de professionnels susceptibles d'effectuer les réparations, établissement d'un diagnostic des réparations à effectuer et d'un devis, vérification de la cohérence technique et tarifaire des devis, suivi des travaux-coûts-délais, procès-verbal de fin de travaux transmis pour contrôle.

Cette garantie est mise en oeuvre en France métropolitaine seulement et limitée à un dossier par événement. Les travaux restent à votre charge.

Article 4 - En cas de mutation professionnelle

Vous êtes muté en France et avez besoin d'aide pour vous organiser

4-1 - Aide à la recherche d'emploi du conjoint

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 du conjoint sera réalisé par le biais de 3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours.

4-2 - Aide au déménagement

RMA vous transmet, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou d'une société de garde-meubles. Le coût du déménagement et/ou du garde-meubles reste à la charge du bénéficiaire.

4.3 - Nettoyage du logement quitté

RMA organise et prend en charge le nettoyage du logement quitté, dans la limite de 500 € TTC. La garantie doit être mise en oeuvre sur une période d'un mois suivant le déménagement.

Article 5 - Informations et conseils

5-1 - Informations juridiques site WEB

RMA propose un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24h/24 et 7j/7. Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers-types, fiches pratiques et de rapports de suivis.

5-2 - Informations administratives, sociales, juridiques et vie pratique

En complément du service web, pour les assurés souhaitant obtenir des informations à caractère général, RMA met à leur disposition, du lundi au vendredi de 9h à 18h, hors jours fériés, un service téléphonique d'informations juridiques et vie pratique pour apporter des réponses en matière de droit français.

À titre d'exemple : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

Ce service téléphonique est accessible dans la limite d'une fois par an.

Article 6 - Faits générateurs

Les garanties s'appliquent en cas :

- d'accident ou de maladie entraînant la survenance d'une hospitalisation imprévue ou programmée ou d'une immobilisation au domicile,
- de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit d'hospitalisation et entraînant une immobilisation au domicile,
- de séjour prolongé à la maternité,
- de perte temporaire d'autonomie,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde,
- de survenance ou d'aggravation d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,
- de mutation professionnelle.

Ceci dans les conditions spécifiées à chaque article.

(3) Traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie.

ANNEXE I - ENVELOPPE ADULTES (Article 2-1)

ENVELOPPE ADULTE MALADE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Présence d'un proche	1 trajet aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	2 unités
Livraison de courses	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien de jardin	1 heure	1 unité
Garde d'enfants	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 transport aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite activités extrascolaires	1 transport aller et/ou retour par jour	4 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

ANNEXE 2 - ENVELOPPE enfants (Article 3-4)

ENVELOPPE ADULTE MALADE	UNITÉ DE MESURE	VALEUR UNITAIRE
Présence d'un proche	1 trajet aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour	4 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Portage de repas	1 livraison	1 unité
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Garde d'enfants malades	1 heure	2 unités

* Dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 92 €.

RMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant : 09 72 72 27 28

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. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué. Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, RMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes. L'urgence, qui justifie l'intervention de RMA se trouvant atténuée en cas de séjour dans un centre de convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire

Article 7 - Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et, par assimilation, aux principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane et Mayotte). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en oeuvre dans les conditions suivantes : si le domicile de l'assuré est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine, si le domicile de l'assuré est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'assuré.

Article 8 - Prise d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet au jour de l'adhésion au règlement MGEN Santé Prévoyance et cessent le 31 décembre suivant. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par durée d'une année, à chaque 1^{er} janvier. La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date à laquelle l'assuré perd la qualité de Membre Participant ou de bénéficiaire conjoint du souscripteur. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par RMA,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou l'assureur. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par RMA,
- en cas de non-paiement de la prime par le souscripteur,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'assuré.

Article 9 - Montant de la prime

Les garanties sont accordées moyennant le paiement d'une prime annuelle égale à une cotisation de 3,30 € HT soit 3,60 € TTC par assuré. Pour l'assuré ouvrant droit aux prestations de MGEN en cours d'année, la prime est calculée en fonction d'une cotisation au prorata du nombre de mois restant à courir sur l'année d'adhésion.

pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par RMA ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties. Dès lors que RMA n'est pas en mesure de mettre en oeuvre les garanties dans un des DROM** listés ci-après à la rubrique TERRITORIALITÉ, RMA s'engage à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. **RMA 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, RMA pourrait apprécier leur prise

en charge, sur justificatifs. **En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en oeuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.**

** Département et Région d'Outre-Mer.

Article 10 - Paiement de la prime

Le souscripteur est chargé auprès des assurés de la collecte des primes. À l'égard de l'assureur, seul le souscripteur est tenu au paiement de la prime. Le défaut de paiement d'une prime annuelle ou d'un prorata donne lieu, 10 jours après échéance, à une mise en demeure. En cas de non-paiement, 30 jours après mise en demeure, la garantie est suspendue. L'adhésion est résiliée 10 jours après la suspension si la prime n'a toujours pas été acquittée (article L221-8 du Code de la mutualité).

Article 11 - Pièces justificatives

RMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...). De la même façon, RMA pourra demander au bénéficiaire l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

➤ Chapitre 2 Conditions d'application

Article 1 - Subrogation

RMA est subrogée, à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par RMA ; c'est-à-dire que RMA effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportuniste.

Article 2 - Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à RMA afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut

prétendre. Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires de RMA, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à MGEN à l'exception des données à caractère médical susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse du bénéficiaire à RMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant les connaître pour accomplir la mission de soins confiée par RMA.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, le bénéficiaire libère RMA ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès de RMA. Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à :

**OPPOSETEL – Service Bloctel –
06 rue Nicolas Siret
10000 TROYES,**

ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Article 3 - Réticence ou fausse déclaration

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, RMA 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.

Article 4 - Refus du Bénéficiaire

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil, 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.

Article 5 - Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence**, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où RMA en a eu connaissance,
- **en cas de sinistre**, que du jour où le bénéficiaire en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire contre RMA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du Code de procédure civile ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par RMA au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire à RMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, RMA et le bénéficiaire ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 6 - Réclamation et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

**RMA - Direction des opérations -
46 rue du Moulin - BP 62127 -
44121 Vertou Cedex.**

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15

Article 7 - Délai de demande d'assistance

RMA apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-après.

Principe : Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute demande d'assistance, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent : une immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Exception : Pour la garantie Aide à Domicile, le délai de demande d'assistance est de 10 jours à compter d'une immobilisation au domicile ou de la sortie d'une hospitalisation. Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

Pour les garanties dont bénéficient les enfants en cas de pathologie lourde ou de pathologie entraînant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, le délai de demande d'assistance est de 30 jours à compter de la survenance ou de l'aggravation d'une pathologie. Passé ce délai, les garanties seront mises en place au prorata des jours restants.

➤ Chapitre 3

Limitations - exclusions à l'application des garanties

Article 1 - Infraction

RMA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat. RMA 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.

Article 2 - Force majeure

RMA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Article 3 - Exclusions

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties les hospitalisations : dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques ; liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions dues à des maladies ; liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles et à leurs conséquences. De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcool ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

DÉFINITIONS

Accident Corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Assurés

Le Membre Participant et le bénéficiaire conjoint adhérent à l'offre MGEN Santé Prévoyance.

Bénéficiaire conjoint

Défini à l'article 10 - I des statuts MGEN et nommé désigné au fichier.

Bénéficiaires des garanties

Le Membre Participant ainsi que le bénéficiaire conjoint et les enfants vivant sous son toit : enfants de moins de 18 ans et enfants en situation de handicap sans limite d'âge.

Centre de convalescence

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.

Chirurgie ambulatoire

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie n'incluant pas de nuit d'hospitalisation.

Conjoint

Conjoint de droit ou de fait vivant sous le même toit que le Membre Participant.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France

France métropolitaine (et, par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, La Réunion, Guyane et Mayotte).

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé consécutif à une maladie ou un accident incluant au moins une nuit.

Hospitalisation imprévue

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Hospitalisation programmée

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

Immobilisation

L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

Intervention chirurgicale

Acte de chirurgie réalisé au bloc opératoire sous anesthésie, incluant une seule nuit d'hospitalisation.

Liste des pathologies lourdes

Leucémie, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathie, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux, pathologie nécessitant un traitement par radiochimiothérapie et certaines polypathologies (associations de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins de l'Assisteur.

Maladie

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue : Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente. En cas d'hospitalisation programmée : Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Parents

Le Membre Participant et le conjoint.

PTA

Perte Temporaire d'Autonomie, prestation versée par MGEN.

Téléassistance

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.

NOTICE D'INFORMATION CAUTION ACQUISITION MGEN

Article 1 - Objet de la garantie

La garantie caution acquisition (ci-après désignée la caution) a pour objet d'accorder la caution de MGEN (ci-après désignée le Garant) à l'organisme prêteur désigné à l'article 3.3 en couverture du remboursement des prêts immobiliers (capital, intérêts, accessoires) contractés par le membre participant de MGEN (ci-après désigné l'emprunteur).

La caution est un engagement de caution solidaire régi par les articles 2288 et suivants du Code civil et par l'article L. 111-1 du Code de la mutualité. L'organisme prêteur bénéficiaire de cette garantie appelle MGEN en règlement lorsque l'emprunteur et le co-emprunteur, qui ont satisfait aux formalités d'admission à la garantie, ne peuvent plus faire face à leur obligation de remboursement. Le Garant pourra ensuite exiger de ces derniers le remboursement des sommes versées par tous les moyens de droit.

Article 2 - Groupe assuré

Le Groupe comprend les membres participants de MGEN remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être fonctionnaire titulaire/stagiaire, salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée), ou retraité titulaire d'une pension ayant satisfait aux formalités d'admission à la garantie ou membres participants jeunes ;
- être couvert au titre d'une des offres suivantes : MGEN Santé Prévoyance, ÔJI, MGEN International Santé Prévoyance, MGEN DUO ou MGEN Alternative Santé Prévoyance.

Le co-emprunteur et la caution personne physique peuvent demander l'adhésion à la garantie. Pour les couples mariés sous le régime de la séparation de biens ou de la participation aux acquêts et pour les concubins, l'achat doit être fait en indivision et la répartition précisée dans le dossier de demande. La caution n'est accordée que si les co-indivisaires sont cautions solidaires réciproques.

Pour les couples mariés sous le régime de la communauté réduite aux acquêts ou de la communauté universelle et pour les couples ayant conclu un PACS, le conjoint doit être co-emprunteur solidaire ou caution solidaire.

Un membre participant en instance de divorce ne peut bénéficier du cautionnement du Garant que s'il est marié sous le régime de la séparation de biens.

L'emprunteur et co-emprunteur ont reconnu avoir pris connaissance des dispositions de la présente notice qui leur a été remise.

Toute fausse déclaration entraîne un refus immédiat à la garantie et supprime l'obtention de la caution pour toute demande ultérieure.

Article 3 - Champ d'application de la caution

3-1 - Opérations immobilières

Seuls les prêts immobiliers destinés au financement d'une acquisition, construction, amélioration de l'habitat ou rachat de prêts immobiliers, d'un bien se rapportant à la liste définie ci-dessous, peuvent être objet de la caution :

- la résidence principale, la résidence secondaire, la résidence de retraite,
- la résidence pour enfant étudiant à charge au sens du Code général des impôts ou bénéficiaire d'une pension alimentaire apparaissant sur l'avis d'imposition du demandeur. La résidence doit se situer dans la ville ou sa périphérie où l'enfant poursuit ses études,
- la résidence pour enfant en situation de handicap,
- la résidence à usage gracieux pour ascendant au 1^{er} degré, à charge en raison de sa situation financière ou de son état de santé,
- l'acquisition d'un terrain destiné à la construction de la rési-

dence, à condition que l'emprunteur puisse justifier de disposer des fonds nécessaires au financement de la construction et des justificatifs attestant du projet de construction,

- l'acquisition d'un terrain non constructible rattaché à la résidence principale, permettant d'agrandir l'espace de vie,
- la piscine ou le terrain de tennis rattaché(e) à la résidence principale,
- la résidence acquise auprès d'une Société Civile Immobilière de construction vente à la condition expresse que ladite société soit dissoute dès l'acquisition du bien par le membre participant.

Dans la liste ci-dessus, on entend par « résidence » la maison ou l'appartement à usage d'habitation. Cependant, dans le cas de la résidence principale, est également visée la péniche à usage d'habitation.

Les opérations immobilières destinées à la location même temporaire de la résidence sont exclues du champ d'application de la caution.

Le bien immobilier doit être situé en France métropolitaine, ou dans les départements d'Outre-Mer. Les biens situés dans un pays d'Outre-Mer ou à l'étranger n'entrent pas dans le champ d'application de la caution.

3-2 - Prêts cautionnables

Le prêt cautionné doit appartenir à l'une des trois catégories définies ci-dessous :

- prêt à taux fixe et à échéances constantes,
- prêt à taux fixe et à échéances progressives,
- prêt à taux variables,
- prêt modulable,
- prêt avec amortissement différé partiel ou total, avec amortissement constant et/ou pallier,
- prêt à taux zéro plus (PTZ plus).

Peuvent également être garantis les prêts relais d'une durée inférieure ou égale à 24 mois. **Les prêts relais supérieurs à deux ans, les prêts non amortissables (prêts « in fine ») sont totalement exclus de la garantie.**

La durée du (des) prêt(s) objet(s) de la caution ne doit pas excéder 30 ans.

Peuvent également être garantis les crédits à la consommation affectés au financement de travaux d'un montant inférieur ou égal à 75 000 euros.

3-3 - Organismes prêteurs

Les organismes prêteurs bénéficiaires de la caution sont les établissements de crédit, avec lesquels le garant a conclu une convention en vigueur au jour de l'étude du dossier, à savoir :

- les Caisses d'Épargne Ecuveuil,
- BNP Paribas Personal Finances,
- la CASDEN - Banque Populaire,
- la Banque Postale,
- le Crédit Mutuel Enseignant des départements des Côtes-d'Armor, Meurthe-et-Moselle, Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin et Vosges.

Article 4 - Prise d'effet et durée de la caution

La caution est accordée à compter de la date d'effet du contrat d'assurance de prêt(s) et jusqu'au terme du(des) prêt(s) objet(s) de la caution, dans la limite de 30 ans. **En tout état de cause, la garantie cesse à la veille du 76^e anniversaire de l'emprunteur et/ou du co-emprunteur.**

Article 5 - Étendue de la caution

La caution couvre le montant des prêts relatifs à l'opération immobilière, telle que définie à l'article 3.1, dans la limite d'un montant fixé à 1 000 000 euros.

Dans le cas où l'emprunteur et/ou le co-emprunteur demandent à bénéficier d'une nouvelle caution pour une autre opération immobilière, le montant plafond de 1 000 000 euros sera minoré du montant de capital restant dû au titre des autres opérations immobilières en cours cautionnées par le garant.

Article 6 - Conditions d'attribution de la caution

Pour demander à bénéficier de la caution, l'emprunteur et le co-emprunteur doivent constituer un dossier composé des éléments demandés par la section départementale. Ils doivent en outre répondre aux conditions suivantes :

6-1 - Conditions d'âge

L'emprunteur et le co-emprunteur doivent être âgés de moins de 70 ans lors de la demande de caution.

6-2 - Conditions financières

Sont prises en compte dans le cadre de l'analyse financière du dossier, les ressources de l'emprunteur et si nécessaire les ressources du co-emprunteur si ce dernier justifie de la qualité de fonctionnaire titulaire/stagiaire ou de salarié bénéficiaire d'un contrat à durée indéterminée (la période d'essai doit être achevée) ou de retraité titulaire d'une pension.

En cas de co-acquéreurs qui ne sont pas co-emprunteurs du prêt cautionné, ceux-ci doivent se porter caution solidaire dudit prêt.

Le Garant procède à l'étude financière du dossier au regard notamment des critères financiers suivants :

- les charges de l'emprunteur et du co-emprunteur (6.2.1),
- les ressources de l'emprunteur, et le cas échéant du co-emprunteur (6.2.2),
- le quotient familial (6.2.3),
- l'apport personnel (6.2.4).

6-2-1 - Charges

- les remboursements des prêts objet de la caution,
- les remboursements des prêts non objet de la caution, mais liés à l'opération,
- les remboursements des crédits en cours non liés à l'opération cautionnée,
- les pensions et allocations versées par l'emprunteur ou le co-emprunteur (pensions alimentaires, prestations compensatoires, autres pensions...),
- les loyers et charges locatives.

6-2-2 - Ressources

- les traitements ou salaires, les pensions de retraite et les indemnités ou primes à caractère récurrent,
- les revenus locatifs pris en compte à hauteur de 75 % des revenus issus des biens mis en location,
- les prestations familiales à condition qu'elles soient versées sur toute la durée du prêt.

6-2-3 - Quotient familial

Le nombre de personnes au sein du foyer (notamment le nombre d'enfants) est pris en compte dans l'étude financière du dossier.

6-2-4 - Apport personnel

Un apport personnel est exigé de la part des emprunteurs dans le cas où le montant des prêts est supérieur à 130 000 euros.

Cet apport personnel ne peut être constitué par un recours à l'emprunt (sauf s'il s'agit d'un prêt d'épargne logement, prêt à taux zéro plus et 1 % patronal).

Son montant, exprimé en pourcentage du coût total de l'opération (frais de notaire et d'agence compris), est fixé à 10 %.

6-3 - Condition d'assurance

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent bénéficier pour les prêts, objet de la caution, des assurances en couverture des risques Incapacité, Invalidité, Perte totale et irréversible d'autonomie et le cas échéant l'invalidité AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) et Décès, souscrites par le Garant auprès de CNP assurances, ou à défaut présentant un niveau de garanties équivalentes.

L'emprunteur, le co-emprunteur, la caution personne physique, doivent être obligatoirement assurés selon leur quote part respective dont la somme doit atteindre au minimum 100% des montants cautionnés.

Après étude des conditions de ressources, le Garant pourra demander à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur d'adhérer au contrat perte d'emploi souscrit par Garant auprès de CNP Assurances.

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur, cotisant à Pôle Emploi ou à une caisse équivalente au sens du Code du travail, devra (devront) obligatoirement souscrire ledit contrat d'assurance perte d'emploi si le Garant l'exige.

6-4 - Condition de propriété

Le membre participant doit ou devra être propriétaire au moins à hauteur de 50 % du bien objet de la caution.

Article 7 - Décision d'attribution de la caution

Après étude du dossier au regard des critères juridiques, administratifs, et financiers, mentionnés dans la présente notice, le Garant notifie sa décision d'accord ou de refus au membre participant emprunteur. À cet effet, il s'appuie sur l'étude des documents juridiques et financiers fournis par l'emprunteur dans le cadre de la constitution du dossier. L'engagement de caution est adressé par l'emprunteur et le co-emprunteur à l'établissement de crédit bénéficiaire.

Article 8 - Cotisation

La caution est accordée moyennant l'encaissement d'une cotisation.

Le montant de cette cotisation est calculé en appliquant à chaque tranche de montant emprunté, les taux de cotisation suivants :

- de 0 à 80 000 euros, le montant de la cotisation est de 250 euros intégrant les frais de dossier,
- de 80 000 à 130 000 euros, le taux de cotisation est de 0,90 % (frais de dossier inclus),
- de 130 000 à 1 000 000 euros, le taux de cotisation est de 1,2 % (frais de dossier inclus).

Exemples :

- pour un prêt de 60 000 euros, le montant de la cotisation s'éleva à 250 euros,
- pour un prêt de 110 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $250 \text{ €} + [(110\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,90 \text{ \%}] = 520 \text{ €}$,
- pour un prêt de 250 000 euros, le montant de la cotisation sera calculé selon les modalités suivantes : $250 \text{ €} + [(130\,000 \text{ €} - 80\,000 \text{ €}) \times 0,90 \text{ \%}] + [(250\,000 \text{ €} - 130\,000 \text{ €}) \times 1,2 \text{ \%}] = 2\,140 \text{ €}$

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance en couverture des prêts (risques décès, PTIA, ITT et/ou perte d'emploi), autre que le contrat souscrit par le garant auprès de CNP Assurances, d'un niveau de garanties équivalent à ce dernier, de le montant de la cotisation sera multiplié par deux.

La caution est payable en une seule fois par prélèvement automatique sur le compte du membre participant au moment de la date d'effet de l'adhésion au présent contrat.

En cas de remboursement anticipé du (des) prêt(s), la cotisation n'est pas remboursable.

En cas de non paiement, le garant pourra recouvrer la cotisation par voie amiable et contentieuse indifféremment auprès de l'emprunteur ou du co-emprunteur, tenus solidairement.

Article 9 - Engagement des parties

9-1 - Promesse d'inscription d'hypothèque conventionnelle

Lors de la demande d'adhésion à la caution, l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à renseigner et signer la promesse d'affectation hypothécaire au profit du Garant sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s).

Au cours du (des) prêt(s) cautionnés, l'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur s'engagent à inscrire ladite hypothèque à leurs frais et à la première demande du Garant dans les cas suivants :

- non paiement de trois échéances consécutives du (des) prêt(s) cautionné(s),
- inscription de garanties (hypothèque,...), consenties ou non, sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s),
- changement de statut professionnel entraînant la radiation du contrat perte d'emploi,
- maintien de l'engagement de caution par le Garant suite au rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la notice d'information ou au transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière (art.10 alinéa 3)

9-2 - Règlement des cotisations

L'emprunteur et/ou le co-emprunteur s'engagent à régler les cotisations appelées au titre de la garantie.

9-3 - Obligation d'information

Les emprunteurs et le coacquéreur s'engagent à informer le Garant de toute inscription de sûreté réelle (hypothèque) sur le bien cautionné consentie au profit d'un tiers.

L'emprunteur, le co-emprunteur et le coacquéreur, s'engagent également en cours de prêt à ne pas consentir d'hypothèque au profit de tiers sur le bien objet du (des) prêt(s) cautionné(s), sans avoir obtenu au préalable l'accord du Garant, et à avertir ce dernier en cas d'inscription d'hypothèque judiciaire.

Article 10 - Mise en jeu de la caution

La caution ne peut être mise en jeu qu'à la condition que le contrat de prêt conclu entre l'organisme prêteur, l'emprunteur et le co-emprunteur soit valablement formé et que ces derniers soient assurés pour les risques Décès, PTIA et ITT conformément à l'article 6.3.

Lorsque la caution est actionnée, le Garant se substitue à l'emprunteur et au co-emprunteur dans tout ou partie de leurs obligations à l'égard de l'organisme prêteur, dans les conditions et limites définies par la présente notice.

Une fois la substitution intervenue, le Garant, conformément aux articles 2305 et 2306 du Code civil, dispose d'un recours contre l'emprunteur et le co-emprunteur défaillants pour recouvrer sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Il pourra également recouvrer cette somme contre le co-acquéreur qui s'est engagé à garantir la créance du Garant le cas échéant.

Le garant pourra inscrire une hypothèque sur le bien objet du (des) prêt(s) ou sur tout autre bien immobilier, appartenant à l'emprunteur et/ou au co-emprunteur, ce afin de garantir sa créance, en capital, intérêts, frais et accessoires.

Article 11 - Cessation de la caution

La caution devient caduque en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- remboursement à terme du ou des prêts cautionnés,
- remboursement anticipé total des prêts cautionnés,
- non acceptation par l'emprunteur de l'offre préalable de crédit à l'issue des délais légaux,
- caducité, nullité, résolution ou novation du (des) contrat(s) de prêt objet(s) de la caution,
- rachat du ou des prêts par un organisme autre que ceux cités à l'article 2.3 de la présente notice d'information,
- modification de l'offre de prêt n'ayant pas fait l'objet d'un agrément par le Garant,

- non conclusion, nullité ou résolution de l'opération immobilière pour laquelle le(s) prêt(s) a (ont) été demandé(s).

La caution s'éteint également pour les causes normales d'extinction du cautionnement, telles que prévues par la loi.

La survenance de l'un des événements suivants :

- rachat du prêt cautionné par un nouvel organisme partenaire cité à l'article 3.3 de la présente notice,
- transfert ultérieur du bien vers une Société Civile Immobilière,
- renégociation du (des) prêts cautionné(s) auprès du même organisme prêteur, entraîne une nouvelle étude du dossier par le Garant qui peut aboutir soit au maintien de l'engagement caution (éventuellement sous réserve de l'inscription de l'hypothèque prévue à l'article 9 du présent règlement et dans les mêmes conditions), soit à l'extinction de l'engagement de caution.

Les emprunteurs s'engagent à avertir sans délai le Garant de la survenance de l'un de ces événements.

Article 12 - Confidentialité

Le garant s'engage à traiter comme confidentielles les informations qu'il aura reçues des emprunteurs dans le cadre de l'exécution des services de caution, d'assurance de prêts et de chômage.

Article 13 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR - 4, Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 14 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - CS 10601, La Verrière, 6 bis avenue Joseph Rollo, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex.

Article 15 - Réclamation-Médiation

Pour toute réclamation, l'emprunteur et le co-emprunteur peuvent s'adresser à la mutuelle :

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

Si l'emprunteur et le co-emprunteur sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

NOTICE D'INFORMATION GARANTIE INVALIDITÉ ADDITIONNELLE AU RÉGIME COREM

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie invalidité additionnelle au régime Corem

• Lexique

Le membre participant : personne qui adhère à la garantie invalidité additionnelle au Corem et acquiert la qualité de membre participant de MGEN au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, RNM n° 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : personne qui a adhéré à MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Article 1 - Objet de la Garantie

La Garantie invalidité additionnelle au Corem, a pour objet d'assurer, en cas d'invalidité du membre participant ou du bénéficiaire conjoint, la continuité du plan de retraite dans lequel il s'est engagé.

Article 2 - Conditions d'adhésion à la garantie

L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN et bénéficiaires conjoints MGEN en activité ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans.

Une demande d'adhésion présentée en cours d'arrêt de travail ou en période d'invalidité n'est pas recevable.

Article 3 - Prise d'effet de l'adhésion

Sous réserve du paiement de la première cotisation, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'adhésion jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

Un délai d'attente de 3 ans à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation et entraîne la résiliation de l'adhésion de plein droit sans remboursement des cotisations. L'évènement matérialisant la réalisation du risque est la date de classement en invalidité.

Article 4 - Cessation de la Garantie

Le droit à garantie cesse à la date de survenance d'un des évènements suivants :

- la liquidation des droits à pension vieillesse du membre participant,
- la liquidation des droits à rente du produit Corem,
- la résiliation du membre participant conformément à l'article II de la présente notice,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le décès du membre participant,
- la réalisation du risque.

Article 5 - Bénéficiaire de la prestation

La prestation est versée à l'adhérent à la garantie lorsqu'il est contraint, pour cause d'invalidité, de cesser son activité professionnelle, c'est-à-dire :

- s'il est fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une retraite d'invalidité,
- s'il est stagiaire de la fonction publique ou non fonctionnaire, quand il vient à bénéficier d'une pension d'invalidité Sécurité sociale avec classement en groupe 2 ou 3.

Article 6 - Obligations déclaratives et nullité de l'adhésion

Le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle tout changement de situation professionnelle (cessation d'activité, suspension du contrat de travail) dans le mois qui suit ce changement.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener la mutuelle à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L. 221-14 du code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises à la mutuelle qui aura droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 7 - Montant de la prestation

La Garantie prévoit la prise en charge, par MGEN, du montant des versements effectués sur le Corem par l'adhérent à la Garantie. Le montant de la prestation annuelle correspond à la moyenne annuelle des versements de cotisations effectués sur le Corem au cours des trois dernières années civiles, hors rachat de cotisations défiscalisées, sur lesquels une cotisation au titre de la Garantie a été acquittée.

La prestation est versée trimestriellement à terme échu.

Article 8 - Fin de versement de la prestation

Le versement de la prestation prend fin à la date de survenance du premier des évènements suivants :

- la liquidation par le membre participant de ses droits à rente du produit Corem,
- le 60^e anniversaire du membre participant,
- le passage de la pension d'invalidité en 1^{re} catégorie Sécurité sociale
- la reprise d'une activité professionnelle,
- le décès du membre participant.

Article 9 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas d'invalidité, le membre participant doit constituer un dossier de demande de prestation auprès de sa section départementale accompagné des pièces justificatives suivantes :

- pour les fonctionnaires, copie de la notification de mise en retraite pour invalidité par l'Administration,
- pour les non fonctionnaires, copie du classement en invalidité par la Sécurité sociale de 2^e ou 3^e catégorie.

La demande doit être formulée dans un délai de 12 mois à compter de la date de classement en invalidité. Passé ce délai et pendant 12 mois suivants, le versement de la prestation débute à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant **la date de réception de la demande** sous réserve que l'ensemble des conditions soit réuni.

En cours de service, la mutuelle peut solliciter de nouveau des pièces justificatives.

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

Article 10 - Risques exclus

Les sinistres résultant de faits intentionnellement causés ou provoqués par le membre participant ne sont pas garantis.

Article 11 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 3,20 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements au régime Corem par l'adhérent, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations* au Corem des trois dernières années civiles précédant l'année d'arrêt des versements. Ce taux est fixé à 3,20 %.

* hors rachat de cotisations défiscalisées permis par le régime Corem.

En cas de versement de la prestation, la mutuelle exonère le membre participant du paiement des cotisations.

Article 12 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 13 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR - Centre de gestion MGEN - BP 7322, 44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 14 - Information des membres participants

En application de l'article 64 des statuts de MGEN, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 15 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 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,
- 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.

Article 16 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle :

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

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

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

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

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

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

Article 17 - Autorité chargée du contrôle des mutuelles

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR - 4, Place de Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Article 18 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - CS 10601, La Verrière, 6 bis avenue Joseph Rollo, 78321 Le Mesnil-Saint-Denis Cedex.

Annexe 2 - Tableaux des cotisations

	ACTIF ^{(1) (2)}							
	Cotisation calculée sur la base brute fiscale de l'ensemble des employeurs							
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	À partir de 60 ans
MGEN Initiale	1,68%	2,00%	2,23%	2,70%	2,82%	2,96%	3,04%	3,31%
Cotisation plancher annuelle	258€	384€	390€	393€	396€	399€	402€	408€
Cotisation plafond annuelle	864€	1 389€	1 389€	1 389€	1 389€	1 389€	1 389€	1 389€
MGEN Equilibre Actif	2,20%	2,89%	2,96%	3,23%	3,35%	3,49%	3,56%	3,84%
Cotisation plancher annuelle	402€	534€	540€	543€	549€	552€	558€	564€
Cotisation plafond annuelle	1 422€	1 764€	1 770€	1 779€	1 788€	1 797€	1 806€	1 818€
MGEN Equilibre Actif Renforcée	2,56%	3,25%	3,38%	3,79%	3,87%	4,06%	4,09%	4,49%
Cotisation plancher annuelle	402€	534€	540€	543€	549€	552€	558€	564€
Cotisation plafond annuelle	1 659€	2 058€	2 067€	2 079€	2 088€	2 097€	2 109€	2 124€
MGEN Référence Actif	2,23%	2,92%	2,94%	3,08%	3,18%	3,29%	3,33%	3,58%
Cotisation plancher annuelle	393€	522€	528€	531€	537€	540€	546€	552€
Cotisation plafond annuelle	1 410€	1 749€	1 752€	1 758€	1 764€	1 767€	1 773€	1 782€
MGEN Référence Actif Renforcée	2,57%	3,26%	3,33%	3,60%	3,67%	3,82%	3,83%	4,18%
Cotisation plancher annuelle	393€	522€	528€	531€	537€	540€	546€	552€
Cotisation plafond annuelle	1 644€	2 040€	2 046€	2 052€	2 058€	2 064€	2 070€	2 079€
MGEN Intégrale Actif	2,66%	3,47%	3,49%	3,66%	3,78%	3,89%	3,96%	4,25%
Cotisation plancher annuelle	465€	666€	672€	678€	684€	690€	699€	705€
Cotisation plafond annuelle	1 635€	2 028€	2 037€	2 046€	2 058€	2 067€	2 076€	2 094€
MGEN Intégrale Actif Renforcée	3,00%	3,81%	3,88%	4,19%	4,27%	4,43%	4,46%	4,86%
Cotisation plancher annuelle	465€	666€	672€	678€	684€	690€	699€	705€
Cotisation plafond annuelle	1 908€	2 364€	2 376€	2 388€	2 400€	2 412€	2 424€	2 442€
MGEN Prévoyance Actif	0,63%	0,67%	0,75%	1,07%	1,07%	1,40%	1,40%	1,40%
Cotisation plancher annuelle	114€	183€	183€	186€	189€	189€	192€	192€
Cotisation plafond annuelle	429€	654€	660€	666€	669€	675€	681€	687€
MGEN Prévoyance Actif Renforcée	1,01%	1,04%	1,18%	1,65%	1,65%	2,07%	2,07%	2,07%
Cotisation plancher annuelle	114€	183€	183€	186€	189€	189€	192€	192€
Cotisation plafond annuelle	669€	948€	957€	966€	972€	981€	990€	1 002€

+ 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

**ACTIF
BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE (2)**

Cotisation calculée sur la base brute fiscale de l'ensemble des employeurs

	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	À partir de 60 ans
MGEN Initiale	0,91 %	1,14 %	1,16 %	1,51 %	1,53 %	1,64 %	1,67 %	1,78 %
Cotisation plancher annuelle	138 €	243 €	246 €	246 €	249 €	252 €	255 €	255 €
Cotisation plafond annuelle	468 €	882 €	882 €	882 €	882 €	882 €	882 €	882 €
MGEN Equilibre Actif	1,42 %	1,79 %	1,89 %	1,97 %	2,02 %	2,08 %	2,16 %	2,33 %
Cotisation plancher annuelle	159 €	282 €	285 €	288 €	288 €	291 €	294 €	297 €
Cotisation plafond annuelle	477 €	900 €	903 €	909 €	912 €	918 €	921 €	930 €
MGEN Equilibre Actif Renforcée	1,78 %	2,14 %	2,29 %	2,53 %	2,55 %	2,65 %	2,71 %	2,97 %
Cotisation plancher annuelle	159 €	282 €	285 €	288 €	288 €	291 €	294 €	297 €
Cotisation plafond annuelle	555 €	1 050 €	1 056 €	1 059 €	1 065 €	1 071 €	1 077 €	1 083 €
MGEN Référence Actif	1,43 %	1,80 %	1,84 %	1,89 %	1,92 %	1,98 %	2,03 %	2,20 %
Cotisation plancher annuelle	156 €	276 €	279 €	282 €	282 €	285 €	288 €	291 €
Cotisation plafond annuelle	471 €	891 €	894 €	897 €	900 €	903 €	906 €	909 €
MGEN Référence Actif Renforcée	1,76 %	2,13 %	2,22 %	2,42 %	2,42 %	2,52 %	2,53 %	2,81 %
Cotisation plancher annuelle	156 €	276 €	279 €	282 €	282 €	285 €	288 €	291 €
Cotisation plafond annuelle	552 €	1 041 €	1 044 €	1 047 €	1 050 €	1 053 €	1 056 €	1 062 €
MGEN Intégrale Actif	1,64 %	2,09 %	2,13 %	2,16 %	2,19 %	2,26 %	2,32 %	2,49 %
Cotisation plancher annuelle	183 €	327 €	330 €	333 €	333 €	336 €	339 €	342 €
Cotisation plafond annuelle	549 €	1 038 €	1 044 €	1 047 €	1 053 €	1 059 €	1 065 €	1 071 €
MGEN Intégrale Actif Renforcée	2,00 %	2,44 %	2,54 %	2,73 %	2,73 %	2,84 %	2,87 %	3,14 %
Cotisation plancher annuelle	183 €	327 €	330 €	333 €	333 €	336 €	339 €	342 €
Cotisation plafond annuelle	642 €	1 212 €	1 218 €	1 224 €	1 230 €	1 236 €	1 242 €	1 251 €
MGEN Prévoyance Actif	0,63 %	0,67 %	0,75 %	1,07 %	1,07 %	1,40 %	1,40 %	1,40 %
Cotisation plancher annuelle	114 €	183 €	183 €	186 €	189 €	189 €	192 €	192 €
Cotisation plafond annuelle	429 €	654 €	660 €	666 €	669 €	675 €	681 €	687 €
MGEN Prévoyance Actif Renforcée	1,01 %	1,04 %	1,18 %	1,65 %	1,65 %	2,07 %	2,07 %	2,07 %
Cotisation plancher annuelle	114 €	183 €	183 €	186 €	189 €	189 €	192 €	192 €
Cotisation plafond annuelle	669 €	948 €	957 €	966 €	972 €	981 €	990 €	1 002 €

+ 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

	RETRAITÉ ^{(1) (2)}		RETRAITÉ BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE ⁽²⁾	
	Cotisation calculée sur l'ensemble des pensions personnelles des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires obligatoires			
	Moins de 70 ans	À partir de 70 ans	Moins de 70 ans	À partir de 70 ans
MGEN Initiale	4,12%	4,29%	2,03%	2,15%
Cotisation plancher annuelle	489€	489€	138€	243€
Cotisation plafond annuelle	1 389€	1 389€	468€	882€
MGEN Équilibre Retraité	4,89%	5,13%	2,75%	2,82%
Cotisation plancher annuelle	627€	627€	162€	288€
Cotisation plafond annuelle	1 818€	1 827€	492€	933€
MGEN Référence Retraité	4,36%	4,54%	2,48%	2,52%
Cotisation plancher annuelle	600€	600€	156€	276€
Cotisation plafond annuelle	1 782€	1 791€	480€	915€
MGEN Intégrale Retraité	5,25%	5,47%	2,92%	2,99%
Cotisation plancher annuelle	681€	681€	186€	333€
Cotisation plafond annuelle	2 094€	2 103€	567€	1 077€
MGEN Prévoyance Retraité	0,51%	0,63%	0,51%	0,63%
Cotisation plancher annuelle	84€	84€	84€	84€
Cotisation plafond annuelle	276€	279€	276€	279€

+ 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

	MEMBRE PARTICIPANT ASSOCIÉ											
	Cotisation sur la base d'un forfait annuel											
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	354€	369€	402€	615€	654€	675€	696€	717€	735€	744€	756€	783€
MGEN Équilibre Affinité	483€	579€	648€	747€	789€	798€	816€	831€	852€	864€	876€	912€
MGEN Référence Affinité	453€	543€	606€	702€	738€	744€	762€	774€	792€	804€	822€	849€
MGEN Intégrale Affinité	534€	648€	720€	822€	873€	879€	897€	909€	930€	939€	957€	981€
MGEN Équilibre	453€	549€	633€	717€	738€	741€	744€	750€	771€	792€	825€	873€
MGEN Référence	426€	513€	582€	663€	687€	690€	699€	711€	717€	738€	765€	795€
MGEN Intégrale	504€	618€	708€	789€	819€	822€	825€	831€	849€	864€	906€	939€
MGEN Prévoyance Affinité	36€	39€	45€	48€	57€	72€	81€	90€	105€	117€	141€	168€

Dont 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

(1) Le détail de la ventilation de la cotisation globale figure page 59 de la présente annexe

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

MEMBRE PARTICIPANT ASSOCIÉ BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE
Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	234€	246€	270€	402€	432€	444€	456€	474€	486€	495€	507€	537€
MGEN Equilibre Affinité	327€	396€	438€	498€	528€	537€	549€	582€	597€	609€	621€	654€
MGEN Référence Affinité	309€	372€	411€	471€	498€	501€	513€	546€	561€	570€	582€	609€
MGEN Intégrale Affinité	360€	438€	486€	549€	582€	591€	603€	633€	648€	657€	672€	696€
MGEN Equilibre	300€	360€	411€	471€	501€	507€	513€	519€	525€	537€	546€	555€
MGEN Référence	282€	336€	387€	447€	471€	474€	477€	483€	492€	501€	510€	516€
MGEN Intégrale	336€	405€	459€	522€	558€	561€	567€	573€	579€	588€	594€	600€
MGEN Prévoyance Affinité	36€	39€	45€	48€	57€	72€	81€	90€	105€	117€	141€	168€

Dont 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

MEMBRE PARTICIPANT JEUNE
Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	Moins de 25 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
ÔJI Essentielle	180€	216€	279€	384€	582€	624€	642€	663€	684€	699€	708€	720€	747€
ÔJI Initiale	264€	276€	324€	423€	645€	720€	759€	801€	843€	879€	948€	984€	1 035€
ÔJI Équilibre	285€	315€	432€	648€	738€	792€	813€	834€	861€	903€	984€	1 047€	1 125€
ÔJI Référence	282€	312€	429€	606€	693€	753€	774€	798€	831€	855€	942€	990€	1 050€
ÔJI Intégrale	390€	444€	555€	777€	861€	930€	957€	978€	1 002€	1 047€	1 125€	1 197€	1 260€

MEMBRE PARTICIPANT JEUNE BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE
Cotisation sur la base d'un forfait annuel

	Moins de 25 ans	De 25 à 29 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
ÔJI Essentielle	180€	216€	240€	258€	384€	411€	423€	435€	450€	462€	471€	483€	510€
ÔJI Initiale	264€	276€	279€	285€	423€	477€	501€	525€	555€	582€	609€	636€	687€
ÔJI Équilibre	285€	315€	327€	417€	477€	531€	546€	564€	585€	603€	630€	654€	675€
ÔJI Référence	282€	312€	324€	408€	471€	525€	540€	561€	579€	597€	624€	648€	669€
ÔJI Intégrale	390€	444€	477€	504€	573€	639€	654€	675€	699€	723€	747€	765€	786€

MEMBRE PARTICIPANT ORPHELIN				
Cotisation sur la base d'un forfait annuel				
	De 16 à moins de 18 ans	De 18 à 29 ans		A partir de 29 ans en situation de handicap
		Moins de 25 ans	De 25 à 29 ans	
MGEN Initiale	264€	264€	276€	276€
MGEN Équilibre	204€	285€	315€	315€
MGEN Référence	204€	282€	312€	312€
MGEN Intégrale	312€	390€	444€	444€

(1) Ventilation de la cotisation

(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 L863-I et suivants du Code de la Sécurité sociale.

BÉNÉFICIAIRE CONJOINT												
Cotisation sur la base d'un forfait annuel												
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	354€	369€	402€	615€	654€	675€	696€	717€	735€	744€	756€	783€
MGEN Équilibre Affinité	483€	579€	648€	747€	789€	798€	816€	831€	852€	864€	876€	912€
MGEN Référence Affinité	453€	543€	606€	702€	738€	744€	762€	774€	792€	804€	822€	849€
MGEN Intégrale Affinité	534€	648€	720€	822€	873€	879€	897€	909€	930€	939€	957€	981€
MGEN Équilibre	453€	549€	633€	717€	738€	741€	744€	750€	771€	792€	825€	873€
MGEN Référence	426€	513€	582€	663€	687€	690€	699€	711€	717€	738€	765€	795€
MGEN Intégrale	504€	618€	708€	789€	819€	822€	825€	831€	849€	864€	906€	939€
MGEN Prévoyance Affinité	36€	39€	45€	48€	57€	72€	81€	90€	105€	117€	141€	168€

Dont 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

BÉNÉFICIAIRE CONJOINT BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE												
Cotisation sur la base d'un forfait annuel												
	Moins de 30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans	De 60 à 64 ans	De 65 à 69 ans	De 70 à 74 ans	De 75 à 79 ans	À partir de 80 ans
MGEN Initiale	234€	246€	270€	402€	432€	444€	456€	474€	486€	495€	507€	537€
MGEN Equilibre Affinité	327€	396€	438€	498€	528€	537€	549€	582€	597€	609€	621€	654€
MGEN Référence Affinité	309€	372€	411€	471€	498€	501€	513€	546€	561€	570€	582€	609€
MGEN Intégrale Affinité	360€	438€	486€	549€	582€	591€	603€	633€	648€	657€	672€	696€
MGEN Equilibre	300€	360€	411€	471€	501€	507€	513€	519€	525€	537€	546€	555€
MGEN Référence	282€	336€	387€	447€	471€	474€	477€	483€	492€	501€	510€	516€
MGEN Intégrale	336€	405€	459€	522€	558€	561€	567€	573€	579€	588€	594€	600€
MGEN Prévoyance Affinité	36€	39€	45€	48€	57€	72€	81€	90€	105€	117€	141€	168€

Dont 3,60€ au titre du contrat collectif souscrit auprès de RMA

	BÉNÉFICIAIRE ENFANT DE MOINS DE 18 ANS⁽¹⁾ - ayant droit Sécurité sociale du membre participant - assuré social à titre personnel	BÉNÉFICIAIRE ENFANT ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS BÉNÉFICIAIRE DE LA CMU COMPLÉMENTAIRE⁽¹⁾
Cotisation sur la base d'un forfait annuel		
MGEN Initiale	264€	264€
MGEN Équilibre	204€	204€
MGEN Référence	204€	204€
MGEN Intégrale	312€	312€

	BÉNÉFICIAIRE ENFANT ÂGÉ DE 18 À 29 ANS BÉNÉFICIAIRE OU NON DE LA CMU-COMPLÉMENTAIRE⁽¹⁾		BÉNÉFICIAIRE ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 29 ANS EN SITUATION DE HANDICAP RECONNU PAR LES MDPH⁽¹⁾
	Cotisation sur la base d'un forfait annuel		Cotisation sur la base d'un forfait annuel
	De 18 à 24 ans	De 25 à 29 ans	
Ôji Initiale	264€	276€	MGEN Initiale 276€
Ôji Equilibre	285€	315€	MGEN Equilibre 315€
Ôji Référence	282€	312€	MGEN Référence 312€
Ôji Intégrale	390€	444€	MGEN Intégrale 444€

(1) Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des enfants bénéficiaires à partir du 4^e enfant couvert, dès lors que tous les bénéficiaires enfants sont rattachés au même membre participant.

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 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

(I) Ventilation de la cotisation globale (telle que définie à l'article 44 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance) :

MEMBRE PARTICIPANT ACTIF					
	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 30 ans	93,31%	1,86%	0,48%	3,11%	1,24%
De 30 à 34 ans	90,87%	1,56%	0,80%	5,21%	1,56%
De 35 à 39 ans	92,73%	1,40%	0,72%	4,21%	0,94%
De 40 à 44 ans	89,03%	1,15%	0,59%	8,85%	0,38%
De 45 à 49 ans	90,21%	1,11%	0,57%	7,75%	0,36%
De 50 à 54 ans	88,58%	1,05%	0,54%	9,47%	0,36%
De 55 à 59 ans	89,20%	1,03%	0,52%	8,90%	0,35%
À partir de 60 ans	90,71%	0,63%	0,49%	7,86%	0,31%
MGEN Équilibre Actif					
Moins de 30 ans	80,11%	1,50%	0,39%	17,00%	1,00%
De 30 à 34 ans	84,14%	1,15%	0,59%	12,98%	1,14%
De 35 à 39 ans	86,42%	1,12%	0,57%	11,15%	0,74%
De 40 à 44 ans	88,52%	1,03%	0,52%	9,59%	0,34%
De 45 à 49 ans	89,62%	0,99%	0,51%	8,55%	0,33%
De 50 à 54 ans	91,60%	0,95%	0,49%	6,65%	0,31%
De 55 à 59 ans	92,07%	0,93%	0,48%	6,21%	0,31%
À partir de 60 ans	91,80%	0,57%	0,44%	6,90%	0,29%
MGEN Référence Actif					
Moins de 30 ans	80,97%	1,44%	0,37%	16,27%	0,95%
De 30 à 34 ans	84,79%	1,10%	0,56%	12,45%	1,10%
De 35 à 39 ans	86,72%	1,09%	0,56%	10,91%	0,72%
De 40 à 44 ans	88,35%	1,04%	0,53%	9,72%	0,36%
De 45 à 49 ans	89,38%	1,01%	0,52%	8,75%	0,34%
De 50 à 54 ans	91,36%	0,98%	0,50%	6,84%	0,32%
De 55 à 59 ans	91,79%	0,96%	0,49%	6,43%	0,33%
À partir de 60 ans	91,46%	0,60%	0,46%	7,19%	0,29%
MGEN Intégrale Actif					
Moins de 30 ans	83,49%	1,24%	0,32%	14,11%	0,84%
De 30 à 34 ans	86,77%	0,96%	0,49%	10,83%	0,95%
De 35 à 39 ans	88,43%	0,95%	0,49%	9,49%	0,64%
De 40 à 44 ans	89,90%	0,90%	0,46%	8,43%	0,31%
De 45 à 49 ans	90,77%	0,88%	0,45%	7,60%	0,30%
De 50 à 54 ans	92,48%	0,85%	0,44%	5,95%	0,28%
De 55 à 59 ans	92,87%	0,84%	0,43%	5,59%	0,27%
À partir de 60 ans	92,59%	0,52%	0,40%	6,23%	0,26%

MEMBRE PARTICIPANT RETRAITÉ

	MGEN	MGEN Action sanitaire et sociale	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale					
Moins de 70 ans	96,80%	2,30%	0,39%	0,00%	0,51%
À partir de 70 ans	96,92%	2,21%	0,38%	0,00%	0,49%
MGEN Équilibre retraité					
Moins de 70 ans	89,21%	2,09%	0,35%	8,12%	0,23%
À partir de 70 ans	89,06%	1,99%	0,34%	7,51%	1,10%
MGEN Référence retraité					
Moins de 70 ans	88,42%	2,24%	0,39%	8,71%	0,24%
À partir de 70 ans	88,18%	2,15%	0,37%	8,11%	1,19%
MGEN Intégrale retraité					
Moins de 70 ans	89,95%	1,94%	0,33%	7,56%	0,22%
À partir de 70 ans	89,72%	1,87%	0,32%	7,05%	1,04%

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

Annexe 3 - Offre Ôji

ACTES MEDICAUX COURANTS

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
1. Consultations / Visites médecins généralistes, médecins spécialistes en médecine générale et sages-femmes (dans / hors du parcours de soins coordonnés)	30%	30 %	30 %	30 %	30 %
2. Consultations / Visites médecins spécialistes					
2.1. dans le parcours de soins coordonnés					
- médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	30 %	80 %	30 %	130 %
- médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	30 %	30 %	60 %	30 %	105 %
2.2. hors parcours de soins coordonnés.	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
3. Actes techniques dont radiologie					
3.1 dans le parcours de soins coordonnés					
- praticien ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	30 %	30 %	55 %	30 %	55 %
- praticien n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)* ;	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
3.2 hors parcours de soins coordonnés.	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
4. Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
5. Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	40 %	40 %	65 %	40 %	65 %
6. Analyses - actes de laboratoire	40 %	40 %	65 %	40 %	65 %
7. Psychothérapie (dans la limite de 20 séances/ an)	Néant	10 €/séance	15 €/séance	15 €/séance	20 €/séance
8. Séances de kinésithérapie dite « méthode de reconstruction posturale » (dans la limite de 20 séances/an)	16 €/séance	16 €/séance	16 €/séance	16 €/séance	16 €/séance

*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.

PHARMACIE

Selon conditions définies à l'article 13 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
9. Médicaments					
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	70 %	70%	70 %	70 %	70 %
- Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	Néant	Néant	Forfait 25 €/an	Néant	Forfait 50 €/an
- Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.	Néant	Néant	Forfait 25 €/an	Néant	Forfait 50 €/an

PHARMACIE

Selon conditions définies à l'article 13 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
- Honoraire de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursé par la Sécurité sociale à 70% (sous réserve d'intervention de la mutuelle sur les médicaments délivrés)	30%	30%	30%	30%	30%
10. Vaccinations remboursées par la Sécurité sociale	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
11. Produits de viscosupplémentation dans le traitement de l'arthrose du genou (dans la limite de 2 participations/an)	77 €/genou	77 €/genou	77 €/genou	77 €/genou	77 €/genou

FORFAIT SE SOIGNER AUTREMENT

Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
12. Ostéopathie	25 €/ an	100 €/an	150 €/an	100 €/an	175 €/an
13. Actes médicaux d'acupuncture					
14. Homéopathie non remboursable					
15. Consultations diététicien					
16. Chiropraxie					

FORFAIT PRÉVENTION

Selon conditions définies à l'article 11 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
17. Contraception / Tests de grossesse	25 €/ an	100 €/an	150 €/an	100 €/an	175 €/an
18. Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale					
19. Sevrage tabagique					
20. Bilan psychomotricité	Néant	Néant	Néant	Néant	
21. Ostéodensitométrie	Néant	Néant	Néant	Néant	

FORFAIT COMPLÉMENTAIRE SPÉCIFIQUE DE PRÉVENTION

Selon conditions définies à l'article 12 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
22. Protections auditives	50 €/an	50 €/an	50 €/an	50 €/an	50 €/an
23. Prévention des risques routiers					
24. Automédication					
25. Abonnements annuels aux clubs de sports et licences sportives					

HOSPITALISATION

Selon conditions définies à l'article 9 du règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance

Nature des frais	ÔJl Essentielle La formule ÔJl Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJl Initiale	ÔJl Equilibre	ÔJl Référence	ÔJl Intégrale
26. Honoraires médicaux hospitaliers					
- Ticket modérateur	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
- Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale	18 €	18 €	18 €	18 €	18 €
- Participation aux honoraires au-delà de la base de remboursement					
• médecin ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*,	Néant	Néant	50 %	50 %	100 %
• médecin n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	Néant	Néant	30 %	30 %	75 %
27. Hébergement et frais de séjour	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
- Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
28. Chambre particulière					
28.1 Chambre particulière en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée					
28.1.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement non conventionné avec MGEN pour cette prestation.					
- Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité	Néant	Néant	33 €/nuitée	33 €/nuitée	33 €/nuitée
- Psychiatrie	Néant	Néant	30 €/nuitée	30 €/nuitée	30 €/nuitée
- Soins de suite	Néant	Néant	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée	18,50 €/nuitée
28.1.2 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.					
- Médecine, chirurgie, obstétrique	Néant	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée	45 €/nuitée
- Maternité	Néant	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée	50 €/nuitée
- Psychiatrie	Néant	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée	40 €/nuitée
- Soins de suite et de réadaptation	Néant	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée	35 €/nuitée
28.2 Chambre particulière en cas de séjour en ambulatoire en chirurgie avec anesthésie, sans nuitée					
28.2.1 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation.	Néant	15 €	15 €	15 €	15 €
29. Frais d'accompagnant					
29.1 Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN Prestation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des structures d'accueil agréées par MGEN pour l'accompagnant d'un mutualiste :					
- de moins de 16 ans, - ou de plus de 70 ans, - ou en situation de handicap, Se renseigner auprès des centres de service.	Néant	Néant	25 €/nuitée	25 €/nuitée	25 €/nuitée
29.2 Prestation conventionnelle quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN pour cette prestation Participation accordée pour la nuitée passée dans le même établissement que celui de l'hospitalisation ou dans l'une des maisons d'accueil adhérente à la Fédération des maisons d'accueil hospitalières (FMAH).	Néant	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée	38,50 €/nuitée

Quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.

L'application de la prestation conventionnelle est variable selon les dispositions de la convention négociée avec l'établissement qui peut couvrir, la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires en chirurgie avec anesthésie) et les frais d'accompagnant.

La formule ÔJl Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement hospitalier.

OPTIQUE

Nature des frais		ÔJI Essentielle		PRESTATIONS							
		La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
				ÔJI Initiale		ÔJI Equilibre		ÔJI Référence		ÔJI Intégrale	
Type de verre	Codification Sécurité sociale	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*
30. Optique (sur prescription médicale)											
La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien lunetier.		Par verre		Par verre **		Par verre **		Par verre **		Par verre **	
Prestations avant 18 ans											
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2261874 2200393	40 %	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	33,75 €	45 €	45 €	60 €	
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2283953 2243304 2243540 2273854 2238941 2245036	40 %	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	100 €	133,33 €	
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2259245 2240671	40 %	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €	
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2238792 2234239	40 %	90 €	108 €	90 €	108 €	90 €	120 €	120 €	160 €	
Monture l'unité **	2210546	40 %	20 €		20 €		35 €		45 €		
Prestations à partir de 18 ans											
Verre unifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 6.00 à + 6.00, sans cylindre ou en présence d'un cylindre inférieur ou égal à + 4.00	2203240 2259966	40 %	22,50 €	27 €	22,50 €	27 €	45 €	60 €	60 €	80 €	
Verre unifocal de forte correction Sphère au-delà de + 6.00 quel que soit le cylindre, ainsi que toute sphère en présence d'un cylindre supérieur à + 4.00	2284527 2280660 2282793 2235776 2212976 2288519	40 %	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €	
Verre progressif ou multifocal de faible et moyenne correction Sphère de - 4.00 à + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère de - 8.00 à + 8.00 en présence d'un cylindre	2290396 2227038	40 %	85 €	102 €	85 €	102 €	105 €	140 €	120 €	160 €	
Verre progressif ou multifocal de forte correction Sphère au-delà de + 4.00 en l'absence de cylindre ainsi que toute sphère au-delà de + 8.00 en présence d'un cylindre	2245384 2202239	40 %	85 €	102 €	85 €	102 €	120 €	160 €	150 €	200 €	
Monture l'unité **	2223342	40 %	30 €		30 €		60 €		90 €		

OPTIQUE

Nature des frais	ÔJl Essentielle		PRESTATIONS							
	La formule ÔJl Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.							
			ÔJl Initiale		ÔJl Equilibre		ÔJl Référence		ÔJl Intégrale	
		Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	Prestations hors OPTISTYA	Prestations dans OPTISTYA*	
Lentilles de contact correctrices										
- Prises en charge par la Sécurité sociale - Non prises en charge par la Sécurité sociale	40 % Néant		50 €/an		100 €/an		110 €/an		170 €/an	
Pour les lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale prise en charge du ticket modérateur au-delà du forfait annuel ci-dessus	Néant		40 %		40 %		40 %		40 %	
Suppléments divers										
Prisme incorporé moins de 18 ans	40 %		7 €		7 €		15 €		15 €	
Prisme incorporé plus de 18 ans	40 %		2 €		2 €		13 €		13 €	
Système antiptosis	40 %		31 €		31 €		31 €		31 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet moins de 18 ans	40 %		4 €		4 €		17 €		17 €	
Filtre chromatique ou ultraviolet plus de 18 ans	Néant		Néant		Néant		23 €		23 €	
Verres iseïconiques	40 %		40 %		40 %		40 %		40 %	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries moins de 18 ans	40 %		6 €		6 €		18 €		18 €	
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries plus de 18 ans	40 %		2 €		2 €		21 €		21 €	
Filtre d'occlusion partielle moins de 6 ans (l'unité)	40 %		2 €		2 €		4 €		4 €	
Prisme souple, moins de 6 ans (l'unité)	40 %		9 €		9 €		12 €		12 €	
Supplément pour monture de lunettes à coque moins de 6 ans	40 %		18 €		18 €		18 €		18 €	

* Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement. Retrouvez tous les opticiens partenaires OPTISTYA ou e-OPTISTYA depuis votre Espace personnel sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN. Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

**Pour les mutualistes ayant adhéré à la formule ÔJl Initiale, ÔJl Equilibre, ÔJl Référence ou ÔJl Intégrale.

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

A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien.

Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

PRESTATIONS

Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits

Nature des frais	ÔJl Essentielle		PRESTATIONS			
	La formule ÔJl Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
			ÔJl Initiale	ÔJl Equilibre	ÔJl Référence	ÔJl Intégrale
Chirurgie réfractive de l'œil	Néant		Néant	Néant	365 € / œil	400 € / œil
Système à vision télescopique (sur prescription médicale, s'ajoute le cas échéant le forfait pour monture)	40 %		130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur	130 € / œil ou ticket modérateur si supérieur
Implants cornéens utilisés lors d'intervention de la cataracte (dans la limite de 2 interventions au cours de la vie du mutualiste)	365 €/implant		365 €/implant	365 €/implant	365 €/implant	365 €/implant

DENTAIRE

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
31. Dentaire					
31.1. Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux (remboursables par la Sécurité sociale et selon la classification commune des actes médicaux)	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
31.2. Inlay onlay remboursés par la Sécurité sociale	30 %	30 %	80 %	80 %	80 %
31.3. Prothèses dentaires fixes					
31.3.1. Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)					
31.3.1.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale					
• Couronne dento portée		75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté		200 €	224 €	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	30 %	75,25 €	86 €	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire		3,23 €	8,60 €	107 €	107 €
31.3.1.2 Inlay core et Inlay core à clavette remboursés par la Sécurité sociale	30 %	30 %	80 %	80 %	80 %
31.3.1.3 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale					
• Couronne dento portée	Néant	Néant	Néant	122 €	122 €
• Bridge 3 éléments dento porté	Néant	Néant	Néant	360 €	360 €
• Pilier de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant	122 €	122 €
• Intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant	107 €	107 €
31.3.1.4 Transitoires (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement) non remboursées par la Sécurité sociale					
• Couronne	Néant	Néant	Néant	31 €	31 €
• Bridge 3 éléments	Néant	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	Néant	Néant	Néant	31 €/élément	31 €/élément
31.3.2 Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessous et fixée conventionnellement. Cette disposition s'applique aux prothèses dentaires fixes hors éléments de bridge transitoires).					
31.3.2.1 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)					
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)		397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)		397,95 €	397,95 €	397,95 €	397,95 €
31.3.2.2 Définitives remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)					
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)		195,15 €	195,15 €	195,15 €	195,15 €
31.3.2.3 Définitives remboursées par la Sécurité sociale					
• Inlay core		100 €	100 €	100 €	100 €
• Inlay core à clavette		116 €	116 €	116 €	116 €
• Bridge 3 éléments dento porté		1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Pilier et intermédiaire de bridge supplémentaire	La formule Ôji Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement dentaire.	110 €	110 €	110 €	110 €
31.3.2.4 Bridge non remboursé par la Sécurité sociale					
• Bridge 3 éléments dento porté		1000 €	1000 €	1000 €	1000 €
• Piliers définitifs et intermédiaires de bridge définitifs supplémentaires		110 €	110 €	110 €	110 €
31.3.2.5 Couronnes transitoires isolées sur toutes dents non remboursées par la Sécurité sociale		50,70 €	50,70 €	50,70 €	50,70 €
31.3.2.6 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur incisives, canines et prémolaires exclusivement)					
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)		473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
• Couronne dento portée céramo-métallique ou céramo-céramique (avec couronne transitoire)		473,20 €	473,20 €	473,20 €	473,20 €
31.3.2.7 Définitives non remboursées par la Sécurité sociale (sur molaire uniquement)					
• Couronne dento portée métallique (avec ou sans couronne transitoire)		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €
• Couronne dento portée céramo-métallique (avec couronne transitoire)		270,40 €	270,40 €	270,40 €	270,40 €

DENTAIRE

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
31.4. Appareils amovibles dento portés ou sur implants remboursés par la Sécurité sociale					
31.4.1 Définitifs					
• Résine					
- Prothèse 9 dents		53,58€	103,20€	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents		3,23€/dent	8,60€/dent	Néant	Néant
ou					
- de 9 à 11 dents		Néant	Néant	300€	350€
- par appareil complet (12 à 14 dents)		Néant	Néant	400€	450€
• Métal					
- de 1 à 3 dents		58,05€	154,80€	Néant	Néant
- par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents		3,23€/dent	8,60€/dent	Néant	Néant
ou					
- de 1 à 7 dents		Néant	Néant	206€	206€
- de 8 à 11 dents	30 %	Néant	Néant	400€	600€
- par appareil complet (12 à 14 dents)		Néant	Néant	500€	700€
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil résine (par dent jusqu'à 6 dents)		6,45€	17,80€	26€	26€
• Ajout dent contreplaquée ou massive sur appareil métal (par dent jusqu'à 14 dents)		9,67€	26€	26€	26€
31.4.2 Transitoires		38,70€ (1,2 ou 3 dents) puis 3,23€/dent supplémentaire	51,60€ (1,2 ou 3 dents) puis 8,60€/dent supplémentaire	92€ (1 à 7 dents) 183€ (8 à 14 dents)	92€ (1 à 7 dents) 183€ (8 à 14 dents)
31.5. Implantologie					
29.5.1 Implant	Néant	Néant	Néant	518€ (dans la limite de 2 implants sur 2 années civiles)	518€ (dans la limite de 3 implants sur 2 années civiles)
31.5.2 Couronne définitive sur implant, remboursée par la Sécurité sociale	30 %	32,25€	86€	122€ (max 2 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS	250€ (max 3 couronnes sur 2 années civiles) puis 80% BRSS
31.5.3 Appareil complet transvissé sur implant	30 %	54,82€	146,20€	500€	700€
31.6 Réparations sur appareils amovibles					
31.6.1 Résine :					
• Adjonction ou changement d'élément	30%	30%	80%	23€	23€
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30%	30%	80%	80%	80%
• Réparation appareil fêlé ou fracturé	30%	30%	80%	23€	23€
31.6.2 Métal :					
• Adjonction ou changement d'élément	30%	30%	80%	46€	46€
• Par dent supplémentaire jusqu'à 14 dents	30 %	30 %	80 %	80%	80%
- Réparation appareil sans démontage	30%	30%	80%	46€	46€
- Réparation appareil avec remontage 1 élément	30%	30%	80%	51,16€	51,16€
- Réparation appareil avec remontage jusqu'à 14 dents, par élément	30%	30%	80%	5,16€	5,16€
31.6.3 Rebasage	Néant	Néant	Néant	46€	46€
31.6.4 Changement de facette (par élément) jusqu'à 8 facettes	30%	30%	80%	61€	61€

DENTAIRE

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
31.7 Cas particuliers					
31.7.1 Traitement d'articulations temporo-mandibulaires - Gouttières occlusales, mainteneur d'espace, pose de guide chirurgical	Néant	Néant	Néant	122 €	122 €
31.7.2 Pose de facette	Néant	Néant	Néant	61 €	61 €
31.7.3 Couronnes pédiatriques	Néant	Néant	Néant	61 €	61 €
31.8.1 Orthodontie					
Prestation non conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé ne relevant pas d'un accord de contractualisation avec MGEN)					
31.8.1.1. Traitement pris en charge par la Sécurité sociale					
- Examens préalables (études céphalométriques et moulages)	30 %	30 %	80 %	80 %	80 %
- Traitement actif (par semestre)	Néant	38,70 €	96,75 €	200 €	200 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	Néant	32,25 €	80,63 €	80,63 €	80,63 €
- Traitement de contention (2 ^e année)	30 %	32,25 €	86 €	86 €	86 €
31.8.1.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN)					
- Examens préalables (études céphalométriques et moulages)	Néant	Néant	Néant	90 %	90 %
- Traitement actif (par semestre)					
• Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7 ^e semestre uniquement	Néant	38,70 €	38,70 €	200 €	200 €
• Traitement actif commencé à partir de 16 ans : 4 semestres maximum					
- Traitement de contention (1 ^{re} année)	Néant	32,25 €	32,25 €	145,13 €	145,13 €
- Traitement de contention (2 ^e année)	Néant	21,50 €	21,50 €	96,75 €	96,75 €
31.8.2 Prestation conventionnelle (quand le mutualiste a recours à un professionnel de santé relevant d'un accord de contractualisation avec MGEN, il peut bénéficier de la dispense d'avance de frais sur le montant de cette prestation dans la limite de la prestation fixée conventionnellement.) Cette disposition ne s'applique pas aux examens préalables et 7 ^e semestre de finalisation de traitement.					
31.8.2.1 Traitement pris en charge par la Sécurité sociale					
- Traitement actif (par semestre)	La formule Ôji Essentielle n'ouvre pas droit au conventionnement dentaire.	296,60 €	296,60 €	350 €	350 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)		109,15 €	109,15 €	109,15 €	109,15 €
31.8.2.2 Traitement non pris en charge par la Sécurité sociale (après avis favorable de l'orthodontiste consultant MGEN)					
- Traitement actif (par semestre)		338 €	338 €	338 €	338 €
- Traitement de contention (1 ^{re} année)		219,70 €	219,70 €	219,70 €	219,70 €
31.9 Parodontie					
Forfait de parodontie (limité à la parodontie médicale - non remboursé par la Sécurité sociale)	Néant	Néant	Néant	Néant	400 €/ an
Attelle de contention	30 %	28,92 €	28,92 €	183 €	183 €

APPAREILLAGES ET DISPOSITIFS MEDICAUX

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
32. Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
33. Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (au-delà du ticket modérateur)	Néant	Néant	130 %	130 %	250 %

AUDIOPROTHÈSE

Nature des frais (sur prescription médicale et sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS								
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ou forfaits. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.								
	ÔJI Initiale		ÔJI Equilibre		ÔJI Référence		ÔJI Intégrale			
	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*	Prestations hors AUDISTYA	Prestations dans AUDISTYA*

34. Audioprothèse

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

Achat									
Mutualiste de moins de 20 ans Mutualiste de 20 ans et plus atteint de cécité Par appareil	40 %	560 €	660 €	560 €	660 €	650 €	750 €	650 €	750 €
Mutualiste de 20 ans et plus Par appareil dans la limite de 2 appareils par an	40 %	350 €	450 €	350 €	450 €	550 €	650 €	550 €	650 €
A partir du 3 ^e appareil : Prise en charge du ticket modérateur									
Entretien et réparation									
Forfait annuel (par appareil)	40 %	50 € (puis ticket modérateur après épuisement du forfait)							

Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite de la prestation ci-dessus fixée conventionnellement.

Retrouvez tous les audioprothésistes partenaires AUDISTYA depuis votre espace personnel, sur mgen.fr ou auprès des centres de service MGEN.

PROTHÈSES

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
	ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale	
35. Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale et par référence à sa nomenclature) <ul style="list-style-type: none"> • Prothèse de première intention • Prothèse définitive • Prothèse de renouvellement avec moulage • Prothèse de renouvellement sans moulage • Prothèse oculaire en verre 	Néant	Néant	Néant	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €	145 € 328 € 412 € 298 € 130 €
36. Prothèses mammaires externes 36.1 Par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) 36.2 Forfait produits complémentaires <ul style="list-style-type: none"> • Support double-face seul (non remboursé par la Sécurité sociale) • Autres produits complémentaires (soutien-gorge prescrit et adapté aux prothèses non solidaires du corps, produits d'entretien pour les prothèses solidaires du corps et supports double-face, set mamelons auto-adhérents) 	40 %	40 %	40 %	130 €	130 €
37. Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale) <ul style="list-style-type: none"> • Postiches et perruques 	40 %	40 %	40 %	185 %	185 %

CURES THERMALES

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
38. Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	Néant	30 %	30 %	30 %	30 %
39. Frais de traitement en établissement thermal	Néant	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal	35 % du forfait thermal
40. Frais d'hébergement (par cure)	Néant	Néant	100 €	75 €	150 €

TRANSPORTS

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
41. Frais de transport (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %

AMNIOCENTESE

Nature des frais	ÔJI Essentielle La formule ÔJI Essentielle n'est accessible qu'aux seuls membres participants Jeunes.	PRESTATIONS			
		Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale ou forfaits En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de MGEN est réduite à due proportion, sauf forfaits.			
		ÔJI Initiale	ÔJI Equilibre	ÔJI Référence	ÔJI Intégrale
42. Amniocentèse	Néant	Néant	183 €	183 €	183 €

PRESTATIONS DE LA COUVERTURE INTERNATIONALE ÔJI

La couverture internationale incluse dans l'offre Ôji comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenu à l'étranger. Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par MGEN auprès de IMA, au bénéfice :

- des Bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans,
 - des Membres participants Jeunes
- Ci-après dénommés le ou les Bénéficiaire(s).

Le Bénéficiaire bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuer des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB).

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française et aux règles relatives au contrat responsable qui lui seraient applicables.

Pour les Bénéficiaires affiliés au régime obligatoire d'assurance maladie français (métropole et DROM), le remboursement est garanti avec un minimum égal au montant du ticket modérateur calculé par la Sécurité sociale française pour l'acte considéré).

LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX

Nature des frais	Montant des prestations santé
SOINS EXTERNES hors dentaires et équipement optique	<p>Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de la CSB et dans la limite de la dépense engagée. Prise en charge des soins externes (hors dentaires et équipements optiques) dans la limite des frais engagés et d'un plafond annuel de 23 000 €.</p> <p>1. ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : Prise en charge de 100 % de la facture présentée (après négociation dans le réseau par HealthCase, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. HealthCase règle la totalité de la facture moins la franchise.</p> <p>Franchises aux États-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation généraliste : 60 US \$, - Consultation spécialiste : 100 US \$ - Consultation aux urgences* : 300 US \$ - Scanner : 300 US \$ - IRM : 300 US \$ - Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 40 US \$ pour une séance d'une heure <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG COMPRIS, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE : Prise en charge de 100% de la facture présentée sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes. Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p> <p>Franchises au Brésil, Mexique, Chine et Hong-Kong compris, Japon, Singapour, et Confédération helvétique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation généraliste : 20 € si facture ≥ 75 €, - Consultation spécialiste : 30 € si facture ≥ 100 €, - Consultation aux urgences* : 100 € si facture ≥ 500 € - Scanner : 100 € - IRM : 100 € - Actes de radiologie : 20 € si facture ≥ 90 € - Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 20 € pour 10 séances <p>* La franchise n'est pas appliquée si la visite aux urgences est suivie d'une admission</p> <p>3. AUTRES PAYS : Prise en charge de 90 % des frais réels dans la limite du plafond Le bénéficiaire acquitte la totalité de la facture puis s'adresse à MGEN pour le remboursement de la part prise en charge par le régime complémentaire.</p>
SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optique	<p>DENTAIRE : Prise en charge par MGEN uniquement des soins non prévisibles ou suite à accident (soins + prothèses)</p> <ul style="list-style-type: none"> - prothèses suite à accident : prise en charge sur la base du remboursement de la couronne céramo métallique portées par les accords de contractualisation avec MGEN en France (maximum 397 € par prothèse) - soins d'urgence autres que prothèses : 90 % des frais réels sans franchise <p>OPTIQUE : Cf. tableau des prestations MGEN Santé Prévoyance de l'offre Ôji rubrique Optique selon la formule de garanties souscrite.</p>
HOSPITALISATION	<p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, MGEN complète la prise en charge de la CSB</p> <p>1/ Prestation non conventionnelle (établissement hors du réseau agréé IMA/MGEN international) Une hospitalisation hors du réseau IMA résultant d'un choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence), ne fera pas l'objet d'une prise en charge d'IMA (pas de contrôle médical ni de dispense d'avance de frais). Hors du réseau d'établissements hospitaliers agréés, les adhérents doivent acquitter la totalité de la facture puis se faire rembourser auprès de leur Sécurité sociale ou CSB et auprès de MGEN au titre de leur complémentaire. Prise en charge à hauteur de 70 % des frais réels dans la limite des frais engagés et d'un plafond de 75 000 € par hospitalisation.</p> <p>2/ Prestation conventionnelle (établissement dans le réseau agréé IMA/MGEN international) Une dispense d'avance des frais d'hospitalisation est accordée à tous les Bénéficiaires, sous réserve qu'ils contactent au préalable IMA/MGEN international pour une orientation vers un établissement hospitalier agréé IMA/ MGEN international. Les bénéficiaires devront alors rembourser IMA de la part des frais d'hospitalisation avancée pour le compte de leur régime obligatoire, IMA étant subrogée dans leurs droits. Prise en charge à hauteur de 100 % des frais réels dans la limite du plafond de 150 000 € par hospitalisation.</p>

COMPLÉMENT DE COUVERTURE INTERNATIONALE ÔJI

La couverture internationale supplémentaire est facultative et comprend, en plus de la garantie de remboursement des frais médicaux à l'étranger, une assistance médicale et matérielle suite à un accident ou une maladie soudaine et imprévisible survenus à l'étranger. Ces prestations d'assistance sont garanties dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par MGEN auprès de IMA, au bénéfice des bénéficiaires enfants de 18 à 29 ans et des membres participants Jeunes, ci-après dénommés le ou les Bénéficiaire(s).

Le Bénéficiaire bénéficie d'une couverture internationale dans le cadre de séjours d'études et touristiques à l'étranger, s'il remplit cumulativement les conditions suivantes :

- avoir sa résidence principale en France et effectuer des séjours d'études et touristiques à l'étranger,
- être bénéficiaire d'une couverture sociale de base (CSB).

CSB = Régime Obligatoire Français ou Caisse locale du pays de séjour (application des conventions bilatérales ou multilatérales entre pays) ou Assurance volontaire.

La couverture internationale supplémentaire intervient dans le cas de soins ou traitements médicalement nécessaires, inopinés (pas de prise en charge des soins de confort ainsi que des soins ou de la chirurgie esthétiques), et répondant aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie et maternité de la Sécurité sociale française et aux règles relatives au contrat responsable qui lui seraient applicables.

Le remboursement est garanti avec un minimum égal au montant du ticket modérateur calculé par la Sécurité sociale française pour l'acte considéré.

Elle donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

LA GARANTIE FRAIS MÉDICAUX

Nature des frais	Montant des prestations santé
SOINS EXTERNES hors dentaires et équipement optique	Le montant des prestations MGEN intervient sous déduction de la CSB et dans la limite de la dépense engagée. Prise en charge des soins externes (hors dentaires et équipements optiques) dans la limite des frais engagés et d'un plafond annuel de 23 000 €. <p>1. ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE : Prise en charge de 100% de la facture présentée (après négociation dans le réseau par HealthCase, correspondant d'IMA aux USA) sous déduction d'une franchise modérée fixée par type d'actes, que le bénéficiaire acquitte directement auprès du professionnel de santé du réseau. HealthCase règle la totalité de la facture moins la franchise. Plafond total de 123 000 € si souscription à la Couverture Internationale supplémentaire (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la Couverture Internationale supplémentaire).</p> <p>Franchises aux Etats-Unis d'Amérique appliquées aux soins externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consultation généraliste : 15 US \$, - Consultation spécialiste : 20 US \$ - Consultation aux urgences* : 60 US \$ - Scanner : 60 US \$ - IRM : 60 US \$ - Kinésithérapie ou traitements équivalents dans le pays : 10 US \$ la séance complète <p>2. BRÉSIL, MEXIQUE, CHINE et HONG-KONG COMPRIS, SINGAPOUR, JAPON, CONFÉDÉRATION HELVÉTIQUE ET AUTRES PAYS : La couverture Internationale supplémentaire vient en complément de la couverture comprise de l'offre. Elle intervient à hauteur des 80 % du montant restant à charge. Plafond total de 123 000 € si souscription à la Couverture Internationale supplémentaire (23 000 € en inclusion + 100 000 € dans la Couverture Internationale supplémentaire).</p>
SOINS EXTERNES dentaires (soins non prévisibles ou suite à accident et prothèses suite à accident) et équipements optiques	<p>DENTAIRE : Prise en charge de tous les soins et prothèses Forfait complémentaire de 500 € par an.</p> <p>OPTIQUE : Forfait complémentaire de 150 € par an (verres, montures, lentilles)</p>
HOSPITALISATION	<p>Dans le cas d'une hospitalisation à l'étranger, MGEN complète la prise en charge de la CSB Hospitalisation hors d'un établissement hospitalier du réseau, résultant du choix délibéré de l'adhérent (hors transport d'urgence) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de prise en charge possible par IMA, donc pas de contrôle médical ni de paiement de la part d'IMA. Les adhérents doivent effectuer la totalité du paiement à l'établissement, puis se faire rembourser par leur RO*, puis par MGEN. * RO ou CSB (Couverture sociale de base) : centres de Sécurité sociale étudiante, CPAM... La demande de remboursement au RO est effectuée dans le cas où la Sécurité sociale de l'adhérent n'est pas gérée par MGEN. - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre MGEN Santé Prévoyance et dans la limite du plafond prévu dans la couverture internationale supplémentaire, - plafond total de 125 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire (75 000 € en inclusion + 50 000 € dans la couverture internationale supplémentaire). <p>Hospitalisation dans les établissements hospitaliers agréés du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dispense d'avance des frais : paiement par IMA de la totalité des frais à l'hôpital sauf les 20 % restant à charge en cas de dépassement éventuel du plafond, - prise en charge à hauteur de 80 % du montant restant à charge (au-delà du plafond prévu par la couverture incluse dans l'offre MGEN Santé Prévoyance et dans la limite du plafond prévu dans le complément facultatif, - plafond total de 250 000 € par hospitalisation si souscription à la couverture internationale supplémentaire (150 000 € en inclusion + 100 000 € dans le complément supplémentaire). <p>IMA, via ses médecins contrôle le diagnostic, les soins envisagés au regard du diagnostic, négocie le devis des soins, puis effectue le paiement de la facture directement à l'hôpital.</p>

NOTICE D'INFORMATION PACKS DE SERVICES ÔJI

MGEN propose un service de conseil et d'assistance adapté à vos besoins grâce à 3 Packs de Services qui vous font vraiment du bien..

« Urgences » - en cas d'accident ou d'immobilisation

« Bien Démarrer » - gestion du budget et des démarches administratives

« Mieux Informé » - pour tout savoir sur les questions du quotidien

Nos équipes sont à votre écoute, 7j/7 et 24h/24. Le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire est souscrit par MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro Siren 775 685 399, dont le siège social est situé 3, square Max Hymans - 75 748 PARIS CEDEX 15) auprès de RMA. 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, BP 62127, 44121 Vertou Cedex, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0A-TRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. Il a pour objet d'assurer les garanties d'assistance à domicile et déplacement destinées aux Membres Participants jeunes tels que définis à l'article 9 VII des statuts MGEN et aux bénéficiaires enfants et Membres Participants Orphelins âgés de 18 à 29 ans inclus.

Pack « urgences »

VOUS AVEZ UN PEPIN ? En cas de déprime ou d'hospitalisation, par exemple suite à un accident, nous pouvons vous aider. Vous ne pouvez pas vous inscrire à vos concours car vous êtes immobilisé ? Nous sommes également présents à vos côtés.

1. Soutien psychologique

Vous venez de subir un événement que vous ressentez comme traumatisant ? Vous êtes en situation de déprime et d'isolement ?

Nous organisons et prenons en charge un soutien psychologique qui comprend selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue.

Les entretiens doivent avoir lieu dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement. La garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2. En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation imprévue au domicile

Vous êtes hospitalisé plus de 2 jours de façon imprévue ou vous êtes immobilisé à votre domicile plus de 5 jours suite à un accident ou une maladie ?

2.1 Aide à domicile

Une aide à domicile est mise à votre disposition. Elle a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour vous venir en aide au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation ou pour aider vos proches demeurant au domicile. Le nombre d'heures attribué est évalué selon la situation et ne pourra excéder **10 heures** à raison de **2 heures minimum** par intervention, réparties sur une période maximale de **10 jours**. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

2.2 Présence d'un proche à vos côtés

Nous organisons et prenons en charge

- le déplacement aller - retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique
- son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit.

2.3 Livraison de médicaments

Lorsque aucun proche ne peut vous venir en aide, nous nous chargeons de récupérer les médicaments prescrits par le médecin traitant, à la pharmacie la plus proche du domicile, et de les livrer. La garantie est limitée à une livraison sur 10 jours et le prix des médicaments reste à votre charge.

2.4 Transfert convalescence chez un proche

Nous organisons et prenons en charge votre transport (taxi, train 1^{re} classe ou avion classe éco) depuis votre domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant votre sortie de l'hôpital, à concurrence de 200 € par trajet aller/retour.

Vous êtes immobilisé à votre domicile plus de 5 jours suite à un accident ou une maladie ?

2.5 Transport sur le lieu d'examens scolaires ou universitaires

Nous organisons et prenons en charge votre transport (taxi ou VSL), à hauteur de 10 trajets du domicile jusqu'au lieu de l'examen ou du lieu de l'examen jusqu'au domicile, dans un rayon de 30 km et dans la limite d'un événement sur 12 mois.

3 - En cas d'accident ou de maladie lors d'un déplacement professionnel ou touristique en France

Vous tombez malade ou êtes victime d'un accident lors de votre déplacement, par exemple en vacances ? Vous pouvez bénéficier du Pack Jeunes en déplacement !

3.1 Transfert médical

Lorsque les médecins de l'Assisteur, après avis des médecins consultés localement (et si nécessaire, du médecin traitant), et en cas de nécessité médicalement établie, décident du transfert et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), nous organisons et prenons en charge votre retour à votre domicile ou dans un hôpital adapté proche de votre domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins de l'Assisteur, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec vous.

3.2 Attente sur place d'un accompagnant

Lorsque vous êtes blessé, que vous ne pouvez pas être déplacé et devez rester hospitalisé plus de 10 jours, nous organisons et prenons en charge l'hébergement de la personne qui vous accompagne et attend votre transfert médical. L'hébergement de votre accompagnant est pris en charge **jusqu'à 10 nuits**, petits déjeuners inclus, à concurrence de **50 € TTC par nuit**.

3.3 Prolongation de séjour pour raisons médicales

Lorsque des soins vous ont été dispensés et que les médecins de l'Assisteur estiment que vous ne pouvez pas être transporté vers votre domicile, alors que votre état médical ne nécessite pas une hospitalisation, nous organisons et prenons en charge votre hébergement **pour 10 nuits**, petits déjeuners inclus, à concurrence de **50 € TTC par nuit**.

3.4 Voyage aller-retour d'un proche

Lorsque vous êtes blessé, isolé de tout membre de votre famille, que vous ne pouvez pas être déplacé et devez rester hospitalisé plus de 10 jours, nous organisons et prenons en charge le transport aller et retour d'un de vos proches pour se rendre à votre chevet, ainsi que son hébergement **pour 10 nuits**, petits déjeuners inclus, à concurrence de **50 € TTC par nuit**.

Pack « bien démarrer »

VOUS DÉMARREZ DANS LA VIE ? Nos coachs vous accompagnent au quotidien pour vous aider à gérer votre budget, vos démarches administratives et vous aider à trouver votre 1^{er} emploi.

4. Si vous recherchez votre 1^{er} emploi, quand vous parvenez à le décrocher

Vous n'avez pas trouvé d'emploi 6 mois après l'obtention de votre diplôme ? Nous pouvons vous aider dans votre recherche d'emploi et dès que vous trouvez votre premier poste, nous vous accompagnons dans votre déménagement.

4.1 Aide à la recherche du 1^{er} emploi

Nous mettons en oeuvre un accompagnement⁽¹⁾ si vous n'avez pas trouvé d'emploi 6 mois après l'obtention de votre diplôme. Cet accompagnement consiste en :

- 3 RDV téléphoniques ou via Skype,
- une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- la mise en ligne du CV sur la plateforme d'offres d'emploi du partenaire et la création d'un espace personnel en ligne,
- un suivi personnalisé sur 45 jours.

4.2 Aide au déménagement et nettoyage du logement quitté

- Vous venez d'obtenir votre 1^{er} emploi en France? Félicitations! Pour s'associer à cet événement, nous vous communiquons, 24h/24 et 7j/7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble le prix du déménagement restant à votre charge.
- Nous organisons et prenons en charge le nettoyage du domicile quitté **dans la limite de 500 € sur une période de 30 jours suivant le déménagement. La garantie doit être réalisée dans les 12 mois suivant l'obtention de votre 1^{er} emploi.**

5 - Coaching pour mieux gérer votre vie de jeune adulte

5.1 Coach budget

Dès la souscription, nous proposons d'analyser votre budget, de fixer des objectifs pour le rééquilibrer, de réaliser une série de recommandations adaptées à votre situation globale, de mettre à disposition des fiches pratiques ainsi qu'un livret de compte pour le suivi du budget.

Vous pouvez solliciter **jusqu'à 6 entretiens téléphoniques** avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale **sur 12 mois**.

5.2 Coach administratif

Vous avez une question administrative sur des problématiques du quotidien ou liée à la vie étudiante, au logement, au financement, ...? Nous vous donnons des informations, conseils et vous orientons. Vous pouvez solliciter jusqu'à 5 entretiens par an.

Pack « mieux informé »

VOUS VOUS POSEZ (TROP) DE QUESTIONS ?

Logement, financement, vie quotidienne... Vous avez le droit de ne pas savoir. Ça tombe bien, nos spécialistes ont les réponses.

6 - Conseils sociaux et juridiques

6.1 Conseils sociaux

Nous organisons et prenons en charge **jusqu'à 5 entretiens téléphoniques sur une période de 12 mois** avec un Travailleur Social. Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

VOS PACKS DE SERVICE ÔJI en un coup d'œil !

Pack « Urgences »

Garantie	Description	Faits générateurs	Plafonds
Présence d'un proche	Transport d'une personne valide pour vous tenir compagnie si vous êtes hospitalisé ou immobilisé au domicile	Accident ou maladie entraînant - une hospitalisation imprévue > 2 jours - une immobilisation imprévue au domicile > 5 jours	Billet A/R (train 1 ^{re} classe ou avion classe économique) + hôtel, dans la limite de 2 nuits , petits déjeuners inclus, à concurrence de 50 € TTC par nuit
Transfert convalescence chez un proche	Transfert non médicalisé A/R de votre domicile vers le domicile d'un proche		Transfert non médicalisé dans la limite de 200€ TTC AR, dans les 5 jours suivant la sortie d'hôpital
Aide à domicile	Entretien courant d'un logement habité : ménage, entretien du linge, cuisine...		10 heures sur 10 jours
Livraison de médicaments	Transport A/R jusqu'à la pharmacie la plus proche ou portage des médicaments par un prestataire agréé		1 livraison sur 10 jours Médicaments à votre charge

6.2 Informations juridiques

Sur le web

Nous proposons un accès illimité et sécurisé à un site Internet d'informations juridiques, accessible 24h/24-7j/7. Ce site permet la recherche intuitive d'un contenu pédagogique et actualisé, la mise à disposition de courriers types et fiches pratiques.

Par téléphone

En complément du service web, si vous souhaitez obtenir des informations dans des domaines tels que famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger, nous mettons à votre disposition, du lundi au vendredi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français.

7 - Conseil santé

7.1 Informations médicales

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : post-hospitalisation, contraception, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, prévention et gestion des comportements à risque (addictions)⁽²⁾...

7.2 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, nous communiquons les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, nous pouvons en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou d'intervenants paramédicaux.

7.3 Nutrition prévention santé

Vous pouvez demander du lundi au vendredi, hors jours fériés et une fois par an des conseils par téléphone auprès d'un diététicien pour prévenir les risques liés à l'alimentation. Un bilan nutritionnel à votre charge peut être réalisé, si vous le souhaitez.

(1) L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par l'Assisteur auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève. En outre, la responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

(2) Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant. En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

Garantie	Description	Faits générateurs	Plafonds
Transfert médical	Transport sanitaire par le moyen le plus adapté vers le domicile ou vers l'établissement de soins adapté le plus proche	Accident ou maladie survenu lors d'un déplacement en France à plus de 50 km du domicile	Prise en charge des frais réels pour le transfert médical vers le centre hospitalier le mieux adapté (en France métropolitaine ou à l'intérieur du DROM) et accompagnant (membre de la famille déjà sur place) sous réserve de l'accord des médecins de l'Assisteur
Frais de prolongation de séjour pour raisons médicales	Hébergement si le rapatriement ou le retour immédiat est impossible et que votre état de santé ne nécessite plus une hospitalisation mais ne permet pas encore de prévoir le retour au domicile ou la poursuite du voyage		Hôtel : dans la limite de 10 nuits , petits déjeuners inclus, à concurrence de 50€ TTC par nuit
Attente sur place d'un accompagnant	Hébergement de personne valide afin d'accompagner votre retour si vous êtes accidentée et si médicalement justifié	Accident ou maladie survenu lors d'un déplacement en France entraînant une hospitalisation imprévue > 10 jours	Hôtel : dans la limite de 10 nuits , petits déjeuners inclus, à concurrence de 50€ TTC par nuit
Aller/Retour d'un proche	Transport d'une personne valide pour vous tenir compagnie si vous êtes hospitalisé ou immobilisé au domicile		1 billet A/R (train 1 ^{re} classe ou avion classe économique) en France métropolitaine ou monde entier + hôtel, dans la limite de 10 nuits , petits déjeuners inclus, à concurrence de 50€ TTC par nuit
Transport sur le lieu d'examens	Transfert non médicalisé sur les trajets : domicile - lieu d'examens ou lieu d'examens - domicile	Accident ou maladie de l'adhérent entraînant une immobilisation > 5 jours	10 trajets A/R vers le lieu d'examens scolaires ou universitaires ou examens-domicile dans un rayon de 30 km dans la limite d'un événement sur 12 mois
Soutien psychologique	Aider le bénéficiaire dans des périodes difficiles	Tout événement ressenti comme traumatisant, déprime, isolement...	1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue, et si nécessaire 1 à 3 entretiens en face à face dans les 12 mois suivant l'événement

Pack « Bien Démarrer »

Garantie	Description	Faits générateurs	Plafonds
Coach Budget	Analyse de votre situation, de votre budget et objectifs pour le rééquilibrer, recommandations, informations sur les dispositifs et aides spécifiques (droits sociaux, aide au logement...), mise à disposition de fiches pratiques et d'un livret de compte pour le suivi du budget	Dès la souscription (hors urgence médicale)	1 accompagnement dans la limite de 6 entretiens téléphoniques sur 12 mois avec un conseiller en économie sociale et familiale
Coach Administratif	Infos, conseils et orientation en réponse à une problématique liée à la vie quotidienne, étudiante, logement, financement...	Dès la souscription	1 à 5 entretiens par an Accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h
Conseil 1 ^{er} emploi	Un conseiller spécialisé vous accompagne dans cette démarche délicate mais primordiale	Non activité 6 mois après l'obtention du diplôme	3 RDV téléphoniques ou via Skype Correction d'un CV et d'une lettre de motivation Mise en ligne du CV sur la plateforme d'offres d'emploi du partenaire Création d'un espace personnel en ligne Un suivi sur 45 jours La garantie doit être exécutée dans un délai de 12 mois compter de l'obtention du dernier diplôme.
Aide au déménagement	Coordonnées de professionnels du déménagement	1 ^{re} prise de poste en France	Mise en relation
Nettoyage du logement	Intervention de professionnels pour nettoyer le logement quitté		Prise en charge dans la limite de 500€ TTC durant une période d'un mois suivant le déménagement

Pack « Mieux informé »

Garantie	Description	Faits générateurs	Plafonds
Conseil social	Toutes informations relevant du périmètre des droits sociaux	Dès la souscription (hors urgence médicale)	Dans la limite de 5 entretiens téléphoniques par foyer sur 12 mois avec un travailleur social
Informations juridiques téléphoniques	Service d'informations juridiques ciblées		Accès illimité avec un juriste Accessible du lundi au samedi de 8h à 19h
Informations juridiques Site Web	- Recherche intuitive, contenu pédagogique et actualisé, mise à disposition de courriers types et fiches pratiques - Mise à disposition de rapports de suivis		Accès illimité
Informations médicales	Pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse, contraception, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux, addictions, sexologie, comportements à risques...		Accès illimité (réponse apportée dans les 48h)
Recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical	Obtention des coordonnées de praticiens, laboratoires, cabinets de radiographie...		Accès illimité (réponse apportée dans les 48h)
Nutrition prévention santé	Conseils téléphoniques pour prévenir les risques liés à l'alimentation		Dans la limite d'1 entretien avec une diététicienne, sur 12 mois

Les garanties d'assistance définies dans cette notice sont assurées par 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, BP 62127, 44121 Vertou Cedex, immatriculée au répertoire Sirene sous l'numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500Y286NR-B0ATRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Conditions d'intervention

L'Assisteur intervient 24h/24 après appel des bénéficiaires au numéro suivant :

09 72 72 27 28

De France, coût d'une communication locale.

De l'étranger, prix d'une communication internationale, sous réserve des accords entre Orange et les opérateurs des pays étrangers.

Application des garanties d'assistance à domicile :

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale, ni l'intervention habituelle de personnes telles que les employés de maison. Elle ne doit 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. Le nombre d'heures attribuées pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

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 garanties d'assistance sont mises en oeuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties. Dès lors que l'Assisteur n'est pas en mesure de mettre en oeuvre les garanties en Outre-Mer, l'Assisteur s'engage

à prendre en charge les frais engagés par le bénéficiaire, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

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.

Application des garanties d'assistance déplacement :

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales.

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...).

Les garanties d'assistance sont mises en oeuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec elle, sauf stipulations contraires mentionnées dans les garanties.

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.

Faits générateurs

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'événement traumatisant,
- de non activité professionnelle 6 mois après l'obtention du diplôme,
- de première prise de poste en France.

Les garanties d'assistance déplacement s'appliquent en cas :

- d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours en France, à plus de 50 km du domicile.

Ceci dans les conditions spécifiées à chaque article.

Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte). Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en oeuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'assuré est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- si le domicile de l'assuré est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'assuré.

Prise d'effet et durée des garanties

ÔJ tel que décrit au règlement mutualiste MGEN Santé Prévoyance et cessent le 31 décembre suivant. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par durée d'une année à chaque 1^{er} janvier.

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date à laquelle l'assuré perd la qualité de membre participant ou de bénéficiaire. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par l'Assisteur,
- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif par le souscripteur ou l'assureur. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par l'Assisteur,
- en cas de non-paiement de la prime par le souscripteur,
- à la date d'effet de résiliation de l'adhésion par l'assuré.

Pièces justificatives

L'Assisteur se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en oeuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, ...).

Conditions d'application

Subrogation

L'Assisteur est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

Protection des données personnelles

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à l'Assisteur afin de mettre en oeuvre les garanties d'assistance auxquelles le bénéficiaire peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires de l'Assisteur, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à MGEN à l'exception des données à caractère médical

susceptibles d'être collectées.

La demande de mise en oeuvre des garanties emporte autorisation expresse du bénéficiaire à l'Assisteur de communiquer les informations médicales susceptibles d'avoir été collectées à tout professionnel de santé devant les connaître pour accomplir la mission de soins confiée par l'Assisteur.

À cet effet, dans ces conditions et à l'égard de ces professionnels de santé, le bénéficiaire libère l'Assisteur ainsi que son personnel médical de son obligation de secret professionnel sur ces informations médicales. Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès de l'Assisteur.

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 : OPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

Réticence ou fausse déclaration

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

Toute omission ou inexactitude dans la déclaration des circonstances entraîne, si elle est constatée avant sinistre, soit la déchéance de la garantie au titre du sinistre concerné, soit la résiliation de l'adhésion par l'Assisteur pour l'Assuré fautif. En cas de résiliation, l'Assisteur informera MGEN afin qu'elle puisse prononcer la nullité de l'adhésion conformément à l'article 15 de ses statuts.

Prescription

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite 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, que du jour où l'Assisteur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où le bénéficiaire en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là. Quand l'action du bénéficiaire contre l'Assisteur 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 bénéficiaire ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ; la demande en justice, même en référé ; une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assisteur au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le bénéficiaire à l'Assisteur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, l'Assisteur et le bénéficiaire ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Réclamation et médiation

de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA – Direction des opérations - 46 rue du Moulin – BP 62127 44121 Vertou Cedex. Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, par mail (mediation@mutualite.fr) ou à l'adresse suivante : Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15.

Délai de demande d'assistance

L'Assisteur apporte une aide immédiate et effective afin de participer au retour à la normale de la vie familiale. Aussi, pour être recevable, toute demande d'assistance doit être exercée dans les délais indiqués ci-dessous :

Principe :

demande d'assistance liée à une immobilisation ou une hospitalisation, pour être recevable, doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent :

- une immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Principe :

Pour la garantie aide à domicile, le délai de demande d'assistance est de 10 jours à compter :

- d'une immobilisation au domicile,
- de la sortie d'une hospitalisation.

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

Limitations - Exclusions à l'application des garanties

Infraction

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation 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.

Fausse déclaration

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la surveillance d'un événement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

Force majeure

L'Assisteur ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

Refus du bénéficiaire

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil, les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation. En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

Exclusions pour les garanties d'assistance à domicile

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les hospitalisations :

- dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques,
- liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,
- liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

Exclusions pour les garanties d'assistance déplacement

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut être différé à son retour,
- les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche,
- les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement,
- les événements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition,
- les soins externes (toute consultation ou tout examen complémentaire, acte de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation),
- les frais médicaux engagés en France,
- les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,
- les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par l'Assisteur au titre des garanties,
- les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche,
- les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.

Définitions

Accident corporel

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Assuré

Le membre participant Jeune tel que défini à l'article 9-VII des statuts MGEN, le membre participant orphelin et le bénéficiaire enfant âgé de 18 à 29 ans inclus.

Bénéficiaires des garanties d'assistance

L'assuré.

Domicile

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'assuré en France.

France

France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

Hospitalisation imprévue

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

Immobilisation imprévue

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

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.

NOTICE D'INFORMATION

Contrat d'assurance entre IMA Assurances et MGEN pour l'assistance pour la couverture internationale :

- des bénéficiaires enfants étudiants,
- des bénéficiaires enfants non étudiants de 18 à 28 ans,
- des membres participants étudiants préparant les concours de l'Education nationale (et leur bénéficiaire conjoint).

• Préambule

La convention d'assistance Internationale est assurée par INTER MUTUELLES ASSISTANCE ASSURANCES, SA au capital de 5 000 000 euros entièrement libéré, régie par le Code des assurances, sise 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculée au RCS sous le numéro 481.511.632, et mise en oeuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA GIE*).

*Groupement d'Intérêt Economique au capital de 3 750 000 €, dont le siège est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort, immatriculé au RCS de Niort sous le n° 433.240.991.

IMA GIE intervient 7 jours sur 7, 24 heures sur 24, à la suite d'appels émanant de bénéficiaires aux numéros suivants :

Depuis les Etats-Unis : 1 888 251 0765

Depuis le reste du monde : 00 33 (0)5 49 76 66 77*

* Mayotte : 05 49 76 66 77

• Définitions

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la convention, entendus avec les acceptions suivantes :

Accident corporel : Evénement soudain, d'origine extérieure au corps humain, involontaire, imprévisible, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

Animaux de compagnie : Les animaux de compagnie sont les animaux domestiques dont l'espèce est depuis longtemps domestiquée, vivant au domicile du bénéficiaire.

Bagages à main : Les bagages à main qu'IMA GIE peut prendre en charge sont les effets transportés par le bénéficiaire, dans la limite de 30 kg, et à l'exception de tout moyen de paiement, des denrées périssables, des bijoux et autres objets de valeur. Sont assimilés aux bagages à main, et gérés comme tels, les vélos, VTT et autres bicyclettes.

Conjoint : Conjoint de droit : l'époux/épouse, ou le partenaire dans le cadre d'un PACS (Pacte Civil de Solidarité). Par conjoint de fait, il faut entendre le concubin.

Domicile : La demeure légale et officielle d'habitation du souscripteur en France ou à dans le pays de stage ou d'études. Les étudiants sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence de leurs parents assurés.

Evénement climatique majeur : Inondations, tempêtes, cyclones, feux de forêt, avalanches, séismes, éruptions volcaniques, mouvements de terrain.

Frais d'hébergement : Frais de la nuit à l'hôtel, et des repas, hors frais de téléphone et de bar.

France : Sont assimilés à la France, la France métropolitaine, les départements d'outre-mer et la principauté de Monaco.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement hospitalier incluant au moins une nuit.

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

N.B. : Ni les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé, ni les retours pour greffe d'organe, ne peuvent être considérés comme des événements donnant droit à une assistance au titre de la maladie si celle-ci n'est pas justifiée par une altération soudaine et imprévisible de l'état de santé au cours du voyage.

Lieu d'études : Localité dans laquelle se trouve le domicile du lieu de stage, d'étude ou de séjour linguistique.

Proche : Parent du bénéficiaire.

Séjour d'étude : Le séjour d'étude comprend les études, les stages et les séjours linguistiques effectués par le bénéficiaire à l'étranger dans le cadre de sa scolarité.

Soins ambulatoires : Tout acte d'exploration ou de chirurgie qui justifie d'un équivalent d'hospitalisation de courte durée (anesthésie générale, hospitalisation de jour, salle de réveil, chimiothérapie, radiothérapie, dialyse).

Soins externes : Toutes les consultations, tous les examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement avec sortie immédiate, les soins dentaires ou optiques, réalisés en cabinet ou à l'hôpital, ne justifiant d'aucune mesure de surveillance spécifique.

I - Domaine d'application

I-1 - Bénéficiaires

Tout bénéficiaire (bénéficiaire enfant étudiant ; bénéficiaire enfant non étudiant de 18 à 28 ans ; membre participant étudiant préparant les concours de l'Education nationale et son bénéficiaire conjoint) domicilié :

- en France dans le cadre d'un déplacement touristique,
- ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour d'étude,

I-2 - Déplacements garantis

Les garanties s'appliquent :

- pendant les séjours d'étude effectués par le bénéficiaire à l'étranger : études, séjours linguistiques ou stages quelle que soit leur durée,
- et pour tout séjour touristique à l'étranger effectué par le bénéficiaire, pour une durée pouvant aller jusqu'à un an.

I-3 - Territorialité

Les garanties d'assistance aux personnes décrites dans la suite de ce document s'appliquent sans franchise kilométrique dans le lieu d'études du bénéficiaire, sauf pour la mise en oeuvre des secours primaires qui ne sont pas du ressort de l'assistance, et à l'occasion d'un déplacement touristique à l'étranger, pendant la durée de validité de la couverture internationale de MGEN.

I-4 - Evénements générateurs

Ces garanties s'appliquent à la suite d'événements survenant dans le lieu d'études ou au cours d'un déplacement (voir modalités à l'article 2.3), tels que définis ci-après :

- maladie, accident corporel, décès d'un bénéficiaire
- décès ou risque de décès imminent et inéluctable du conjoint de droit ou de fait, d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe au premier degré, d'un frère ou d'une sœur d'un des bénéficiaires
- vol ou perte de papiers d'identité ou de moyens de paiement
- événement climatique majeur.

I-5 - Mise en œuvre des prestations garanties

- a) IMA GIE met en œuvre les garanties de la présente convention et assume, pour le compte de MGEN, la prise en charge des frais y afférents.
- b) Les garanties qui sont décrites dans la suite de ce document s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'événement.
- La responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de manquement aux obligations de la présente convention, si celui-ci résulte de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.
 - De la même façon, la responsabilité d'IMA GIE ne saurait être recherchée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par IMA GIE.
 - IMA GIE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.
 - En outre, IMA GIE ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.
 - Enfin, IMA GIE ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.
- c) Ces garanties sont mises en œuvre par IMA GIE ou en accord préalable avec lui. Par contre, IMA GIE ne participe pas, en principe, aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.
- d) Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention d'IMA GIE, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).
- e) Les garanties, non prévues dans la présente convention, qu'IMA GIE accepterait de mettre en œuvre à la demande d'un bénéficiaire seront considérées comme une avance de fonds remboursable par le bénéficiaire de la couverture Internationale MGEN.

I-6 - Subrogation

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

I-7 - Prescription

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée du bénéficiaire à IMA ASSURANCES ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

I-8 - Accès aux données personnelles

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA ASSURANCES.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

2 - Frais médicaux

2-1 - Orientation médicale hospitalière

IMA GIE est liée par convention avec des établissements hospitaliers à travers le monde.

Ces établissements agréés par IMA GIE ont été sélectionnés en fonction :

- de critères de compétences médicales concernant les plateaux techniques,
- de conditions financières convenues avec IMA GIE afin d'apporter les meilleures réponses possibles aux patients compte tenu de la situation culturelle, géographique, politique, sociale et économique du pays considéré.

En conséquence, l'appel préalable à IMA GIE est la règle, qu'il émane du bénéficiaire, de toute personne disposée à lui porter aide ou de l'établissement hospitalier agréé par IMA GIE.

2-2 - Paiement des frais médicaux pour le compte de MGEN dans le pays de séjour d'études

2-2-1 - Hospitalisation et soins ambulatoires

Lorsqu'un bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement agréé par IMA GIE, IMA GIE délivre un accord de prise en charge et procède au règlement des frais médicaux et chirurgicaux hospitaliers ou des soins ambulatoires pour le compte de MGEN, dans la limite de 150 000 € par événement médical ou de 250 000 euros en fonction du contrat souscrit auprès de MGEN.

Lorsque, pour raison médicale, IMA ASSURANCES est amenée à transférer un bénéficiaire vers un autre pays, elle effectue dans le même temps la garantie des frais médicaux dans ce pays.

Lorsque IMA ASSURANCES n'est pas sollicitée, MGEN assure directement ses garanties.

2-2-2 - Soins externes aux Etats Unis

Pour faciliter l'accès aux soins externes, dans pays reconnu très cher, MGEN met en place un fond de roulement de 7500 USD à disposition d'Inter Mutuelles Assistance. Celui-ci sera géré, sous leur contrôle, par leur correspondant aux Etats Unis HealthCase.

HealthCase met à disposition des étudiants une carte, permettant de recourir au réseau de prestataires médicaux, et faisant mention explicite des franchises inhérentes au contrat souscrit.

Les pièces justificatives originales seront transmises directement à MGEN SEM par HealthCase, assorties d'un bordereau récapitulatif permettant de connaître l'état du fond de roulement. Une copie de ce bordereau est transmise en parallèle à Inter Mutuelles Assistance pour assurer le suivi. On convient que la fréquence des envois sera fonction de l'utilisation, et que le fond est abondé dès lors que le plancher de 2 000 USD est atteint.

2-2-3 - Cas particuliers

IMA ASSURANCES procède également au règlement de frais pour le compte de MGEN dans les cas suivants :

- a) **Suivi obstétrical** (visites, examens complémentaires...) : pré et postnatal, dans la mesure où ce suivi entre dans le cadre d'un forfait accouchement,
- b) **Chambre particulière** (de catégorie standard) : dès l'instant où elle n'entraîne pas de surévaluation des prestations médicales et/ou hospitalières, et ce, pour une durée maximale de 30 jours,

c) Soins pré et postopératoires : les actes accessoires tels que les consultations pré et postopératoires liées à une pathologie unique dès lors que les praticiens et/ou l'hôpital acceptent la négociation d'un package,

d) Suivi postopératoire extra hospitalier immédiat : en cas de fin d'hospitalisation précoce, compte tenu des pratiques médicales locales et après accord des médecins d'IMA GIE,

e) Soins itératifs et onéreux : sur seul accord exprès de MGEN.

2-3 - Paiement des frais médicaux pour le compte de MGEN dans un pays autre que celui de séjour d'étude

Lorsqu'un bénéficiaire voyage dans un pays autre que celui de son pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, IMA ASSURANCES effectue la garantie des frais médicaux d'hospitalisation ou les soins ambulatoires, mais uniquement en cas d'événement médical soudain et imprévisible ou accidentel.

3 - Garanties d'assistance

3-1 - Assistance aux bénéficiaires blessés ou malades

3-1-1 - Transport sanitaire

En cas de maladie ou d'accident corporel, lorsque les médecins d'IMA GIE, après avis des médecins consultés localement, et si nécessaire du médecin traitant, et en cas de nécessité médicale établie, décident d'un transport sanitaire et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), IMA GIE organise et prend en charge le transport du patient :

S'il s'agit d'un séjour d'étude :

- vers l'hôpital adapté le plus proche si l'événement survient sur le lieu d'études,
- vers l'hôpital de son lieu d'études ou dans un hôpital adapté si l'événement survient lors d'un déplacement
- ou le cas échéant au domicile de son lieu d'études

Si la situation l'exige, notamment dans l'intérêt médical du patient, les médecins d'IMA GIE peuvent décider du transport sanitaire du patient bénéficiaire en France.

S'il s'agit d'un séjour touristique :

- dans un hôpital adapté proche de l'événement,
- au domicile du patient en France ou dans un hôpital adapté proche du domicile.

Pour un patient ayant bénéficié d'un transport sanitaire, IMA GIE peut prendre charge, en cas de nécessité médicalement justifiée, et sur décision des médecins d'IMA GIE, son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-1-2 - Retour dans le lieu d'études

À la suite d'un transport sanitaire tel que défini à l'article 3.1.1, IMA GIE organise et prend en charge, en cas de nécessité, si l'état médical et les soins à poursuivre le permettent, le retour du bénéficiaire à son domicile du lieu d'études.

3-1-3 - Prolongation du séjour pour raison médicale

Lorsque le bénéficiaire n'est pas jugé transportable par les médecins d'IMA GIE alors que son état médical ne nécessite plus une hospitalisation, ses frais d'hébergement sont pris en charge par IMA GIE à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-1-4 - Poursuite du voyage

Si les médecins d'IMA GIE jugent que l'état de santé du bénéficiaire ne nécessite pas un retour au domicile, IMA GIE prend en charge ses frais de transport pour lui permettre de poursuivre son voyage interrompu, à concurrence des frais qui auraient été engagés pour le retour à son domicile.

3-2 - Assistance en cas décès

3-2-1 - Décès d'un bénéficiaire

IMA GIE organise et prend en charge le transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation en France. La prise en charge inclut les frais de préparation du défunt, les aménagements spécifiques au transport, ainsi qu'un cercueil, conforme à la législation et de qualité courante. Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, de convoi et d'inhumation restent à la charge de la famille.

3-2-2 - Déplacement d'un proche

Si la présence d'un proche sur les lieux du décès s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps, ou les formalités de rapatriement ou d'incinération du bénéficiaire décédé, IMA GIE organise et prend en charge son déplacement aller-retour et son hébergement à concurrence de 50 € par nuit pour une durée maximale de 7 nuits.

3-2-3 - Retour anticipé en cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable

En cas de décès ou de risque de décès imminent et inéluctable du conjoint (de droit ou de fait), d'un ascendant en ligne directe ou d'un descendant en ligne directe, d'un frère ou d'une sœur du bénéficiaire, IMA GIE organise et prend en charge l'acheminement du bénéficiaire en France :

- jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques,
- jusqu'au lieu où se trouve le proche dont le décès est imminent et inéluctable, sur décision des médecins d'IMA GIE,

et le voyage de retour au domicile du lieu d'études.

3-3 - Garanties complémentaires

3-3-1 - Voyage aller/retour d'un proche

Lorsque, au cours d'un déplacement le bénéficiaire blessé ou malade, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche demeurant dans le lieu d'études et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

De même, si le bénéficiaire réside seul dans ce pays, IMA GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche résidant en France et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par nuit, pour une durée maximale de 7 nuits.

Si le blessé ou malade est handicapé, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

3-3-2 - Vol, perte ou destruction de documents

En cas de vol, de perte ou de destruction de papiers d'identité, de moyens de paiement ou de titres de transport, IMA GIE conseille le bénéficiaire sur les démarches à accomplir (dépôt de plainte, oppositions, documents équivalents, démarches à effectuer pour renouveler les documents) et peut, contre reconnaissance de dette, effectuer l'avance de fonds nécessaire au retour au domicile.

3-3-3 - Bagages à main, animaux de compagnie

À l'occasion du transport sanitaire d'un bénéficiaire, les animaux de compagnie qui l'accompagnent et ses bagages à main sont rapatriés aux frais d'IMA GIE.

3-3-4 - Frais de secours et de recherche

a) Frais de secours

En cas d'accident, IMA GIE prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à une structure médicale adaptée.

b) Frais de recherche

En cas de disparition d'un bénéficiaire hors de son pays de séjour d'étude, IMA GIE prend en charge à concurrence de 15 000 €,

dès lors qu'ils sont justifiés, les frais de recherche engagés par les services de secours habilités, sauf s'ils font l'objet d'une prise en charge par l'autorité publique.

Cette prestation n'est pas applicable dans le cadre de compétitions sportives professionnelles et en France.

3-3-5 - Recherche et expédition de médicaments et prothèses

En cas de nécessité, IMA GIE recherche, sur le lieu de séjour d'étude ou de séjour touristique, les médicaments prescrits ou leurs équivalents indispensables à la santé du patient. À défaut de pouvoir se les procurer sur le lieu de séjour, et dans la mesure où le délai d'acheminement est compatible avec la nature du problème, IMA GIE organise et prend en charge l'expédition de ces médicaments.

3-3-6 - Événement climatique majeur

a) Attente sur place

Lorsque le bénéficiaire ne peut poursuivre le voyage prévu à la suite d'un événement climatique majeur, IMA GIE prend en charge les frais d'hébergement à concurrence de 50 € par nuit, et ce pour une durée de 7 nuits.

b) Retour du bénéficiaire

Lorsque le bénéficiaire doit interrompre son séjour hors du pays de séjour d'étude en raison d'un événement climatique majeur, et si les conditions le permettent, IMA GIE organise et prend en charge son retour au domicile du séjour d'étude.

La prise en charge de ces garanties n'est effective que si elles ont été mises en oeuvre après accord d'IMA GIE et dès lors qu'il n'y a aucune prise en charge de la part des autorités françaises, des autorités du pays sinistré, des organismes de voyage ou des compagnies de transport concernés.

IMA GIE se réserve le droit d'exercer tout recours auprès de ces organismes de voyage et compagnies de transport.

3-3-7 - Frais de télécommunications

Les frais de télécommunications engagés par le bénéficiaire pour joindre IMA GIE à l'occasion d'une intervention d'assistance ou d'une demande de renseignement sont remboursés par IMA GIE sur justificatifs.

3-4 - Avance de fonds, frais de justice et caution pénale

3-4-1 - Avance de fonds

IMA GIE peut, contre reconnaissance de dette, consentir au bénéficiaire en déplacement une avance de fonds pour lui permettre de faire face à une dépense découlant d'une difficulté grave et de caractère imprévu.

Ces avances de fonds sont remboursables dans un délai d'un mois après le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile.

3-4-2 - Frais de justice à l'étranger

IMA GIE avance, dans la limite de 3 000 €, les honoraires d'avocat et frais de justice que le bénéficiaire peut être amené à supporter à l'occasion d'une action en défense ou recours devant une juridiction étrangère, en cas d'accident, de vol, de dommages ou de tout autre préjudice subi au cours du séjour ou du voyage.

Cette avance est remboursable dès le retour du bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à domicile, dans un délai d'un mois.

3-4-3 - Caution pénale à l'étranger

IMA GIE effectue le dépôt des cautions pénales, civiles ou douanières, dans la limite de 10 000 €, en cas d'incarcération du bénéficiaire ou lorsque celui-ci est menacé de l'être.

Ce dépôt de caution a le caractère d'une avance auprès de la personne morale. Il devra être intégralement remboursé par le bénéficiaire de la couverture internationale MGEN à IMA GIE dans un délai d'un mois suivant son versement.

4 - Services d'informations

4-1 - Conseils médicaux

Des conseils médicaux pour un déplacement à l'étranger pourront être donnés par les médecins d'IMA GIE :

- lors de la préparation du voyage (attitudes préventives, vaccinations obligatoires et conseillées),
- pendant le voyage (choix d'établissement hospitalier),
- et au retour du voyage (tout événement médical survenant dans les suites immédiates).

Ces conseils ne peuvent, pour autant, être considérés comme des consultations médicales.

4-2 - Renseignements pratiques

Des renseignements pratiques, de caractère général, relatifs à l'organisation des voyages, pourront être communiqués (formalités administratives, liaisons téléphoniques, caractéristiques économiques et climatiques ...).

4-3 - Assistance linguistique

Le bénéficiaire en déplacement hors du pays de séjour d'étude ou à l'occasion d'un séjour touristique, confronté à de graves difficultés de communication dans la langue du pays où il se trouve, peut solliciter IMA GIE qui lui permet de bénéficier du service de ses linguistes.

4-4 - Messages urgents

IMA GIE se charge de transmettre des messages urgents en rapport avec un événement grave. IMA GIE ne peut être tenu responsable du contenu des messages, qui sont soumis à la législation française et internationale.

5 - Exclusions

Les frais suivants ne sont pas pris en charge par IMA GIE :

- les soins externes : ils sont assurés par MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais médicaux engagés en France : ils sont assurés par MGEN selon les dispositions prévues dans ses garanties,
- les frais d'hébergement en France,
- l'achat ou la location d'appareils de climatisation, d'humidificateurs, d'appareils à aérosol et d'appareils pour exercices physiques, les frais de confort personnel (radio, télévision, coiffeur, etc.),
- les dépenses liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles,
- les soins de chirurgie plastique ou reconstructive demandés pour des raisons exclusivement esthétiques en dehors des interventions sur blessure, malformation ou lésion liées à des maladies, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, les voyages à visée thérapeutique,
- les soins dentaires réalisés en externe, quel que soit leur montant,
- les frais liés à des accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel, de la pratique ou de la participation en amateur à une course, une compétition, un concours, un rallye ou des essais nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre, aérien, ou aquatique à moteur,
- les frais liés à des accidents résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'un ULM, deltaplane, aile volante, parachute ou parapente,
- Les frais nés de la participation de l'adhérent à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.

MGEN
Action
sanitaire
et sociale

84 Statuts

89 Règlement mutualiste

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1 Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Action sanitaire et sociale a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 14 mars 2002.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 441 921 913.

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Égalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de mettre en œuvre une action sociale,
- de gérer des réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales ou culturelles,
- de participer au service public hospitalier,
- de promouvoir des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Action sanitaire et sociale délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

➤ Chapitre 2 Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

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

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Action sanitaire et sociale, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre et exclusivement, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN prévus à l'article 10 des statuts de MGEN sont bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Action sanitaire et sociale et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 12 à 17 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre I Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

Article 12 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 16, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

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

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

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

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 13 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 12-1 et 12-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. III-3 et L. III-4 du Code de la mutualité,

- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - Force exécutoire des décisions

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

Article 16 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 17 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 18 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 18 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité. La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 19 - Représentation des salariés

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

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

Section 2 - Réunions

Article 20 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 21 - Obligation de confidentialité

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

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 23 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 24 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 25 - Délégations de pouvoirs

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

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

Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election et composition du bureau

Article 26 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 27 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 28 - Le président

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

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

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

Chapitre 4

Direction effective

Article 29 - Dirigeants effectifs

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

Article 30 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de MGEN Action sanitaire et sociale, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 31 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 32 - Sections de vote

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

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

Article 33 - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

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

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

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

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

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

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

Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 34 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

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

Article 35 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 36 - Modes de placements

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 37 - Commissaires aux comptes

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

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

Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN Action sanitaire et sociale

Article 38 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Action sanitaire et sociale fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social ou culturel gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 39 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 40 - Paiement des cotisations

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

Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 41 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

TITRE I

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

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

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Action sanitaire et sociale sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Action sanitaire et sociale, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Action sanitaire et sociale. À ce titre, le règlement mutualiste «Dispositions générales» de MGEN s'impose à eux.

Article 3 - Dispositions particulières à certaines prestations

Les allocations prévues au titre 2 du présent règlement sont des allocations et services d'action sociale, relevant de l'article L.111.1-1-3 du Code de la mutualité, sur lesquelles l'assemblée générale se prononce annuellement.

TITRE 2

ALLOCATIONS, SERVICES ET RÉALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

➤ Chapitre I

Allocations et services

Article 4 - Handicap et dépendance

I - 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 et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de MGEN.

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-conseil de MGEN, et qui ne bénéficient pas, à ce titre, de la prestation Dépendance totale de MGEN. Si en cours d'année, le membre participant ou le bénéficiaire conjoint MGEN est classé en GIR 1 ou 2 et perçoit à ce titre la rente dépendance totale par MGEN, l'allocation dépendance est interrompue.

3 - Modalités de versement des allocations

Elles sont attribuées annuellement par l'assemblée générale en fonction des ressources de la mutuelle, et sont versées périodiquement. Elles peuvent être modulées en fonction du handicap, du degré de dépendance, du besoin d'assistance, du quotient familial ou des aides extérieures.

4 - Correspondant mutualiste

Le comité 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 5 - Soins coûteux durables

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

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 6 - Soins coûteux ponctuels

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

La participation est annuelle et éventuellement renouvelable.

Article 7 - Prestation particulière

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

Article 8 - 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 9 - Service d'aide à domicile « Solidarité »

9-1 - Nature de l'allocation

L'allocation d'aide à domicile peut être versée aux membres participants et bénéficiaires connaissant une situation particulière de fragilité et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Elle prend la forme :

- d'une aide pour l'accomplissement des tâches ménagères par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou d'une aide en cas de présence de jeunes enfants par des organismes conventionnés avec MGEN Filia,
- ou de conseils, éventuellement en relation avec d'autres organismes.

9-2 - Versement de l'allocation

L'allocation est versée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile en tenant compte de la situation familiale et financière du bénéficiaire de la prestation.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de travailleuse familiale peut être accordé au mutualiste.

Aucune allocation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Article 10 - Complément d'action sociale

En complément des prestations d'aide à domicile prévues à l'article 3 du règlement mutualiste 1 de MGEN Filia et de l'allocation prévue à l'article 9 du présent règlement, les membres participants et/ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'un complément d'action sociale. Ce complément, d'un montant de 5 euros de l'heure, est versé mensuellement en tenant compte de la situation familiale et financière du bénéficiaire de la prestation.

Article 11 - 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.

Article 12 - Complément audioprothèse

En complément de la prise en charge de l'achat de prothèses auditives dans les conditions fixées au tableau Audioprothèse du règlement mutualiste MGEN, les membres participants et/ ou leurs bénéficiaires peuvent bénéficier d'une allocation d'action sociale, dont le montant est modulé en fonction de la situation familiale et financière du membre participant ou bénéficiaire.

Article 13 - Réservations de lits, places

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

Article 14 - Centres de vacances pour personnes handicapées

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

➤ Chapitre 2

Services de soins et d'accompagnement mutualistes

Article 15

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère les établissements sanitaires et médico-sociaux suivants :

- Établissement de santé pour adolescents de Chanay - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes d'Arès - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Caire-Val - Site Jules Bouquet - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Fontenay-en-Paris - Donation Brière - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Verrière - Site Denis Forestier - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Huby Saint Leu - Site Gabrielle Hielle - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Saint-Cyr-sur-Mer - Groupe MGEN,
- Établissement de médecine et de soins de suite et de réadaptation, Institut de néphrologie de Maisons-Laffitte - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation de Hyères - Site Pierre Chevalier - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation de La Chimotaie - Groupe MGEN,

- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la Chimotaie - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation de L'Arbizon - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation d'Evian - Site Camille Blanc - Groupe MGEN,
- Établissement de médecine et de soins de suite et de réadaptation de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de Sainte Feyre - Site Alfred Leune - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation de La Menaudière - Groupe MGEN,
- Établissement de soins de suite et de réadaptation des Trois-Epis - Groupe MGEN,
- Établissements médico-sociaux du Royans - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Bordeaux - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Grenoble - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lille - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Lyon - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rouen - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Toulouse - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale d'Ivry sur Seine - Groupe MGEN,
- Établissement de santé mentale de Paris - Groupe MGEN
- Établissement sanitaire de la Verrière - Site Marcel Rivière - Groupe MGEN.

MGEN Action sanitaire et sociale administre et gère également l'Accueil loisirs adaptés pour enfants ou adultes en situation de handicap de Riec sur Belon ainsi que l'Institut de formation en soins infirmiers de la Verrière.

Article 16

Les conditions d'admission sont celles définies au règlement intérieur de chaque établissement.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 17

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Action sanitaire et sociale au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

The logo for MGEN Centres de santé is located in the bottom-left corner of a large purple grid. The text 'MGEN' is in a large, bold, white sans-serif font. Below it, 'Centres de santé' is written in a smaller, white sans-serif font, with 'Centres' on one line and 'de santé' on the line below.

MGEN
Centres
de santé

93 Statuts

98 Règlement mutualiste

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Centres de santé a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité, le 30 juin 2004.

Elle est régie par les dispositions du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 477 901 714.

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Égalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires de gérer des réalisations sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut présenter des garanties :

- en lien avec son objet,
- ou dont le risque est porté par une mutuelle ou une union régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre

participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Centres de santé délègue, par convention, partie de sa gestion à MGEN.

➤ Chapitre 2

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

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

Seuls les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN sont membres participants de MGEN Centres de santé.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Centres de santé, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, bénéficient, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 7 des présents statuts, à ce titre, des prestations définies au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 7 - Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN, prévus à l'article 10 des statuts de MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Centres de santé.

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

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 9 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Centres de santé et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 12 à 17 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 10 - Composition

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 11 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

Article 12 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 16, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

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

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

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

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 13 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 12-1 et 12-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 14 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,

j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.

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

Article 15 - Force exécutoire des décisions

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

Article 16 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 17 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 18 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 18 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Article 19 - Représentation des salariés

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

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

Section 2 - Réunions

Article 20 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 21 - Obligation de confidentialité

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

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 23 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 24 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;

- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 25 - Délégations de pouvoirs

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

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

Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et composition du bureau

Article 26 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 27 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 28 - Le président

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

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

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

Chapitre 4

Direction effective

Article 29 - Dirigeants effectifs

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

Article 30 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 31 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 32 - Sections de vote

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

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

Article 33 - Assemblée départementale et assemblée générale de section de vote

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

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

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

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 34 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

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

Article 35 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 36 - Modes de placement

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 37 - Commissaires aux comptes

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

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

➤ Chapitre 7

Fonctionnaires détachés à MGEN

Centres de santé

Article 38 - Détachement

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'objet défini à l'article 3 de ses statuts, MGEN Centres de Santé fait appel notamment à des fonctionnaires détachés en vue d'exercer des fonctions de direction au sein des établissements à caractère sanitaire, social, médico-social gérés par elle.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 39 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 40 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 41 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

TITRE I

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

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

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Centres de santé sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Centres de santé, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Centres de santé. À ce titre, le règlement mutualiste «Dispositions générales» de MGEN s'impose à eux.

Article 3 - Dispositions particulières

Les activités mentionnées au titre 2 du présent règlement sont des services d'action sociale, relevant de l'article L. 111.1-1-3 du Code de la mutualité.

TITRE 2

SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTE

Article 4

MGEN Centres de santé administre et gère des centres médicaux et dentaires et un centre d'optique et d'audition :

- Centre médical et dentaire de Lyon - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nancy - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Nice - Groupe MGEN
- Centre médical et dentaire de Paris Vaugirard - Groupe MGEN,
- Centre médical et dentaire de Strasbourg - Groupe MGEN
- Centre d'optique et d'audition de Paris - Groupe MGEN

TITRE 3

COTISATIONS

Article 5

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Centres de santé au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

The logo for MGEN Vie, featuring the word "MGEN" in a bold, white, sans-serif font above the word "Vie" in a similar font, both centered within a dark red square.

I 00 Statuts

I 06 Règlement mutualiste

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

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

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

Article 2 - Siège de la mutuelle

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

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Égalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires, d'accompagner ses adhérents dans leurs situations de vie par :

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

Elle peut également mettre en œuvre une action de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

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

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

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

Article 4 - Règlement mutualiste

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

Article 5 - Convention de gestion

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

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

➤ Chapitre 2

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

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

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

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

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

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Vie, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

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

➤ Chapitre I

Assemblée générale

Section 1 - Composition, élection

Article 11 - Composition

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

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 12 - Convocation et ordre du jour

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

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

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

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

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

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

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

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

des personnes physiques susmentionnées.

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

Il définit notamment :

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

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

Article 8 - Bénéficiaires

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

Article 9 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 11 et 18-I des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 10 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Vie et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 12 à 17 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

Article 13 - Règles de quorum et de majorité

1 - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 17, les prestations offertes, la fusion, la scission, la dissolution, la liquidation ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre total de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

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

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

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

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

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 14 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 13-1 et 13-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 15 - Compétences

L'assemblée générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle statue sur :

- a) les modifications des statuts,
- b) les activités exercées par la mutuelle,
- c) les montants ou taux de cotisations,
- d) les prestations offertes,
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité,
- f) l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- g) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- h) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que le rapport de gestion du groupe,
- i) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- j) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,

- k) le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L. 310-4 du Code de la mutualité.
- l) le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m) la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R. 115-6 du Code de la mutualité.

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

Article 16 - Force exécutoire des décisions

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

Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

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

➤ Chapitre 2 Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 18 - Composition et élection des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

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

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

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

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

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

Article 19 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

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

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

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

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

3 - Incompatibilités

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

4 - Interdictions

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

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

Section 2 - Réunions

Article 20 - Convocation et ordre du jour

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

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

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

Article 21 - Obligation de confidentialité

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

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

Article 23 - Démission d'office

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

Section 3 - Attributions

Article 24 - Compétences

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

Le conseil d'administration :

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 25 - Délégations de pouvoirs

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

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

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Election et composition du bureau

Article 26 - Election

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletin secret pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 27 - Composition du bureau

Le bureau comprend au maximum 4 membres dont :

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

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 28 - Le président

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

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

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

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

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

➤ Chapitre 4

Direction effective

Article 29 - Dirigeants effectifs

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

Article 30 - Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

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

Article 31 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

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

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

➤ Chapitre 5

Organisation des sections de la mutuelle

Article 32 - Sections de vote

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

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

Article 33 - Assemblée générale de section de vote

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

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

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

➤ Chapitre 6

Organisation financière

Section I - Produits et charges

Article 34 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale MGEN acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle.

Et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

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

Article 35 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les diverses charges relatives aux services offerts aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à son activité,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

Et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

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

Article 36 - Modes de placement

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

Article 37 - Fonds d'établissement

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

Article 38 - Marge de solvabilité

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 39 - Commissaires aux comptes

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

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

Section 4 - Comité d'audit

Article 40 - Comité d'audit

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

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

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

TITRE 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 42 - Respect des statuts et règlement(s)

Toute personne qui manifeste sa volonté de devenir membre de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements des mutuelles. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

Article 43 - Paiement des cotisations

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

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 44 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlement(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Règlement mutualiste

TITRE I

RÈGLES GÉNÉRALES APPLICABLES

Article 1

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

Il est adopté par l'assemblée générale de MGEN Vie sur proposition du conseil d'administration.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7 des statuts de MGEN Vie, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires de MGEN Vie et, à ce titre le règlement mutualiste « Dispositions générales » de MGEN s'impose à eux.

TITRE 2

PRESTATIONS

Article 3 - Prestation naissance

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

- Naissance : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de sa mutualisation.
- Adoption : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement définitif d'adoption plénière ou, le jugement d'adoption étranger, produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande d'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire.

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans compter de la naissance ou du jugement définitif de l'adoption plénière d'un enfant, accompagnées des justificatifs suivants :

- Naissance : un extrait d'acte de naissance attestant du lien de filiation au 1^{er} degré avec l'enfant.
- Adoption : la copie du jugement définitif français d'adoption plénière, ou la copie du jugement étranger accompagnée de sa traduction en français.

Article 4 - Garantie décès supplémentaire au régime Corem

Le membre participant ou le bénéficiaire MGEN adhérant au régime Corem a la faculté d'adhérer à cette garantie destinée à assurer, en cas de décès, un capital à ses proches.

Les conditions de la garantie figurent dans la notice d'information remise à l'adhérent lors de la souscription. Ladite notice est annexée au présent règlement (article 8).

Article 5 - Prestations Invalidité - Décès (PID)

5-1 - Objet

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

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

N'ouvrent pas droit à la PID, au-delà des cas prévus aux articles 2 des règlements mutualistes MGEN Santé Prévoyance et MGEN International Santé Prévoyance, les membres participants retraités qui, avant le 1^{er} janvier 1986 ont, soit opté pour une allocation annuelle (versée par l'UMR), soit refusé de bénéficier de la garantie décès ou de l'allocation annuelle, soit n'avaient pu y prétendre.

5-2 - Date d'effet et fin de la garantie

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

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

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

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

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

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

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

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

La garantie cesse de produire ses effets :

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

5-3 - Définitions

5-3-1 - Définition de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

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

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

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

5-3-2 - Définition de l'enfant à charge

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

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

5-4 - Prestations garanties

5-4-1 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants actifs

- Pour la formule Prévoyance Actif :

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

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

- Pour la formule Prévoyance Actif Renforcée :

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

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

5-4-2 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants retraités

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

5-4-3 - Décès et PTIA - Garantie des membres participants associés et des bénéficiaires conjoints

Pour les membres participants associés et les bénéficiaires conjoints, le capital garanti s'élève à 2 500 euros.

5-4-4 - Majoration pour charge de famille

- Offre Prévoyance Actif et Offre Prévoyance Retraité

En cas de décès du membre participant actif ou retraité, une somme de 10 000 € est versée à chacun des enfants à charge.

En cas de PTIA du membre participant actif ou retraité, une somme de 10 000 € est versée à ce dernier par enfant à charge.

- Offre Prévoyance Actif Renforcée

En cas de décès du membre participant actif, une somme de 15 000 € est versée à chacun des enfants à charge.

En cas de PTIA du membre participant actif adhérent de l'offre Prévoyance Actif Renforcée, une somme de 15 000 € est versée à ce dernier par enfant à charge.

En cas de décès du membre participant associé ou du bénéficiaire conjoint, une somme de 1 250 € est versée à chacun des enfants à charge.

En cas de PTIA du membre participant associé ou du bénéficiaire conjoint, une somme de 1 250 € est versée à ce dernier par enfant à charge.

5-5 - Bénéficiaires des prestations garanties

5-5-1 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Les prestations sont versées au membre participant ou au bénéficiaire conjoint.

Le versement des prestations au titre de la PTIA libère MGEN Vie de toute obligation lors du décès ultérieur de ce dernier. Il met donc fin à la garantie « décès ».

5-5-2 - En cas de décès

5-5-2-1 - Bénéficiaires

Lorsque l'adhérent a désigné un ou plusieurs bénéficiaires, les prestations sont versées au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

A défaut de désignation expresse, les prestations sont versées :

- au conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, au pacsé de l'assuré,
- à défaut, au concubin notoire de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, aux ascendants au 1^{er} degré de l'assuré,
- à défaut, et par parts égales, aux héritiers de l'assuré,
- à défaut, à MGEN.

Lorsque le bénéficiaire de la prestation est mineur, celle-ci est versée sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

Le(la) concubin(e) doit apporter la preuve qu'il ou elle a vécu en concubinage avec le membre participant décédé jusqu'au moment du décès de celui-ci. Le(la) concubin(e) doit fournir pour cela au moins deux documents de nature différente.

5-5-2-2. Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier de l'adhérent daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par l'adhérent à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'à lui seul.

Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par l'adhérent doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant ou du bénéficiaire conjoint.

Après le décès de l'adhérent, l'acceptation est libre.

5-5-3 - En cas de majoration pour charge de famille

Les bénéficiaires sont les enfants à charge. La prestation est versée :

- aux enfants eux-mêmes, lorsqu'ils sont majeurs,
- lorsqu'ils sont mineurs, sur un compte ouvert au seul nom du mineur désigné.

5-6 - Risques exclus

Sont exclues de la garantie et n'entraînent aucun paiement à charge de la mutuelle les conséquences :

- du suicide ou d'un fait intentionnel de l'adhérent dans la première année d'assurance,
- du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'adhérent dès lors qu'il a été condamné pénalement. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

5-7 - Modalités de gestion et de justification des sinistres

5-7-1 - Demande de prestations

La demande de prestations doit indiquer précisément l'identité de l'adhérent ; elle est appuyée par les justificatifs définis ci-après.

En ce qui concerne le risque de perte totale et irréversible d'autonomie, les demandes de prestations ne sont recevables que dans les six mois suivant la survenance du sinistre au titre duquel elles sont présentées.

Cette disposition ne sera pas appliquée si MGEN Vie ne subit pas de préjudice du fait du retard de déclaration. Il en va de même si l'adhérent peut justifier que le retard est dû à un cas fortuit ou à un cas de force majeure.

5-7-2 - Justifications en cas de décès

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un extrait de l'acte de décès ou un extrait de l'acte de naissance portant la mention du décès,
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle,
- un justificatif d'identité du bénéficiaire,
- un RIB du bénéficiaire,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

5-7-3 - Justifications en cas de PTIA

Doivent être produits à l'appui de la demande :

- un certificat médical attestant que la PTIA met l'adhérent dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une profession quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et qu'elle l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- une copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3^e catégorie,
- toutes pièces complémentaires utiles à l'instruction du dossier.

5-7-4 - Justifications en cas de demande de majoration pour charge de famille

Doivent être produits à l'appui de cette demande :

- une copie du livret de famille,
- l'avis d'imposition du défunt ou du parent de l'enfant,
- un justificatif d'identité de l'enfant à charge,

- un RIB de l'enfant à charge le cas échéant,
- un justificatif AAH (notification MDPH) ou copie de la carte d'invalidité / carte mobilité inclusion,
- toute autre pièce prouvant que l'adhérent assurait les besoins et l'entretien de l'enfant, ainsi que la situation de handicap de ce dernier.

Article 6 - Obligations déclaratives de la Mutuelle

Conformément à l'article 370 C de l'annexe II du Code général des impôts, pour les prestations visées aux articles 4 à 5 du présent règlement, la Mutuelle transmettra, lors du décès de l'adhérent à la Direction générale des Finances publiques les éléments relatifs à l'identité des bénéficiaires ainsi que le montant des sommes versées.

TITRE 3

COTISATIONS

Article 7

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Vie au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.

TITRE 4

ANNEXE AU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 8 - Notice d'information Garantie décès supplémentaire au régime Corem

Le présent document constitue la notice d'information de l'adhésion individuelle à la garantie décès supplémentaire au régime Corem.

Elle est régie par la loi française et plus particulièrement par les dispositions du Code de la mutualité.

La garantie supplémentaire au Corem est une adhésion individuelle d'assurance sur la vie en cas de décès, annuelle avec tacite reconduction.

La garantie prévoit le versement d'un capital à un bénéficiaire désigné par le membre participant, correspondant à la somme des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem. Elle est définie aux articles 1 à 8 de la présente notice. Le contrat ne prévoit pas de participation aux excédents. Il est sans faculté de rachat.

Les modalités de désignation du bénéficiaire sont définies aux articles 4 et 6.

Des conseils et informations complémentaires figurent en annexe. Le membre participant peut librement effectuer une désignation de bénéficiaire par acte authentique ou sous seing privé.

S'il n'a pas effectué de désignation, la prestation est versée à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS, à défaut, à son concubin, à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1^{er} degré, à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la notice d'information. Il est important que le membre participant lise intégralement la notice et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion (article L. 223-8 du Code de la mutualité).

• Lexique

Le membre participant : Personne qui adhère à la garantie décès supplémentaire au Corem et acquiert la qualité de membre participant de MGEN Vie au sens du Code de la mutualité.

Le Corem : Régime de retraite par points assuré par l'UMR, Union Mutualiste Retraite, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 442 294 856, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris.

Le membre participant MGEN : Personne qui a adhéré à MGEN (en application des statuts de MGEN, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 775 685 399, siège social, 3, square Max-Hymans 75015 Paris), et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire conjoint MGEN : Personne qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN d'un membre participant de MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

Le bénéficiaire enfant MGEN : Enfant du membre participant qui bénéficie de l'extension de la couverture MGEN (en application des statuts de MGEN) et peut, à ce titre, s'il est âgé de plus de 18 ans bénéficier du contrat collectif Corem souscrit par MGEN auprès de l'UMR au bénéfice de ses mutualistes.

• Garantie

Article 1 - Adhésion à la Garantie - Objet

La garantie décès additionnelle au Corem, prévue à l'article 5 du règlement mutualiste de MGEN Vie, a pour objet de garantir le paiement d'un capital en cas de décès du membre participant survenant en période de garantie. L'adhésion à la garantie est ouverte aux membres participants MGEN, bénéficiaires conjoints MGEN et aux bénéficiaires enfants âgés de plus de 18 ans ayant souscrit un Corem et âgés de moins de 57 ans. Ils acquièrent ainsi la qualité de membres participants de MGEN Vie.

Article 2 - Définition de la Garantie - Montant de la prestation

La garantie prévoit le versement, en cas de décès, d'une prestation en capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le membre participant.

Le montant de la prestation est égal à la totalité des versements bruts effectués par le membre participant sur le Corem, entre la date d'effet de son adhésion à la présente garantie et la date de son décès, et sur lesquels une cotisation au titre de la garantie a été acquittée.

Toutefois, en cas d'arrêt des versements au Corem, si le membre participant souhaite maintenir sa garantie dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article 9, le montant de la prestation ne prendra pas en compte les rachats de cotisations défiscalisées permis par le Corem, relatifs à cette période de cotisation.

La garantie, ayant la nature d'un contrat d'assurance temporaire en cas de décès, est dépourvue de valeur de rachat.

Article 3 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion à la Garantie prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de la demande d'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, jusqu'au 31 décembre de la même année. L'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

Un délai d'attente d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion est appliqué au bénéfice de la garantie, sauf en cas de décès accidentel du membre participant. Toute survenance du risque pendant ce délai ne donne pas lieu à versement de la prestation.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant, et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

N'est pas considérée comme « accident », la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une intervention chirurgicale non consécutive à un accident.

Article 4 - Bénéficiaires de la prestation

Lorsque le membre participant a effectué une désignation particulière de bénéficiaires, la prestation est versée au(x) bénéficiaire(s) expressément désigné(s).

Si le membre participant n'a pas effectué de désignation expresse, la prestation est versée en application de la clause bénéficiaire par défaut suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée,
- à défaut, à son partenaire au titre d'un PACS,
- à défaut, à son concubin,
- à défaut, et par parts égales, à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- à défaut, et par parts égales, à ses ascendants au 1^{er} degré,
- à défaut, et par parts égales, à ses héritiers.

Toute révocation légalement prévue, entraînera le retour à la clause bénéficiaire par défaut prévue au présent article.

Le membre participant a la charge d'informer la mutuelle de tout événement affectant la désignation de bénéficiaire.

Article 5 - Cessation de la Garantie

Le droit à Garantie cesse à la date de survenance d'un des événements suivants :

- la liquidation des droits à rente du Corem et au plus tard au 65^e anniversaire du membre participant,
- la résiliation de la Garantie par le membre participant,
- le non paiement des cotisations conformément à l'article 10,
- le décès du membre participant.

Article 6 - Modalités et conséquences de la désignation de bénéficiaires

La désignation du(des) bénéficiaire(s) de la prestation peut être effectuée par acte sous seing privé, au moyen d'un simple courrier du membre participant daté et signé, ou par acte authentique.

La modification de cette désignation peut être faite par le membre participant à tout moment, ce droit de révoquer la désignation n'appartient qu'au membre participant. Toutefois, l'acceptation par un bénéficiaire, dans les conditions prévues au paragraphe suivant, rend irrévocable sa désignation, sauf exceptions légales. La révocation de la désignation acceptée nécessite que le bénéficiaire acceptant y consente expressément.

Pour être valable, l'acceptation par un bénéficiaire de la désignation effectuée par le membre participant doit être rédigée sous la forme d'un avenant aux présentes signé de la mutuelle, du membre participant et du bénéficiaire. Elle peut également être effectuée par acte authentique ou sous seing privé, signé du membre participant et du bénéficiaire. Elle n'a alors de valeur à l'égard de la mutuelle que si elle lui a été notifiée. Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que dans un délai de trente jours au moins à compter de l'adhésion du membre participant à la garantie. Après le décès du membre participant, l'acceptation est libre.

Article 7 - Formalités à accomplir en cas de sinistre

En cas de décès du membre participant, un dossier de demande de prestation devra être ouvert auprès de la section départementale du membre participant, accompagné des pièces justificatives suivantes :

- un extrait de l'acte de décès ou une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date du décès du membre participant,
- toute pièce permettant de justifier la qualité du bénéficiaire (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage...),
- un certificat médical mentionnant les causes du décès,
- si le décès intervient durant la première année d'adhésion, toute pièce justifiant que le décès résulte d'un accident tel que le rapport de police ou de gendarmerie.

Article 8 - Risques exclus

Le décès résultant des faits suivants n'est pas garanti :

- le suicide ou un fait intentionnel causé ou provoqué par le membre participant au cours de la première année de l'adhésion,
- le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant dès lors qu'il a été condamné péna-

lement. Toutefois, la Garantie produit ses effets au profit des autres bénéficiaires,

- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre.

• Cotisations

Article 9 - Montant de la cotisation

L'adhésion à la garantie donne lieu au versement d'une cotisation annuelle spécifique calculée par application d'un taux au montant de la cotisation annuelle versée au Corem. Ce taux est fixé à 5,79 %.

Le membre participant a la possibilité de s'acquitter de sa cotisation annuelle sous la forme d'un versement unique ou sous la forme de 12 versements mensuels, conformément à la périodicité choisie pour les cotisations versées au Corem.

En cas d'arrêt des versements de cotisation au Corem, la garantie peut être maintenue par le versement d'une cotisation annuelle calculée par application d'un taux à la moyenne annuelle des versements de cotisations au Corem des trois dernières années civiles. Ce taux est fixé à 5,79 %. La moyenne des cotisations annuelles, définie comme assiette des cotisations, ne prend pas en compte les rachats de cotisations défis-calisées permis par le Corem.

Article 10 - Résiliation pour défaut de paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 11 - Délai et modalités de renonciation à l'adhésion

Toute personne qui a adhéré à la garantie a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que son adhésion a pris effet, en application de l'article 223-8 du Code de la mutualité.

En cas d'exercice de cette faculté de renonciation, l'adhésion à la garantie est annulée. La mutuelle restitue, dans un délai de trente jours calendaires, à compter de la réception de la lettre de renonciation, l'intégralité des sommes versées par le membre participant au titre de son adhésion à la garantie.

La renonciation peut être faite par l'envoi, à l'UMR-Centre de gestion MGEN-BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1, d'un courrier reprenant les termes suivants : « Je vous informe que j'exerce ma faculté de renonciation à la garantie décès additionnelle au Corem. Je vous remercie de bien vouloir m'adresser le remboursement des sommes que j'ai versées au titre de mon adhésion à cette garantie, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente ».

Article 12 - Modalités de résiliation

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre à l'adresse suivante : UMR - Centre de gestion MGEN - BP 7322 - 44032 Nantes cedex 1.

Le membre participant et la mutuelle peuvent également mettre fin à l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Article 13 - Information des membres participants et modification du contrat

En application de l'article 44 des statuts de MGEN Vie, toute modification décidée par l'assemblée générale de la mutuelle sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes. Par cette notification, la(ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Article 14 - Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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,
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans pour le bénéficiaire.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article 15 - Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, le membre participant peut s'adresser à la mutuelle :

- par email : via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- par téléphone au 3676 (service gratuit + prix appel),
- par courrier à l'adresse de la mutuelle,
- en points d'accueil.

Si le membre participant est en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, il a la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

MGEN - Direction Relation Adhérents / Réclamations
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15

Important : Tout recours au service réclamation de la mutuelle doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la mutuelle, ou si le membre participant n'obtient pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, il peut saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :
Monsieur le Médiateur du Groupe MGEN
3, square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15
- par mail à l'adresse suivante : mediation@mgen.fr
- par le formulaire de saisine sur le site dédié à la médiation <http://www.mediation-mgen.fr>

Article 16 - Autorité chargée du contrôle des Mutuelles

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, (ACPR), 4 Place de Budapest - CS 92 459 - 75436 Paris cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN Vie.

Article 17 - Informatiques et Libertés

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, la Mutuelle met en œuvre un traitement de données à caractère personnel concernant le membre participant. Le membre participant bénéficie, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale. Le membre participant peut exercer ces droits, par courrier accompagné d'un titre d'identité, auprès de MGEN - Centre de gestion de la Verrière - Gestion CNIL - Cs 10601 La Verrière 6 bis avenue Joseph Rollo - 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex.

**MGEN
Filia**

I 12 Statuts

I 18 Règlement mutualiste

Statuts

TITRE I

FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

➤ Chapitre 1

Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

Une mutuelle dénommée MGEN Filia a été créée par l'assemblée générale de MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), mutuelle fondatrice en application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité, le 5 juillet 2001.

Elle est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée sous le numéro SIREN 440 363 588.

MGEN Filia est agréée par l'arrêté du Ministre chargé de la mutualité en date du 13 décembre 2002, publié au Journal Officiel n° 299 du 24 décembre 2002.

Article 2 - Siège de la mutuelle

Sur délibération du conseil d'administration, le siège de la mutuelle est établi à Paris, 3, square Max-Hymans (15^e arrondissement).

Article 3 - Objet

Dans le respect des valeurs de la République « Liberté, Egalité, Fraternité » et des principes de solidarité et de laïcité, la mutuelle a pour objet, notamment au moyen de cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs bénéficiaires :

- de réaliser des opérations d'assistance aux personnes (branche 18),
- d'assurer la prévention et la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap.

Elle peut également mettre en œuvre une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Pour poursuivre ce même objectif, elle peut également conclure des conventions avec d'autres mutuelles ou unions afin de leur faire bénéficier d'une action sociale ou de l'accès à des réalisations sanitaires et sociales.

Pour satisfaire son objet, la mutuelle peut souscrire, au profit de ses mutualistes, des contrats collectifs auprès d'autres mutuelles ou unions, d'institutions de prévoyance ou d'organismes relevant du Code des assurances.

La mutuelle peut adhérer à des structures relevant du Code de la mutualité en vue de faire bénéficier les mutualistes de leurs réalisations sanitaires, sociales, médico-sociales et culturelles.

Elle peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

Elle peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut :

- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance,
- recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Article 4 - Règlement mutualiste

Le(s) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration définit(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 5 - Convention de gestion

MGEN Filia délègue, par convention, l'intégralité de sa gestion à MGEN.

MGEN Filia autorise MGEN à subdéléguer, en application de l'article L. 116-3 du Code de la mutualité, tout ou partie de la gestion des adhésions, cotisations et prestations des contrats collectifs qu'elle conclut.

➤ Chapitre 2

Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

Section 1 - Membres participants et bénéficiaires Conditions d'admission

Article 6 - Membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, dénommés « bénéficiaires ».

La mutuelle admet des adhésions individuelles et collectives.

Les membres participants de MGEN définis aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN, adhérents de l'offre MGEN Santé Prévoyance ou de l'offre MGEN International Santé Prévoyance, sont membres participants de MGEN Filia.

Renoncer à la qualité de membre participant de MGEN Filia, c'est aussi renoncer à la qualité de membre participant de MGEN et des mutuelles qu'elle a créées.

Les membres participants, tels que définis au présent article, ainsi que leurs bénéficiaires tels que définis à l'article 8 des présents statuts, peuvent bénéficier des prestations définies au règlement mutualiste Garanties Assistance de l'offre MGEN Santé Prévoyance ou au règlement mutualiste Garanties Assistance de l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

Article 7 - Champ de recrutement des adhérents à titre collectif

Adhèrent à la mutuelle les personnes physiques salariées, fonctionnaires titulaires et stagiaires, agents non titulaires, ou membres d'une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative.

Le contrat collectif définit les conditions dans lesquelles est admise l'adhésion des :

- conjoints,
- partenaires liés par un PACS,
- concubins vivants au domicile,

des personnes physiques susmentionnées.

Le contrat collectif définit les droits et obligations entre la mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Il définit notamment :

- les prestations dont bénéficient les membres participants à titre collectif et leurs bénéficiaires,
- les cotisations et éventuels compléments de cotisation à acquitter,
- les modalités selon lesquelles les modifications des garanties contractuelles sont notifiées au membre participant.

En cas de conflit d'interprétation entre le contrat collectif et les dispositions figurant aux statuts et règlements de la mutuelle, ces dernières primeront à moins qu'elles n'aient été spécifiquement exclues par le contrat collectif.

Article 8 – Bénéficiaires

Seuls les bénéficiaires de MGEN, prévus à l'article 10 des statuts de MGEN, sont bénéficiaires de MGEN Filia.

Article 9 - Conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale

Les conditions d'adhésion et d'extension de la couverture familiale applicables aux membres de MGEN Filia et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 7 à 11 des statuts de MGEN.

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 10 - Démission, suspension, résiliation et déchéance

Les conditions de démission, de suspension des garanties, de déchéance et de résiliation pour non-paiement de la cotisation applicables aux membres participants de MGEN Filia et à leurs bénéficiaires sont celles prévues aux articles 12 à 17 des statuts de MGEN.

Toute démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance entraîne démission, suspension des garanties, résiliation ou déchéance de l'adhésion à MGEN.

TITRE 2

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre I

Assemblée générale

Section 1 - Composition et élection

Article 11 - Composition

Les adhérents de MGEN, MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé et MGEN Vie étant obligatoirement et exclusivement les membres participants de MGEN Filia, il est procédé aux termes des articles 24 et 25 des statuts de MGEN, lors d'une seule assemblée générale de section de vote, commune aux cinq mutuelles, à l'élection d'une délégation unique.

Section 2 - Réunion de l'assemblée générale

Article 12 - Convocation et ordre du jour

I - L'assemblée générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du conseil d'administration.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil,
- les commissaires aux comptes,
- l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un administrateur provisoire nommé par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

L'assemblée générale est convoquée quinze jours au moins avant sa réunion, sur première convocation, et 6 jours au moins sur deuxième convocation, en rappelant la date de la première assemblée générale n'ayant pu délibérer faute de quorum.

2 - Le conseil d'administration fixe le lieu de réunion et arrête l'ordre du jour de l'assemblée générale. La convocation portant ordre du jour et les documents et rapports associés sont envoyés aux présidents des comités de section, quinze jours au moins avant la date de la réunion. Le président du comité de section est chargé, par délégation du conseil d'administration, d'en remettre au plus tôt un exemplaire à chaque délégué.

Toute question dont l'examen est demandé huit jours au moins avant l'assemblée générale par le quart au moins des délégués à l'assemblée générale de la mutuelle est obligatoirement soumise à l'assemblée générale.

L'assemblée ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour.

Elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du conseil d'administration et procéder à leur remplacement.

Elle prend en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Article 13 - Règles de quorum et de majorité

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 28, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance,

la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

2 - Pour les attributions autres que celles mentionnées au 1 du présent article, l'assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués.

3 - Les décisions visées au 1 du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des voix des délégués présents.

Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple.

Article 14 - Conditions de la dissolution volontaire et de la liquidation

La dissolution volontaire et la liquidation de la mutuelle ne peuvent être décidées que par une assemblée générale extraordinaire convoquée à cet effet laquelle se prononce dans les conditions prévues aux articles 23-1 et 23-3 des présents statuts. Dans ce cas, l'assemblée se prononce sur la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif.

Section 3 - Attributions de l'assemblée générale

Article 15 - Compétences

L'assemblée générale élit les membres du conseil d'administration.

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a) les modifications des statuts ;
- b) les activités exercées par la mutuelle ;
- c) les montants ou taux de cotisations ;
- d) les prestations offertes ;
- e) l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union ;
- f) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- g) l'émission de titres participatifs, 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 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 conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité ;

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'assemblée générale.

Article 16 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres.

Article 17 - Délégations de pouvoir au conseil d'administration

L'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'une année.

➤ Chapitre 2

Conseil d'administration

Section 1 - Composition, élection

Article 18 - Composition et élection des membres

La mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres.

1 - Conditions d'éligibilité

Pour être éligible au conseil d'administration, le membre participant doit respecter les obligations fixées par l'article L. 114-28 du Code de la mutualité et remplir les conditions cumulatives suivantes :

- être à jour de ses cotisations,
- être âgé de 18 ans révolus et de moins de 65 ans l'année de l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

2 - Modalités d'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1^{er} tour - majorité relative au 2nd tour).

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans.

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les administrateurs sont affectés au renouvellement du tiers sortant, puis au remplacement des postes devenus vacants.

Les membres sortants sont rééligibles.

3 - Vacance

En cas de vacance de poste et ce quelle qu'en soit la raison, celui-ci reste vacant jusqu'à la prochaine élection.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur à 10 du fait d'une ou plusieurs vacances, une assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à l'élection de nouveaux administrateurs.

Article 19 - Statut des administrateurs

1 - Limite d'âge

Les membres du conseil ne doivent pas être âgés de plus de 65 ans. Lorsqu'un administrateur atteint 65 ans pendant la durée de son mandat, il continue à exercer ses fonctions jusqu'au renouvellement du conseil d'administration suivant son 65^e anniversaire.

2 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

L'Assemblée générale peut cependant décider d'allouer une indemnité au président du conseil d'administration ou à des administra-

teurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions fixées par l'article L. 114-26 du Code de la mutualité. La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de garde d'enfants et de séjour dans les limites fixées par le Code de la mutualité.

3 - Incompatibilités

Les fonctions d'administrateur sont incompatibles avec le mandat de délégué à l'assemblée générale.

4 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel de droit privé de MGEN Union, de MGEN, ou des mutuelles que cette dernière a créées, ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Section 2 - Réunions

Article 20 - Convocation et ordre du jour

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins trois fois par an. Le président en établit l'ordre du jour.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du conseil.

Les membres du conseil d'administration ne peuvent pas se faire représenter.

Article 21 - Obligation de confidentialité

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président de séance.

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 23 - Démission d'office

Les cas de démission d'office sont prévus au règlement intérieur du conseil d'administration.

Section 3 - Attributions

Article 24 - Compétences

Le conseil dispose, pour l'administration et la gestion de la mutuelle, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'assemblée générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Le conseil d'administration :

- détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application ;
- opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles ;
- à la clôture de chaque exercice, arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte notamment de l'ensemble des éléments mentionnés à l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
- approuve annuellement le rapport sur la solvabilité et la situation financière publié annuellement et le rapport sur

l'évaluation propre des risques et de la solvabilité lesquels sont transmis à l'ACPR ;

- approuve les politiques écrites ;
- désigne les responsables des fonctions clés, gestion des risques, vérification de la conformité, audit interne et actuariat ;
- statue à la majorité des deux tiers sur la cession en réassurance ;
- adopte annuellement les budgets prévisionnels de la mutuelle.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 25 - Délégations de pouvoirs

Le conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle :

- au président,
- au dirigeant opérationnel,
- aux membres du bureau,
- aux administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées,
- aux comités des sections départementales et de gestion de la SEM.

➤ Chapitre 3

Président et bureau

Section 1 - Élection et composition du bureau

Article 26 - Élection

Le président et les membres du bureau sont élus à bulletins secrets pour deux ans par le conseil d'administration au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale annuelle ayant procédé au renouvellement des membres du conseil d'administration.

Article 27 - Composition

Le bureau comprend au maximum 5 membres dont :

- un président,
- un ou plusieurs vice-présidents et/ou vice-présidents délégués.

Section 2 - Attributions des membres du bureau

Article 28 - Président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux de celui-ci dont il rend compte à l'assemblée générale. Il informe, le cas échéant, le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions des sections 6 et 7 du chapitre II du titre I^{er} du livre VI du Code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le président convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage ou ordonnance les dépenses. Il représente la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile.

Le président peut déléguer, sous sa responsabilité et sous le contrôle du conseil d'administration, partie de ses pouvoirs.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le conseil

d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil est convoqué à cet effet, dans les meilleurs délais, par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par le vice-président. `

➤ Chapitre 4 Direction effective

Article 29 - Dirigeants effectifs

La direction effective de MGEN Filia est assurée par au moins deux personnes dont le président élu par le conseil d'administration et le dirigeant opérationnel désigné par le conseil d'administration sur proposition du président.

Article 30 - Dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration nomme le dirigeant opérationnel sur proposition du président du conseil d'administration et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de MGEN Filia.

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 Filia, de la délégation faite par le conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux assemblées générales, au conseil d'administration et au président.

Les modalités de rémunération du dirigeant opérationnel sont définies par son contrat de travail et approuvées par le conseil d'administration.

Le dirigeant opérationnel porte le titre de directeur général.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel pour cause de décès, démission ou pour toute autre cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

Article 31 - Pouvoirs des dirigeants effectifs

Par délégation de pouvoirs du conseil d'administration, chaque dirigeant effectif dispose de tous pouvoirs visant à assurer la direction effective de la mutuelle.

Chaque dirigeant effectif détient le pouvoir de représenter la mutuelle en justice et dans les actes de la vie civile. Il détient également le pouvoir d'engager ou ordonnancer les dépenses.

➤ Chapitre 5 Organisation des sections de la mutuelle

Article 32 - Sections de vote

Les membres de la mutuelle sont regroupés en sections de vote.

Les membres participants sont rattachés à la section de vote dont ils relèvent au titre de leur adhésion à MGEN.

Article 33 - Assemblée générale de section de vote

Les membres participants se réunissent en assemblée générale de section de vote sur convocation du conseil d'administration.

Cette assemblée délibère sur les questions portées à l'ordre du jour.

Ce dernier est fixé par le conseil d'administration.

Aucun quorum n'est exigé pour la tenue de l'assemblée générale de section de vote.

➤ Chapitre 6 Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 34 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

- la part de la cotisation globale acquittée par les membres participants et bénéficiaires,
- les contributions,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la mutuelle,

et plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions.

La part des cotisations globales affectée aux mutuelles créées par application de l'article L. 111-3 du Code de la mutualité est spécifiée au(x) règlement(s) mutualiste(s).

Article 35 - Charges

Les charges de la mutuelle comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants et bénéficiaires,
- les dépenses nécessaires à l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- les cotisations versées au fonds de garantie,

et plus généralement, toutes autres dépenses prévues par la réglementation ou non interdites par la loi.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds - Règles de sécurité financière

Article 36 - Modes de placement

Le conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'assemblée générale.

Article 37 - Fonds d'établissement

Le montant de ce fonds est fixé à la somme de 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 23-2 des statuts sur proposition du conseil d'administration.

Article 38 - Marge de solvabilité

La marge de solvabilité dont doit disposer la mutuelle est constituée conformément à la réglementation en vigueur.

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 39 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, la mutuelle nomme, le cas échéant, 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 40 - Comité d'audit

Il est mis en place un comité d'audit dans les conditions définies à l'article 61 des statuts de MGEN.

Le comité d'audit est chargé du suivi des questions relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières, et à la maîtrise des risques au sein du groupe MGEN.

Il rend compte régulièrement au conseil d'administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

TITRE 3

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) « GROUPE VYV »

Article 41 - Respect des engagements pris au titre de l'affiliation de la mutuelle à l'UMG Groupe VYV

La mutuelle adhère à l'union mutualiste de groupe VYV telle que définie à l'article L.111-4-2 du Code de la mutualité.

A ce titre, la mutuelle s'engage au respect des dispositions des statuts de l'UMG et de la convention d'affiliation conclue avec elle, et notamment celles imposant de :

- permettre la participation des dirigeants de l'UMG aux instances de la mutuelle ;
- se conformer aux décisions du conseil d'administration de l'UMG dans les domaines placés sous contrôle stratégique du Groupe ;
- recueillir l'accord du conseil d'administration de l'UMG ou l'informer, selon les cas, préalablement à la réalisation d'opérations précisément définies dans les statuts de l'UMG ou dans la convention d'affiliation ;
- soumettre à l'agrément du conseil d'administration de l'UMG la nomination du dirigeant opérationnel et autres dirigeants effectifs salariés de la mutuelle, ainsi que celle de ses responsables des fonctions clés, préalablement à leur désignation par le conseil d'administration de celle-ci ;
- soumettre au vote du conseil d'administration de la mutuelle, à la demande expresse du conseil d'administration de l'UMG, la révocation du dirigeant opérationnel et/ou des autres dirigeants effectifs salariés et/ou la destitution de tout ou partie des responsables des fonctions clés de la mutuelle ;
- se prêter aux audits diligentés par le conseil d'administration de l'UMG dans les conditions prévues dans la convention d'affiliation, et se conformer à leurs préconisations et à leurs modalités de suivi.

Plus généralement, la mutuelle s'engage à se conformer aux mécanismes traduisant d'une part l'influence dominante du nouveau Groupe sur ses mutuelles affiliées et d'autre part la solidarité financière, ainsi qu'à se soumettre aux pouvoirs de contrôle et de sanction de celui-ci.

Les dispositions et engagements pris au titre du présent article complètent les articles des présents statuts qui portent le cas échéant sur les mêmes sujets ; en cas de contradiction, ces dispositions et engagements prévalent.

TITRE 4

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS

➤ Chapitre 1

Obligations des adhérents envers la mutuelle

Article 42 - Respect des statuts et règlements

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la mutuelle. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Les modifications des statuts et des règlements décidées par l'assemblée générale s'imposent aux adhérents dès lors qu'elles ont été portées à leur connaissance.

Article 43 - Paiement des cotisations

Tout membre participant s'engage au paiement de sa cotisation et des compléments de cotisations appliqués pour l'extension de la couverture familiale à ses bénéficiaires.

➤ Chapitre 2

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

Article 55 - Modifications des garanties

Les droits et obligations des membres participants sont ceux prévus aux statuts et règlements(s) mutualiste(s) les concernant.

Toute modification des statuts et du (ou des) règlement(s) décidée par l'assemblée générale sera notifiée aux membres participants par insertion dans la revue nationale d'information numérotée adressée aux mutualistes ou par tout autre moyen approprié. Par cette notification, la (ou les) modification(s) s'impose(nt) à eux.

Toute information due par la mutuelle à ses adhérents en vertu de dispositions légales ou réglementaires sera notifiée par insertion dans la revue nationale d'information.

Article 44 - Subrogation

Le mutualiste victime d'un accident doit le déclarer à la mutuelle.

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant et bénéficiaire victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées pour les prestations dues au titre de l'article 53, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Si le mutualiste a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations mutualistes est exigé.

Le mutualiste qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

Règlement mutualiste

Article 1

Le présent règlement définit le contenu des engagements existants entre les membres participants relevant de l'article 7-I des statuts et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations.

Article 2 - Dispositions générales

En application de l'article 7-I des statuts de MGEN Filia, les membres participants et les bénéficiaires de MGEN sont membres participants et bénéficiaires MGEN Filia. À ce titre, le règlement mutualiste « Dispositions générales » de MGEN s'impose à eux.

➤ Chapitre I Prestations

Article 3 - Service d'aide à domicile

3-1 - Nature de la prestation

La prestation est versée au membre participant et au bénéficiaire conjoint retraités classés en groupe iso-ressources 5 (GIR 5) en application de la grille AGGIR en vigueur, décrite en annexe I et II du décret n° 2008-821 du 21 août 2008 (ou assimilés au GIR 5 par le médecin conseil de la mutuelle) ou actifs en arrêt de travail, et qui ne bénéficient pas à ce titre de la prestation Dépendance totale ou Perte temporaire d'autonomie.

Les personnes relevant du GIR 5 sont celles qui assurent seules les transferts et le déplacement à l'intérieur du logement, qui s'alimentent et s'habillent seules mais qui peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.

La prestation se caractérise par deux types d'interventions réalisées par des organismes conventionnés avec MGEN Filia :

- une aide ménagère,
- une technicienne d'intervention sociale et familiale.

3-2 - Modalités et critères d'attribution

La prestation est attribuée après étude de la situation du demandeur permettant de déterminer la nature et le degré de l'intervention du service d'aide à domicile.

Aucune prestation ne peut être attribuée pour des interventions sans accord préalable de la mutuelle.

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir toutefois excéder 20 heures par mois.

La prestation est attribuée par période d'un mois à un an.

3-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 5 € par heure.

Pour l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale : 8 € par heure.

Article 4 - Complément d'action sociale

Au-delà des prestations d'aide à domicile prévues à l'article 3 du présent règlement, un complément d'action sociale peut être accordé par MGEN Action sanitaire et sociale.

Article 5 - Service d'aide à domicile - Dépendance totale

5-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile. Elle concerne le membre participant et/ou le bénéficiaire conjoint, bénéficiaire de la rente Dépendance Totale et maintenu à domicile.

5-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de technicienne d'intervention sociale et familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale.

5-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

Pour l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule) et la catégorie concernée (actifs ou retraités).

5-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 1 an, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Dépendance Totale.

Article 6 - Service d'aide à domicile Perte temporaire d'autonomie

6-1 - Nature de la prestation

La prestation est apportée afin de favoriser le maintien à domicile, au membre participant et/ou au bénéficiaire conjoint bénéficiaire de la prestation Perte temporaire d'autonomie.

6-2 - Modalités et critères d'attribution

Sur étude du dossier, un nombre d'heures d'aide ménagère ou de technicienne d'intervention sociale et familiale pourra être accordé au mutualiste, sans pouvoir excéder 20 heures par mois pour l'intervention d'une aide ménagère ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale.

6-3 - Montant de la prestation

Pour l'intervention d'une aide ménagère : 8 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

Pour l'intervention d'une technicienne d'intervention sociale et familiale : 14 € par heure quelle que soit la situation familiale (ménage ou personne seule).

6-4 - Durée de la prestation

La prestation est attribuée pour une durée de 3 mois, renouvelable dans la limite maximale de la durée de la prestation Perte Temporaire d'Autonomie.

➤ Chapitre 2

Cotisation

Article 7

La cotisation due par le membre participant est prélevée directement sur la cotisation globale acquittée à MGEN.

La part de cotisation affectée à MGEN Filia au titre de chaque offre est spécifiée au bas du tableau de cotisation figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

La cotisation ainsi perçue couvre le membre participant et ses bénéficiaires.



GR O U P E **vyv**

3 square Max Hymans
75748 Paris Cedex 15

mgen.fr