SEPTEMBRE/OCTOBRE 2014

ASSISES ET ASSEMBLÉES GÉNÉRALES - PARIS

P.II MESSAGE DU PRÉSIDENT

P.IV AGIR POUR LES ADHÉRENTS

P.VIII ÉVOLUTION DE L'OFFRE

P.X MODIFICATIONS DES STATUTS ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

P.XIV MUTUALISER : UNE PRIORITÉ POUR LES DÉLÉGUÉS

P.XV BRÈVES

P.XVI FICHE PRATIQUE SUR L'ASSURANCE EMPRUNTEUR



Aujourd'hui, notre évolution majeure, centrale, décisive, est celle du projet de création d'une gamme d'offres. Refondre l'offre en profondeur, en reconnaissant pleinement le droit à avoir des besoins et donc des services différents, c'est actualiser la façon d'incarner nos fondamentaux ; c'est engager une action de fond pour consolider les bases de la MGEN.

Porter des solutions pour «vivre mieux»

Rester en bonne santé est assurément l'une des tendances lourdes de notre époque. Pour l'instant, la plupart des opérateurs de santé sont empêchés de s'y atteler : les uns, embourbés dans des opérations de fusions, d'intégrations, de restructurations ; les autres, parfois les mêmes, obsédés par la seule croissance du chiffre d'affaires assurantiel. Si la MGEN n'échappe pas au risque de difficultés, de lenteurs partenariales, elle dispose de formidables atouts. Un enjeu majeur est de réunir ses derniers pour être à l'avantgarde, pour être pionnier, chef de file sur le champ de la bonne santé, du maintien en bonne santé.

Au-delà de la protection sociale, de la santé, de la maladie, on peut aussi imaginer une MGEN porteuse de solutions pour vivre mieux. « Améliorer les conditions de vie des membres », disent nos statuts.

L'aspiration à vivre mieux est multiforme. Elle concerne évidemment la santé mais aussi le bien-être, la qualité de vie, le logement, le travail ou encore le pouvoir d'achat.

Sur la base de l'adhésion volontaire, de la solidarité entre les membres, et en écho aux besoins sociaux les plus prégnants, un vaste champ d'initiatives demeure potentiellement ouvert à la MGEN.

adhérents.

Assurance des personnes, accompagnement des parcours santé, solutions du vivre-mieux, intégration d'initiatives sociales dessinent un cap stratégique possible pour la MGEN, basé à la fois sur la consolidation et l'invention. Nous approfondirons ces pistes et en proposerons de nouvelles tout au long de l'année 2014/2015.

Conforter le régime obligatoire des fonctionnaires

Le programme de stabilité transmis, le 7 mai dernier, par la France à la Commission européenne, prévoit de réaliser des économies de l'ordre de 50 milliards d'euros sur la période 2015 à 2017, l'Assurance maladie devant y contribuer à hauteur de 10 milliards d'euros.

La Cour des comptes a rendu public, le 17 juin 2014, son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques. Elle prône :

- des gains d'efficience dans les établissements : rationalisation, réorganisation de l'offre de soins et développement de l'ambulatoire,
- des économies sur les dépenses de médicament, les analyses médicales, les transports des patients, les indemnités journalières,
- des économies enfin sur les dépenses de gestion des organismes de Sécurité sociale par des gains d'emplois.

S'agissant des délégations de gestion à des organismes tiers des prestations d'assurance maladie obligatoire, qui représentent 10 % des dépenses du régime général, la Cour des comptes va plus loin. Elle recommande notamment la reprise de la gestion de la population étudiante par les caisses d'assurance maladie. Constatant aussi que « la

qualité de service des mutuelles de fonctionnaires demeure inégale », la Cour estime que « ce mode de gestion devrait également être reconsidéré au bénéfice d'une reprise en gestion directe des personnes concernées par le réseau de l'assurance maladie obligatoire ».

Régime étudiant, régime fonctionnaire, un seul et même objectif : la disparition.

À la suite d'actions continues de la MGEN auprès des pouvoirs publics et du gouvernement, le Premier ministre a récemment statué en faveur du maintien du régime étudiant de Sécurité sociale et prôné l'adossement de la LMDE à la MGEN. Insuffisant pour l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) qui a décidé la mise sous administration provisoire de la LMDE!

Mais, retenons qu'à travers l'arbitrage du Premier ministre, les régimes de fonctionnaires sont par là-même plutôt confortés. Ils le seront d'autant mieux si, au sein d'Istya, nous parvenons à créer une véritable gestion commune intégrant le régime obligatoire et le régime complémentaire.

Défendre le modèle mutualiste

C'est dans ce contexte de recherche d'économies que la ministre des Affaires sociales et de la Santé vient de présenter des projets de décrets portant en particulier sur les contrats responsables et l'aide à la complémentaire santé (ACS). Objectif : « permettre à tous les Français d'accéder à une complémentaire de qualité ».

Pour les pouvoirs publics, c'est désormais un fait établi : une « complémentaire » de qualité, et non une « mutuelle » de qualité. Plus aucune distinction entre mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs, tous se valant *a priori*. Deuxième tendance lourde, au passage : des contrats simplement « responsables » se substituent aux contrats « solidaires et responsables ». Sur ce dernier point, avec la Mutualité Française, nous défendons une voie médiane entre ceux qui refusent toute règle afin de mieux marchandiser les relations humaines et la santé et ceux qui veulent administrer, réglementer les complémentaires, jusqu'à vouloir fixer à leur place prestations et cotisations !



Avec 5,5 millions de personnes protégées, le groupe Istya, fondé par la MGEN aux côtés d'autres mutuelles de la Fonction publique, est aujourd'hui le premier groupe français en complémentaire santé. Il compte six membres*, après l'adhésion au 1er janvier 2013 de la Mgefi (Mutuelle générale de l'économie, des finances et de l'industrie – 360 000 personnes protégées).

*MGEN, MNT (Mutuelle nationale territoriale), MAEE (Mutuelles des Affaires étrangères et européennes), MGET (Mutuelle générale Environnement & Territoires, MCDEF (Mutuelle civile de la Défense),

Mutualistes, nous sommes profondément attachés à notre liberté d'entreprendre, à l'initiative que nous voulons mettre au service de l'intérêt général. Nous voulons que les contrats solidaires et responsables soient le cadre d'une régulation positive du juste soin au juste prix.

Au juste prix. L'accessibilité financière des couvertures complémentaires est une condition majeure de l'amélioration de l'accès aux soins pour tous. À ce sujet, nous sommes favorables à l'introduction de tarifs plafonds mais condamnons les niveaux contre-productifs et inflationnistes. Une seule illustration : des honoraires médecins majorés de 125 % seraient éligibles aux contrats solidaires et responsables, alors que les dépassements moyens constatés sont de 80 % ! Ni solidaire, ni responsable !

Quant au dispositif envisagé pour les bénéficiaires de l'ACS, difficile d'y voir un progrès. Aujourd'hui, au plan national, 400 mutuelles et autres organismes protègent un million de bénéficiaires au titre de cette aide. 8 300 adhérents et ayantdroits MGEN bénéficient et de l'ACS et des mécanismes de solidarité de toute la mutuelle. Les offres sélectionnées et réservées aux bénéficiaires de l'ACS, après appel à concurrence, pourraient être limitées à une quinzaine.

Demain, l'offre MGEN n'étant pas éligible à l'appel à concurrence, les 8 300 bénéficiaires MGEN de l'ACS devront renoncer soit au bénéfice de l'ACS, soit à la solidarité de la mutuelle. La multiplication des dispositifs spécifiques dissout des liens sociaux, des liens solidaires, des solidarités organisées. La multiplication des dispositifs spécifiques stigmatise, éloigne du droit commun, de l'ambition d'universalité.

Pour une stratégie d'investissement social

Alors que l'on ne cesse d'opposer l'économique et le social, le temps n'est-il pas venu de renverser les perspectives ? Le temps n'est-il pas venu d'appréhender les politiques sociales non seulement comme un coût pour l'économie mais comme un investissement ? Un investissement à même de stimuler croissance soutenable et emploi, à même de mieux répondre aux besoins sociaux, la santé, la famille, la retraite, mais aussi désormais la dépendance, la précarité, la pauvreté, la faible qualification ou encore les ruptures et l'isolement.

Parfois appelée stratégie d'investissement social, cette approche insiste sur la nécessité de situer l'intervention sociale le plus en amont possible. Éviter l'émergence de certains risques et les dépenses liées, mieux préparer les individus à y faire face.

Une nouvelle démarche fondée sur le savoir et la prévention. Comment la mutuelle de l'Éducation pourrait-elle ne pas y être sensible, ne pas y contribuer ?

Assurances sociales et investissement social, deux logiques définitivement complémentaires.

Si le vocabulaire était autre, nos fondateurs l'avaient compris, eux qui voulaient favoriser le développement intellectuel et physique des adhérents, qui voulaient prévenir les risques sociaux avant de réparer leurs conséquences.

AGIR POUR LES ADHÉRENTS

Pour la troisième année consécutive, le groupe MGEN a publié un rapport annuel responsable. Ce document montre comment il met en œuvre sa responsabilité sociale, économique et environnementale dans ses différentes identités : acteur de la protection sociale et la santé, acteur mutualiste et citoyen et grande entreprise présente sur tout le territoire.

Le groupe MGEN poursuit sa démarche de responsabilité sociétale d'entreprise.

Il s'est fixé 15 objectifs de progrès très concrets, à atteindre d'ici à 2015-2020, dans tous ses domaines d'activité: action sociale, conventionnement, satisfaction de la patientèle, soutien de la recherche, maîtrise des restes à charge, parité, environnement, réduction des déplacements, niveaux de salaires, efficacité économique, dématérialisation...

L'ambition? Améliorer le progrès social et humain au bénéfice de toutes les parties prenantes (adhérents, militants, salariés, partenaires économiques...).

Disponible au format papier, la version 2013 du rapport annuel responsable se décline également, et pour la première fois, sur un site Internet dédié:

rapportannuelmgen.fr



Roland Berthilier Fabrice Henry

Le vice président et les trois vice-présidents délégués ont présenté les rapports d'activité et leurs compléments des Livres I, II et III, ainsi que le rapport de gestion.

! Le réseau militant

value de notre

mutuelle.

constitue la plus

À la suite des décisions de l'Assemblée générale de juillet 2013, à La Rochelle, le Groupe MGEN a mis en place une nouvelle organisation des responsabilités au sein de son Bureau national.

Les administrateurs travaillent désormais dans la logique des trois « Livres » du Code de la Mutualité :

- Livre 1 : mouvement et modèle mutualiste, vie militante,
- Livre 2 : offre d'assurance maladie et mutualiste,
- Livre 3 : offre sanitaire, médicosociale et sociale.

Une gouvernance en évolution

Fabrice Henry, vice-président en charge du Livre I a rappelé la nécessité pour le groupe MGEN de faire

évoluer sa gouvernance. Ainsi, durant l'année 2014/2015 des propositions sur le Conseil d'administration, l'Assemblée générale et sur la gouvernance locale (lien

à l'adhérent et vie mutualiste locale) seront émises.

Concernant le réseau militant de la MGEN, Fabrice Henry a souligné que



Les enjeux actuels et à venir font appel aux capacités d'adaptation de notre mutuelle.

face à un contexte politique, économique et social dont les évolu-

tions s'accélèrent, il doit se développer. Car il « constitue la plus value de notre mutuelle, sa force de différenciation, un lien inestimable vers/avec les adhérents, doit se développer».

Des défis à relever

Pour se développer et protéger toujours mieux les assurés et les adhérents, la MGEN doit aujourd'hui relever à court et moyen termes de nombreux défis. Au titre du Livre II, Alain Hernandez en

a dressé la liste: la mutualisation, la refonte de l'offre globale, la création d'Istya Collectives en réponse à l'ANI (Accord national interprofessionnel), la qualité de service, la démarche de certification MGEN. Sans oublier le lancement du programme de gestion du risque cardiovasculaire et les partenariats. Autant d'enjeux qui font appel en permanence aux capacités d'adaptation de la MGEN.

LES CAHIERS DE LA MGEN

Gouvernance : défendre le modèle mutualiste

Entré en vigueur au 1er janvier 2016, Solvabilité II s'appuie sur trois piliers: les exigences financières; les bonnes règles de gestion des risques, de la gouvernance au contrôle interne ; les exigences d'information, de communication, de transparence vis-à-vis des organismes de contrôle, des tutelles, du grand public et des adhérents. Les travaux de transposition en droit français doivent aboutir le 31 mars 2015. Les textes imposent de veiller à ce que les dirigeants effectifs de la mutuelle soient « compétents et honnêtes ». Ils introduisent la révocation possible d'un administrateur élu par l'Assemblée générale, au motif qu'il ne présenterait pas les compétences requises. Autour de la FNMF et du GEMA, les mutualistes se sont mobilisés contre cette proposition. Résultat : c'est finalement la compétence collective du Conseil d'administration qui est appréciée, dès lors que des parcours de formation sont organisés et suivis par les nouveaux administrateurs. Pour autant, le sujet n'est pas clos.

Solvabilité II prévoit, par ailleurs, la désignation obligatoire de deux dirigeants effectifs qui auront autorité pour prendre les décisions lourdes.

Rappelons que la MGEN n'a pas attendu Solvabilité II pour être dirigée et faire évoluer sa gouvernance. Assemblée générale, Conseil d'administration, Bureau national, équipe de direction, répartition des pouvoirs par délégation du président (seul mandataire social) aux viceprésidents et au directeur groupe : notre construction fait ses preuves depuis près de soixante-dix ans.

Le groupe MGEN entend faire reconnaître, par les autorités de tutelle et de contrôle, la possibilité pour les mutuelles de continuer à s'organiser librement.

Il en va du modèle mutualiste, de la question de la souveraineté de l'Assemblée générale, ainsi que de la légitimité de l'élection.

Acteur global de santé : un rôle à développer

Pour se développer, la MGEN doit asseoir davantage son rôle d'acteur global de santé, a insisté Eric Chenut. Concernant les activités de Livre III, cing grandes orientations straté-

Pour se développer, notre mutuelle doit asseoir davantage son rôle d'acteur global de santé.

giques ont été retenues : réduire les inégalités dans l'accès aux soins, participer à l'efficience du système de santé, conforter la démocratie sanitaire, accompagner les situations de vie, favoriser l'innovation et la

recherche. « Le groupe entend ainsi répondre en permanence aux besoins sanitaires et sociaux exprimés par les assurés sociaux, patients, adhérents dans l'ensemble

de leurs situations de vie». Les priorités cette année ? Le développement des soins de premiers recours, la prévention et l'accompagnement dans la perte d'autonomie, la santé mentale. Ce, en mettant plus que jamais « la personne » au centre des préoccupations du groupe MGEN.

Consolider le modèle économique solidaire

Rappelant qu'au 31 décembre 2013, le groupe MGEN affichait un résultat net équilibré à 8,5 M€, pour un chiffre d'affaires supérieur à 2 milliards d'euros, Roland Berthilier a constaté que

Le groupe
MGEN continue
d'atteindre
un taux de
redistribution
de haut-niveau:
94,5%.

sa solidité financière est de la sorte maintenue (taux de marge de solvabilité : 476 %). Le groupe MGEN continue d'atteindre un taux de redistribution de haut

niveau, à 94,5. Le Groupe Istya, lui, atteint un résultat net d'un peu plus de 10,5 M€ au titre de 2013.

IMPULSER UN MOUVEMENT POSITIF

Le contexte politique et législatif a remis la question de la rénovation du Code de la Mutualité au cœur des préoccupations de la MGEN : les directives européennes, qui ne reconnaissent pas le statut mutualiste et traitent uniquement des « activités », participent à la banalisation de notre modèle. Au niveau français, les mutuelles doivent s'affirmer comme des acteurs incontournables du secteur de l'économie sociale et solidaire (ESS).

En ce sens, la loi sur l'ESS, est un événement pour le mouvement mutualiste.
Toutefois, la MGEN souhaite mener la réflexion plus loin.
Un chantier a été ouvert cette année en vue de trouver des solutions pour mieux positionner le mouvement mutualiste : en faire un mouvement positif et offensif.

La création d'une gamme d'offres se précise



Christophe Lafond, délégué national, a fait le point sur les travaux liés à la refonte de l'offre mutualiste, à miparcours, et décrit la structure du schéma cible envisagé. Au-delà de **M**GENERATION Initiale, offre d'entrée,

plusieurs possibilités seront offertes pour composer une couverture globale, en partant de l'offre globale actuelle.

Ce schéma comprendra un ensemble de 4 offres en santé, 5 en prévoyance, incluant le bénéficiaire conjoint, l'action sociale pour tous quelle que soit l'offre, le tout complété par des services adaptés.

« Il s'agit de la traduction concrète de notre ambition : proposer à tous, à tous les moments de la vie, des réponses MGEN adaptées dans un cadre solidaire et responsable ».



Maguy Beau et Isabelle Rondot, déléguées nationales, sont intervenues respectivement sur les contrats collectifs et la formation des militants.

Le régime obligatoire des fonctionnaires et les solidarités mutualistes : deux autres sujets débattus.

Être des ambassadeurs de la gestion intégrée RO/RC

Sur la gestion du régime obligatoire (RO) des fonctionnaires, la MGEN a une nouvelle fois réaffirmé sa volonté de construire avec les mutuelles d'Istya une gestion commune intégrée des régimes obligatoire et complémentaire (RO et RC). « La réussite de la

Filière Intégrée Istya sera déterminante. Si nous pouvons démontrer qu'avec des outils modernes, (...) nous continuons à gérer avec une aussi bonne qualité, que nous pouvons déployer des services à nos assurés sociaux, que nos coûts sont maîtrisés, alors nous pourrons continuer non pas

à nous défendre mais à promouvoir une modalité de gestion du régime obligatoire des fonctionnaires alternative.(...), a affirmé Marc Tranchat, délégué national. Mais, dans cette perspective, il nous faut être des ambassadeurs « politiques » de la gestion intégrée RO/RC (...).»



Donner du sens à l'action mutualiste

L'action sociale

un élément de

différentiation

mutualiste.

pour la protection

constitue

du modèle

En choisissant comme thème annuel de réflexion 2013/2014 les solidarités mutualistes, le groupe MGEN invitait l'ensemble des acteurs de la mutuelle à réfléchir et agir pour assurer l'avenir du modèle de solidarité de la MGEN. Anne-Marie Harster, déléquée natio-

nale, est revenue sur les travaux menés au cours de cette année. Elle a présenté quatre propositions : faire vivre le lien solidaire dans la relation avec les adhérents au quotidien ; faire de la section, foyer de vie militante, le cœur battant de la vie mutualiste ; organiser la com-

munication pour faire savoir ce que la MGEN développe ; proposer un concours de projets.

En termes de solidarité, Rose Saillard, déléguée nationale, a souligné, pour sa part, combien l'action sociale constituait un élément de différentiation pour la protection du modèle mutualiste. Elle a donné les trois priorités en matière d'action sociale et d'accompagnement de la personne : développer la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie; animer le réseau dans la gestion des prestations d'action sociale et l'accompagnement mutualiste qui en découle et accompagner l'agent de l'État, du service public et des collectivités territoriales ; être le partenaire des employeurs publics.





ACCOMPAGNEMENT ET SOLIDARITÉ BÉNÉFICIAIRES

> 164 208 bénéficiaires

DE PRESTATIONS DE SOLIDARITÉ, DONT SOINS COÛTEUX, ORPHELINAT ET HANDICAP

7777 bénéficiaires **DE PRESTATIONS ASSURANTIELLES** VERSÉES AU TITRE DE LA DÉPENDANCE TOTALE

> 10 054 bénéficiaires

D'ACTION SOCIALE
(ALLOCATIONS ANNUELLES ET
PRESTÀTIONS PARTICULIÈRES), POUR
ACHAT DE FAUTEUIL ROULANT,
AMÉNAGEMENT DE DOMICILE...)

AMÉNAGEMENTS DE L'OFFRE

Zoom sur les nouveaux aménagements de l'offre MGEN, décidés par les délégués.

- · Les conditions d'attribution de la caution acquisition MGEN sont élargies à compter du 1er janvier 2015 :
 - le montant, dans la limite duquel le prêt peut être cautionné, est augmenté. Il passe de 500 000 € à 1 000 000 €:
 - lors de la demande de caution. l'emprunteur devra être âgé de moins de 70 ans (contre moins de 69 ans jusqu'à présent).
- À compter du 1er janvier 2015, la prestation psychothérapie sera versée sur présentation d'une attestation de visite chez un médecin

- traitant. Cette évolution concerne l'offre globale de la MGEN, l'offre MGEN DUO ainsi que l'offre **M**GENERATION Initiale.
- Les prestations Inlay Core et Inlay Core à clavette, proposées dans **M**GENERATION Initiale seront prises en charge à compter du 1er janvier 2015 à hauteur de : 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (contre 36 € actuellement pour la première et 43 € actuellement pour la seconde).



LES COTISATIONS 2015

Les taux de cotisations applicables en 2014 (2,97% pour les actifs et 3,56% pour les retraités) restant inchangés pour 2015, les délégués ont décidé de procéder à un ajustement des cotisations plancher et plafond.

Cotisations des membres participants - Sections départementales

	Catégories	Cotisation calculée sur : - traitement indiciaire brut (TIB) + nouvelle bonification indiciaire (NBI) + primes et indemnités - montant brut de la pension + indexation éventuelle + retraite(s) complémentaire(s) obligatoire(s)	Cotisation plancher annuelle	Cotisation plafond annuelle
Actif	À partir de 30 ans (à partir du 1er janvier de l'année du 30e anniversaire)	2,97 %	423€	1573€
	Moins de 30 ans (jusqu'au 31 décembre du 29° anniversaire)	80 % de la cotisation annuelle du MP actif à partir de 30 ans	338€	1257€
Retraité		3,56 %	499€	1573€

Les délégués ont décidé de revaloriser les cotisations forfaitaires des membres participants maintenus, veufs et orphelins et des bénéficiaires enfants. Ces dernières passent à compter du 1er janvier 2015 :

- de 554€ à **567€** pour les membres participants maintenus à partir de 30 ans ;
- de 443 € à **454 €** pour les membres participants maintenus de moins de 30 ans ;
- de 635€ à **650€** pour les membres participants veufs ;
- de 96€ à 108€ pour les orphelins âgés d'au moins 16 ans et de moins de 18 ans ainsi que les bénéficiaires enfants âgés de moins de 18 ans, et les bénéficiaires enfants bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les mêmes principes d'évolution des cotisations plancher et plafond et de certaines cotisations forfaitaires ont été adoptés pour les mutualistes relevant de la Section extra-métropolitaine. Le détail de ces nouveaux montants est consultable auprès de votre section.

RAPPEL

LES CONVENTIONNEMENTS MUTUALISTES = PRESTATIONS AMÉLIORÉES

À l'instar des assurances et instituts de prévoyance, les mutuelles sont désormais autorisées à instaurer des différences sur le niveau des prestations quand « l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement ou un service de santé avec lequel sa complémentaire a conclu une convention » (cf. texte de

loi sur les « Réseaux de soins », publié au Journal Officiel du 28 janvier 2014 - loi n° 2014-57 du 27 janvier). La MGEN peut ainsi servir à ses adhérents des prestations améliorées, dans un cadre mutualiste enfin sécurisé.

Le conventionnement porte spécifiquement sur des postes de soins onéreux et pour lesquels la participation financière de la mutuelle dépasse souvent et largement celle de la Sécurité sociale - dentaire, audioprothèse, optique médicale. L'hospitalisation, pour sa partie hébergement notamment, est également concernée par les conventionnements du groupe MGEN.

ZOOM SUR

QUATRE DISPOSITIFS DE CONVENTIONNEMENTS

• Le protocole dentaire

Créé avec la Confédération nationale des syndicats dentaires, il rassemble 24 432 chirurgiens dentistes, orthodontistes et stomatologues au 1er janvier 2014 sur l'ensemble du territoire. Ce dispositif facilite l'accès aux soins prothétiques et aux traitements d'orthodontie. Les professionnels de santé s'engagent sur des normes de qualité et des tarifs plafonnés, les mutuelles à faciliter les démarches administratives pour tous et à verser des prestations améliorées en délégation de paiement (tiers payant). Les restes à charge s'en trouvent diminués.

• Le conventionnement hospitalier

Premier dispositif conventionnel de la MGEN, il offre un ensemble de 1 626 établissements de courts séjours hôpitaux et cliniques - et de moyens séjours - soins de suite et de réadaptation. Il porte sur plusieurs éléments conventionnels : le forfait journalier, le ticket modérateur, le forfait technique, le supplément pour chambre particulière, les éventuels frais d'accompagnants. Les établissements s'engagent sur des normes de qualité et des tarifs négociés, les mutuelles sur la pratique du tiers payant et le versement de prestations améliorées. Du coup, les restes à charge sont limités.

Optistya pour l'optique

Optistya regroupe 2 200 opticiens lunetiers partenaires. Ces derniers s'engagent sur la qualité, la traçabilité et un large choix d'équipements, ainsi que sur les services et le tiers payant systématique. De plus, ils proposent des tarifs maîtrisés. Les mutuelles s'engagent pour leur part à répondre instantanément aux demandes de prises en charge et à verser en tiers payant des prestations améliorées. Selon les équipements et leur technicité, les restes à charge sont divisés par deux, voire quatre comparativement aux professionnels non conventionnés.

· Audistya pour les audioprothèses.

3 000 centres d'audioprothèses sont partenaires d'Audistya. Ceux-ci s'engagent à respecter des normes de qualité d'accueil, d'accompagnement et de suivi, ainsi qu'à proposer une large grille tarifaire optimisée sur les appareils. De leur côté, les mutuelles s'engagent à répondre instantanément aux demandes de prises en charge et à régler en tiers payant les prestations améliorées. Des actions de prévention à plusieurs âges de la vie sont également prévues. Les tarifs sont maîtrisés, les restes à charge contenus

Dentaire : une nouvelle nomenclature pour les actes médicaux

Depuis le 1er juin 2014, la Sécurité sociale a décidé d'adopter une nouvelle nomenclature pour les actes techniques dentaires qui décrit de manière plus précise l'activité bucco-dentaire : la classification commune des actes médicaux (CCAM).

À noter : une période transitoire est instaurée entre le 1er juin et le 31 octobre 2014, durant laquelle l'ancienne nomenclature (nomenclature générale des actes médicaux) coexiste avec cette CCAM.

Les tableaux des prestations des offres de la MGEN (Offre globale, MGEN DUO et *MGENERATION Initiale*) sont modifiés afin de tenir compte de cette nouvelle nomenclature. Pour autant, les prestations dentaires de votre couverture santé MGEN ont été maintenues à leur niveau en cours (par transposition dans la nouvelle nomenclature CCAM).

Le détail de vos prestations dentaires au format CCAM est consultable auprès de votre section ou sur **mgen.fr**.

Vous pourrez vous procurer, dès la fin de l'année, un exemplaire des statuts et règlements 2015 intégrant la totalité de ces modifications, soit en le téléchargeant depuis le site mgen.fr, soit en le demandant à votre section départementale.

MODIFICATIONS DES STATUTS ET RÈGLEMENTS MUTUALISTES

Présentation des principales modifications des statuts et règlements mutualistes, adoptées lors des assemblées générales 2014. Elles sont applicables au 1^{er} janvier 2015 sauf à ce qu'une date spécifique soit précisée.

MGEN

- L'article 17 des statuts est modifié afin d'y préciser qu'aucune demande de réintégration à la mutuelle après démission ou résiliation n'est acceptée, sauf à ce que le membre participant soit resté au sein du groupe en adhérant à l'une de ses autres offres, à titre individuel ou collectif.
- Les dispositions relatives à la chirurgie réfractive de l'œil sont modifiées :
 - l'article 4 du règlement mutualiste 2 est complété en précisant que la MGEN intervient pour des interventions chirurgicales réalisées par un ophtalmologiste. Une modification identique est apportée à l'article 11 du règlement mutualiste 3 (MGEN DUO).
 - la mention « sur prescription médicale » est supprimée du tableau relatif à la chirurgie réfractive de l'œil figurant au sein de l'annexe optique.
- Il est précisé, à l'annexe Optique des règlements mutualistes 1 et 2 et à l'annexe 1 du règlement mutualiste 3 (MGEN DUO), que les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.
- Les conditions de versement du forfait vaccins du voyageur sont modifiées au sein des articles 11 du règlement mutualiste 2 et 12-1 du règlement mutualiste 3 (MGEN DUO), en précisant que : « 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. »
- S'agissant du forfait contraception, il est précisé au sein de l'annexe Santé des règlements mutualistes 1 et 2 que le droit à prestation est apprécié à la date de délivrance.

RASSURCAP SOLUTIONS

Un article relatif à l'offre Rassurcap Solutions est inséré au sein des règlements mutualistes 2, 3 et *MGENERATION Initiale* de la MGEN. À effet du 1er septembre 2014, il est rédigé comme suit :

« Le membre participant ou le bénéficiaire conjoint âgé de moins de 65 ans a la faculté de souscrire le contrat d'assurance individuel décès « Rassurcap 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. »

- Les vignettes pharmaceutiques apposées sur les boîtes de médicaments ayant été supprimées, les références aux vignettes bleues et blanches figurant au sein de l'annexe Santé Offre Jeunes des règlements mutualistes 1 et 2 et de l'annexe 1 du règlement mutualiste 3 (MGEN DUO) sont remplacées par une référence au taux de remboursement par la Sécurité sociale (respectivement 30 % et 65 %).
- Tenant compte de la suppression par la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 du jour de carence instauré pour les fonctionnaires en arrêt de travail, la mention relative à ce jour de carence est supprimée au sein de l'article 24 du règlement mutualiste 2.
- Les références à la forclusion sont supprimées à l'article 17 des statuts de la MGEN. Ce dernier fait par ailleurs l'objet d'aménagements rédactionnels :

Article 17 - Conséquences de la démission et de la résiliation *(extraits)*

La démission et la résiliation ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues à l'article 14-2° des présents statuts et aux règlements mutualistes.

La démission ou la résiliation d'une mutuelle entraîne la perte de la qualité de membre participant.

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 prestation 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.

La démission ou la résiliation du membre participant entraîne la fin de l'extension de la couverture familiale.

MGEN Vie

 Les dispositions de l'article 3 du règlement mutualiste 1 de MGEN Vie sont modifiées afin d'y préciser les conditions de versement de la prestation naissance :

Article 3 - Prestation naissance

La mutuelle attribue au membre participant une prestation de 160 € 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 à

LES DEMANDES DE PRESTATIONS

Les dispositions relatives au délai de demandes des prestations Dépendance totale, Allocations journalières et Allocations invalidité sont modifiées au sein des articles 16, 24 et 25 du règlement mutualiste 2 de la MGEN :

Article 16 - Dépendance totale (extraits)

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 relative 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.

Article 24 - Allocations journalières (extraits)

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 (...).

Toute demande de prestation présentée après le délai de 2 ans à compter de la perte partielle ou totale du traitement n'est plus recevable.

Article 25 - Allocations invalidité (extraits)

3. 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.

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.
- Adoption : la copie du jugement définitif français d'adoption plénière, ou la copie du jugement étranger accompagnée de sa traduction en français.

Une modification identique est apportée à l'article 3 du règlement mutualiste *MGENERATION Initiale* de MGEN Vie.

 L'article 4 du règlement mutualiste 1 de MGEN Vie relatif à la prestation frais funéraires est ainsi modifié :

Article 4 - Prestation frais funéraires Cette prestation, à caractère de garantie annuelle, a pour objet le remboursement des frais funéraires engagés pour le décès d'un membre participant ou d'un bénéficiaire survenu entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année pour laquelle la cotisation a été acquittée.

Son versement intervient dans la limite des frais engagés à concurrence de 800 €.

Elle est versée à la personne qui justifie avoir effectivement supporté les frais d'obsèques.

Les demandes de prestations doivent parvenir dans un délai de 2 ans à compter du décès, accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- un extrait de l'acte de décès
- une facture nominative acquittée des frais d'obsèques
- un relevé d'identité bancaire.



Offre labellisée MGEN DUO

L'Assemblée générale de la MGEN a décidé d'apporter à effet du 1^{er} septembre 2014 les aménagements suivants au règlement mutualiste 3 (MGEN DUO).

Au sein du Titre 2 portant sur les prestations :

Chapitre 2. Garantie incapacité
Article 18 - Point de départ du versement des indemnités
journalières (périodes de
franchise) (extraits)

18.6 Pour les Assistant(e)s maternel(le)s :

- au plus tôt à compter de l'intervention de l'employeur au titre de leur Convention collective lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de celle-ci est atteinte.
- à partir du 61° jour d'arrêt de travail continu ou discontinu lorsque l'ancienneté requise pour bénéficier de la Convention collective n'est pas atteinte.

Chapitre 4. Garantie facultative
Perte de retraite

Article 33 - Conditions d'attribution des prestations (extraits)

Pour faire valoir ses droits, le membre participant adresse :

- un titre de pension de retraite,
- le dernier bulletin de paiement de la CNRACL,
- le cas échéant, le relevé de carrière, le(s) titre(s) de retraite complémentaire.

Les membres participants percevant une rente perte de retraite au titre du présent contrat doivent adresser à la mutuelle, avant le 15 janvier de chaque année, le dernier justificatif du versement de leur pension de retraite accompagné de toute autre pièce justificative que la mutuelle se réserve le droit de demander.

Pour tout adhérent ayant souscrit à la garantie Perte de retraite et ayant

fait l'objet de réserve médicale à son adhésion, la mutuelle opère un contrôle médical en cas de passage à l'invalidité. Si l'invalidité est due à une réserve identifiée lors de l'adhésion à la garantie perte de retraite, la garantie Perte de Retraite est résiliée.

Au sein du Titre 3 portant sur les cotisations :

Article 39 - Montant des cotisations (extraits)

39-1 Actifs

- pour les agents titulaires ou non titulaires :

La cotisation est fixée en pourcentage du traitement indiciaire ou de la rémunération brut(e), l'un ou l'autre majoré des primes et indemnités dans la limite de 20% du traitement indiciaire brut mensuel (TIB) augmenté de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) ou de 20 % de la rémunération brute. Pour les fonctionnaires, les primes et indemnités incluses dans l'assiette de cotisation sont celles retenues au titre de la retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

- pour les agents ayant un horaire variable :

La cotisation est fixée sur la moyenne des 12 derniers mois de traitement brut précédant la date d'adhésion ou du renouvellement de l'adhésion, arrondi à une dizaine d'euros supérieure. Le montant de la cotisation annuelle est égal à 12 fois le montant de cette base mensuelle multiplié par le taux de la cotisation.

La cotisation est due par tous les membres participants en activité ou en incapacité de travail.

Les membres participants en congé à demi-traitement pour maladie, grave maladie, longue maladie ou longue durée, acquittent une cotisation égale à ce qu'ils paieraient s'ils exerçaient leurs fonctions.

Au sein de la notice d'information portant sur les garanties relatives à la vie et au décès :

Chapitre 2. Prestation pour frais funéraires

Article 10 - Objet de la prestation (extraits)

(...) Son versement intervient dans la limite des frais engagés à concurrence de 800€ pour les membres participants actifs et les bénéficiaires, de 1200€ pour les membres participants retraités, sur production des pièces justificatives. Cette prestation est une garantie temporaire valable du 1er janvier au 31 décembre de l'exercice couvert. La reconduction à l'échéance annuelle de cette garantie est soumise à une décision expresse de l'assemblée générale.

Article 11 - Modalités de versement de la prestation *(extraits)*

Elle est versée à la personne qui justifie avoir effectivement supporté les frais d'obsèques, ou aux héritiers de l'adhérent décédé lorsque le défunt a assuré les frais d'obsèques de son vivant. Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent parvenir dans un délai de deux ans à compter du décès.

Chapitre 3. Garantie décès - Perte totale et irréversible d'autonomie

Article 12 - Objet de la garantie (extraits)

La garantie a pour objet d'assurer le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, avec une majoration du capital pour enfants à charge.



Article 15 - Montant de la garantie (extraits)

Le capital garanti est égal à 15% du traitement indiciaire brut annuel (ou de la pension personnelle soumise à cotisation pour les retraités âgés de moins de 66 ans) plus le cas échéant les primes et indemnités nettes annuelles incluses dans l'assiette des cotisations dans la limite de 20 % de leur montant net annuel.

Le capital garanti ne saurait être inférieur à 3 000 € et supérieur à 10 000 €. Une majoration familiale de 5 % du traitement indiciaire brut annuel, plus éventuellement 20 % du montant des primes et indemnités nettes annuelles, par enfant à charge tel que défini ci-dessous, est versée (dans la limite de deux enfants) aux bénéficiaires désignés.

La majoration du capital ne saurait être supérieure à 1 500 € par enfant et dans la limite de 2 enfants maximum.

Article 16 - Formalités en cas de sinistre (extraits)

- en cas de décès :
- un extrait d'acte de décès du membre participant ou une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date de décès du membre participant,
- un certificat médical indiquant si la cause du décès est ou n'est pas naturelle,
- les pièces justificatives de la qualité de bénéficiaire (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage,...),
- un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire,
- un avis d'imposition du membre participant.
- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie :
- les pièces justifiant le classement en perte totale et irréversible d'autonomie (certificat médical, copie de la décision de la Sécurité sociale reconnaissant un état d'invalidité 3° catégorie, copie de titre de pension de retraite pour invalidité le cas échéant),
- les pièces justificatives permettant l'obtention de majorations (pièce d'identité, livret de famille, acte de mariage,...),
- un certificat médical attestant de la perte totale et irréversible d'autonomie mentionnant la cause de l'évènement,
- un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire,
- un avis d'imposition du membre participant,
- toute autre pièce, nécessaire au traitement du dossier, demandée par la mutuelle.



Mutualiser : une priorité pour les délégués

Trois mois après l'adoption de *MGENERATION Initiale* en Assemblée générale extraordinaire, le 5 avril dernier (*VM* n° 290), la plupart des délégués approuvent les principes d'une «couverture globale» composée de plusieurs formules santé et/ou prévoyance, adaptée à chacun. Cette évolution de l'offre constitue, pour eux, une bonne opportunité pour mutualiser davantage. Parmi les thèmes de leurs autres interventions sont revenus à plusieurs reprises ceux de la gouvernance, la formation des militants, Solvabilité II et ses impacts sur le Groupe, la stratégie du Livre III et l'implication de la MGEN dans les services de soins et d'accompagnement mutualistes (SSAM). Enfin, si la mutualisation, la refonte de l'offre et l'évolution du réseau, restent des priorités aux yeux des délégués, le développement des contrats collectifs, dans le contexte de l'ANI, apparaît tout à la fois comme un défi et une opportunité majeure.



Naissance d'une 101^e section à Mayotte

Le 20 janvier dernier, Thierry Beaudet et Alain Hernandez ont inauguré une section départementale à Mayotte. Une table ronde, animée par Bernard Vaillot, a permis à Luc Juhel, délégué national, Thierry Mesas, président de cette nouvelle section, et Pierre Collavoli, son directeur, de tracer les enjeux et les spécificités culturelles et sanitaires de cette nouvelle implantation.

Y faciliter l'accès aux soins des personnels enseignants en mettant à leur disposition le régime obligatoire et l'ensemble de ses prestations et services : tel est le souhait de la MGEN. 7 000 à 8 000 agents du rectorat, issus de la métropole ou du cadre local, pourront bénéficier de l'offre globale et de MGENERATION Initiale, dès le premier semestre 2015. Un chiffre appelé à augmenter rapidement dans ce territoire qui affiche un taux de natalité record de 7 000 naissances par an. « La scolarisation croît à une vitesse exponentielle ici, 2 000 enfants étaient scolarisés en 1973, contre 83 000 aujourd'hui», a précisé Thierry Mesas. Autre spécificité : le désert médical. La mise en place, dans les cinq années à venir, d'une nouvelle génération de centres de soins pluridisciplinaires de premier recours pourrait constituer un terrain d'expérimentations. Ces établissements serviront de retour d'expérience pour des innovations en métropole, où l'égalité d'accès aux soins est compromise par l'augmentation des déserts médicaux et des médecins conventionnés en secteur 2. En matière de santé, une convention signée avec l'Agence

régionale de santé (ARS), le vice-rectorat, le centre hospitalier public de Mayotte et l'ONG REVIST ouvre la voie à

du VIH, des infections sexuellement transmissibles et de l'hépatite B.

Pour les responsables de la section, l'un des principaux défis consistera à prendre en compte toutes les spécifici-

défis consistera à prendre en compte toutes les spécificités de ce département : pauvreté, immigration clandestine, démographie, religions, langues (seuls 30 à 40 % des habitants parlent français), etc.

des actions de prévention et des campagnes de dépistages



OPÉRATION « SENTEZ-VOUS SPORT »

Du 13 au 21 septembre 2014, profitez de l'opération Sentez-vous sport pour pratiquer et découvrir gratuitement le sport dans un environnement adapté. Cette semaine de sensibilisation à l'activité physique et sportive est organisée à l'école, à l'université, en entreprise et, pour le grand public, avec la participation de l'ensemble des clubs et des fédérations françaises membres du Comité national olympique et sportif français (CNOSF). Pour la deuxième année consécutive, le groupe MGEN, associé au CNOSF, est partenaire majeur de cette fête du sport. L'édition 2014 est parrainée par Laure Manaudou et Tony Parker. Elle est soutenue par les ministères des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, de l'Éducation nationale et de l'Enseignement

Pour connaître les sites labellisés dans le cadre de cette opération : sentezvousport.fr

supérieur.

À NICE, UN CENTRE DE SANTÉ MODERNISÉ ET RÉORGANISÉ

Après de longues années passées au 35, rue Clément Roassal, en centre-ville, à Nice, le centre de santé MGEN vous accueille dans de nouveaux locaux, entièrement rénovés, situés 17, rue Robert Latouche (Nice-Ouest) depuis fin mars 2014. Sur un seul et même étage de 700 m², sont désormais réunis 10 cabinets de consultation médicale (généralistes et spécialistes), 5 cabinets dentaires, une nouvelle offre d'implantologie et 2 cabinets d'orthodontie*. Le centre, accessible aux personnes à mobilité réduite et malvoyantes, est ouvert à tous. Ses praticiens recoivent sur rendez-vous, du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 14h30 à 18h30. Cette nouvelle installation permet d'offrir au plus grand nombre une médecine de proximité, des soins de qualité et l'accès à des spécialistes au tarif de secteur 1, dans un paysage sanitaire où le secteur 2 est omniprésent.

* La radiologie et la psychiatrie n'y sont en revanche plus assurées.

NOUVEAUX CENTRES DENTAIRES

Après Nancy et Strasbourg, une activité dentaire ouvrira le 1^{er} septembre au centre de santé de Lyon.

LOI CHATEL

En application de la loi du 28 juillet 2005, dite « Loi Chatel », garantissant une meilleure protection du consommateur, nous vous informons que l'adhésion à la MGEN est annuelle à tacite reconduction et arrive à échéance le 31 décembre de chaque année. Chaque adhérent a la possibilité de dénoncer son adhésion dans un délai de vingt jours suivant la réception de la présente revue.

SANTÉ MENTALE : NOUVELLE GAMME DE SERVICES POUR LES MUTUALISTES

Priorité Santé Mutualiste (PSM) s'étend à la santé mentale. Une nouvelle gamme de services permettant aux adhérents mutualistes d'échanger sur ce thème sera mise en place à compter du mois d'octobre 2014 :

- des dossiers d'information (sur la dépression, les troubles obsessionnels compulsifs, etc.) sur le site Internet prioritesantemutualiste.fr, renvoyant vers d'autres sites (spécialisés, associatifs, et/ou institutionnels). Des chats y seront également proposés régulièrement afin de pouvoir poser des questions à un expert, de façon anonyme,
- un service téléphonique (le 3935) délivrant écoute, conseils, informations adaptées à la situation de chacun et orientant, si besoin, vers une aide et un soutien psychologique,
- des rencontres animées par des professionnels et organisées tout au long de l'année dans l'ensemble des territoires français, où il sera possible de côtoyer des pairs (groupes de paroles, ateliers) et des experts,

 des liens vers des réseaux sociaux (Facebook, Pinterest, Google+, Twitter...).



Autant de moyens d'évoquer les pathologies et maladies mentales, mais aussi les états psychologiques négatifs (stress, angoisses, détresses...) et positifs, ainsi que les ressources pour atteindre l'état de bien-être auquel nous aspirons tous.

TROUVER UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER CONVENTIONNÉ

Vous voulez vous informer sur les établissements hospitaliers conventionnés qui se trouvent près de chez vous et vous permettent de bénéficier de tarifs négociés ? Contactez le service d'aide à l'orientation de Priorité Santé Mutualiste (PSM) au **3935** (prix d'un appel local).

FICHE PRATIQUE

L'ASSURANCE EMPRUNTEUR

UNE SOLUTION POUR VOS PROJETS IMMOBILIERS

Lors de la souscription d'un emprunt immobilier, la MGEN propose un contrat d'assurance en couverture de prêts couvrant les risques suivants: décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), incapacité totale de travail (ITT).

L'assurance Emprunteur est une condition nécessaire et indispensable pour obtenir un prêt. Elle est exigée par les banques qui cherchent à se protéger des risques décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et de l'incapacité totale de travail (ITT). Elle constitue en conséquence un élément de protection pour vous et votre famille : en cas de décès ou de perte de vos revenus suite à une incapacité/ invalidité, elle permet de conserver le bien immobilier acquis.

Qui peut en bénéficier?

Il vous suffit d'être mutualiste MGEN et d'avoir moins de 70 ans au jour de l'adhésion*. La garantie décès cesse au 76º anniversaire de l'assuré.

Assurez votre prêt à des taux attractifs

Indispensable, l'Assurance Emprunteur a un coût, qui s'ajoute au coût du crédit immobilier. C'est pourquoi, la MGEN a souscrit un contrat Assurance Emprunteur auprès de CNP Assurances, à des taux attractifs.

Important:

- -Vous pouvez adhérer au contrat Assurance Emprunteur quel que soit l'organisme bancaire auprès duquel vous réalisez votre emprunt.
- La MGEN peut aussi cautionner vos prêts immobiliers. Renseignez-vous auprès de votre section.
- * L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de l'assureur CNP Assurances.

AVANTAGES DE L'ASSURANCE **EMPRUNTEUR** MGEN

- 1. Une protection complète. En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, le montant du capital restant dû est remboursé à l'établissement bancaire. L'emprunteur et/ou le co-emprunteur du prêt immobilier sont également couverts en cas d'incapacité totale de travail.
- 2. Des taux attractifs.
- 3. Une souscription facilitée.
- 4. Une réponse rapide à votre demande.

LES CONDITIONS DU CONTRAT AU 1^{ER} JUILLET 2014

DURÉE MAXIMALE - 30 ans **DE L'ASSURANCE** - Fin de la garantie décès à la veille du 76° anniversaire de l'assuré. MONTANT - 1000 000€. MAXIMUM GARANTI - Déclaration de santé ou questionnaire de santé selon l'âge de CONDITIONS l'assuré et le montant emprunté. MÉDICALES - Dans certains cas, demande d'examens médicaux complémentaires par CNP Assurances. ÂGE DE L'EMPRUNTEUR à l'adhésion % DU CAPITAL INITIAL DU PRÊT < 28 ans 0.11% De 28 ans à < 36 ans 0,13% **NOUVEAUX TARIFS** De 36 ans à < 46 ans 0,23% **AU 1^{ER} JUILLET 2014** De 46 ans à < 56 ans 0,33% De 56 ans à < 70 ans 0,50% La cotisation est constante sur toute la durée du contrat. Les taux mentionnés sont indicatifs - Le capital restant dû est réglé à l'organisme prêteur en cas de décès ou PTIA. **MISE EN JEU** À compter du 91° jour d'arrêt de travail, versement **DE LA GARANTIE** d'une indemnité à l'assuré, en cas d'ITT dès lors qu'il y a une perte de revenus supérieure à 5 %.

EXEMPLE:

Nathalie, 30 ans, souhaite acheter un appartement à Lyon. Elle emprunte 145 000€ sur dix-huit ans. Avec la MGEN, l'assurance ne lui coûte que 188,50€ par an (soit sur la durée de prêt, un total de 3 393€).

Pour en savoir plus

Consultez votre espace personnel sur mgen.fr ou rendez-vous dans votre Centre de service MGEN.