

NOTICE D'INFORMATION ET STATUTS
OFFRE EFFICIENCE SANTÉ

1^{er} avril 2022

Votre Centre de Gestion :

MGEN
Unité de Gestion
CS 90 899
34012 MONTPELLIER CEDEX 01
Tél : 0 820 216 216 (0,09 € TTC/min hors coût opérateur)
www.mgen.fr

Votre Banque a souscrit auprès de MGEN appelée, ci-après, la Mutuelle, un contrat d'assurance collective à adhésion facultative, garantissant la prise en charge de soins de santé pour ses clients.

La garantie complémentaire santé a pour objet de garantir contre les risques définis au titre II, l'ensemble des membres du Souscripteur, ci-après, dénommés « Membres Participants » ou « Groupe Assuré ».

Le présent document constitue la notice d'information de ces garanties.

Il vous indique notamment :

- les modalités d'entrée en vigueur des prestations
- le descriptif détaillé des prestations
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque
- la présentation des services et les modalités de règlement des prestations
- le rappel des mentions obligatoires en matière de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie ainsi que les délais de prescription.

Il est établi conformément aux conditions générales et conditions particulières du contrat.

Les statuts de la Mutuelle figurent à la fin de la notice d'information.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sis 4, place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de MGEN.

Table des matières

NOTICE D'INFORMATION	5
Titre I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
Titre II - COTISATIONS	8
Titre III - GARANTIES	11
Chapitre I - GARANTIE SANTÉ	11
Chapitre II - GARANTIE ASSISTANCE	22
STATUTS MGEN APPLICABLES AU 1^{ER} JANVIER 2022	32
TITRE 1 - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	32
Chapitre 1 - Formation et objet de la mutuelle	32
Chapitre 2 - Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance	33
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	36
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	36
TITRE 2 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	37
TITRE 3 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS L'UNION MUTUALISTE DE GROUPE (UMG) « GROUPE VYV »	47
TITRE 4 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHÉRENTS	48

NOTICE D'INFORMATION

TITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Bénéficiaires des prestations

Font partie du Groupe assuré et acquièrent, à ce titre, la qualité de Membre Participant l'ensemble des clients de la BRED relevant de l'article 7-1-2-1 des Statuts.

Peuvent être admis, selon votre choix :

- Votre conjoint (non divorcé, suite à un jugement devenu définitif et non séparé de corps), Est assimilé au conjoint, d'une part, le concubin (non marié et pouvant justifier vivre sous le même toit que le Membre Participant) ; d'autre part, le Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), qu'ils soient à charge ou non au sens de la Sécurité sociale et qu'ils exercent ou non une activité professionnelle.
Le conjoint bénéficie ainsi des prestations de la Mutuelle, dans les mêmes conditions que pour le Membre Participant. Il recevra comme le Membre Participant une carte d'adhérent.
- Vos enfants à charge en qualité de Bénéficiaires
Par enfant à charge, il faut entendre tout enfant ayant droit à la Sécurité Sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans.
Un maintien des garanties est proposé à titre individuel aux Bénéficiaires Enfants lorsque ceux-ci ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité, conformément à l'article 2.4.

Article 2- Prise d'effet et durée de l'assurance

2.1. Prise d'effet de l'adhésion

Votre adhésion et l'extension de l'adhésion à votre (vos) Bénéficiaire(s) prend effet au 1^{er} jour suivant votre demande ou d'un mois que vous indiquez librement dans un délai maximum de 7 mois à compter de la demande.

2.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties débutent à l'égard de chaque Membre Participant ou Bénéficiaire, dans les conditions prévues à l'article ci-dessus, et ce, quelle que soit l'antériorité de l'affection ayant entraîné les frais engagés postérieurement à la date d'admission.

Un délai d'attente de 9 mois pour l'allocation nouvel enfant est appliqué à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Toute période de cessation de versement de la cotisation ou des compléments de cotisation dus interrompt le délai d'attente.

2.3. Cessation des garanties

Le droit à garantie cesse :

- pour vous, à la date de survenance du premier des événements suivants :
 - résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la Mutuelle
 - non-paiement des cotisations.

Vous pouvez mettre un terme à l'adhésion, tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, vous pouvez, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer votre adhésion en raison de ces modifications.

- pour chaque Bénéficiaire, à la date de survenance du premier des événements suivants :

- à la date de cessation de vos garanties
- pour les bénéficiaires enfants à charge, au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ceux-ci ne répondent plus aux conditions leur conférant cette qualité
- à la date de votre résiliation de la couverture de votre Bénéficiaire.

Vous pouvez mettre un terme à la couverture facultative de vos Bénéficiaires, tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception ou un recommandé électronique à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre.

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, vous pouvez, dans un délai de 30 jours à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer l'affiliation de vos Bénéficiaires en raison de ces modifications.

2.4 Maintien des garanties.

Un maintien des garanties peut être proposé à titre individuel, sous réserve que vous en fassiez la demande dans les trois mois suivant la résiliation dudit contrat.

Article 3 - Conditions d'affiliation et formalités

Chaque Membre Participant ou Bénéficiaire est affilié au contrat sur la foi des déclarations effectuées par eux-mêmes.

La Mutuelle ne se trouve engagée que par les déclarations et pièces transmises par le Souscripteur.

Aucune formalité médicale n'est exigée.

Justificatifs à fournir par le Souscripteur, accompagnés du bulletin d'adhésion :

- un relevé d'identité bancaire original pour chacun des comptes, si différents pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations
- une copie de l'attestation de droits Sécurité sociale en cours de validité mentionnant le cas échéant les ayant-droits enfants.

Article 4 – Devis et expertise à la demande de la Mutuelle

Qu'ils soient demandés par la Mutuelle ou produits spontanément par vous-même, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du Membre Participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la Mutuelle.

Article 5 – Fait générateur

Le fait générateur est défini comme l'événement matérialisant la réalisation d'un risque. Il est défini, pour chaque prestation, au sein des articles de la présente notice d'information. Tout fait générateur intervenu avant la date d'effet de l'adhésion n'ouvre pas droit aux prestations. Aux conséquences du fait générateur sont appliquées les dispositions des statuts et du contrat collectif en vigueur à la date du fait générateur.

Article 6 - Réticence ou fausse déclaration

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.

La Mutuelle peut également exiger une augmentation des cotisations proportionnelles, conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, en cas de fausse déclaration non intentionnelle.

Sauf au cas prévu à l'*alinéa 2* du présent article, vous ne pouvez pas être exclu de l'assurance contre votre gré, tant que vous êtes Membre du Souscripteur et à condition que les cotisations soient acquittées.

Article 7 - Prescription

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

Article 8 – Subrogation de la Mutuelle

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membres Participants et Bénéficiaires, victimes d'un accident dans leur 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'indemnités mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du Membre Participant et/ou Bénéficiaire.

Article 9 - Représentation des Membres Participants au sein de la Mutuelle

À la date de votre adhésion, vous devenez Membres Participants de MGEN. Les modalités de participation des Membres Participants et, le cas échéant, des Membres Honoraires aux Assemblées Générales de la Mutuelle sont déterminées par ses statuts.

Article 10 – Réclamations – Médiation de MGEN

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 3116 (service gratuit + prix appel)
- Par courrier à l'adresse :

MGEN
Gestion des réclamations CS 90899
34012 Montpellier Cedex 1

- 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 Réclamations 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 12 (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 :

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

- via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Article 11 - Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de ses activités, MGEN réalise différents traitements de données à caractère personnel concernant le membre participant et ses ayants droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat collectif, d'assurer la gestion du dossier du membre participant et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires.

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

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

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

Sans opposition de sa part, les données personnelles du membre participant pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services offerts par le groupe MGEN.

Ce droit d'opposition ne s'applique pas aux communications ayant un caractère obligatoire dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste.

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

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

Le Data Protection Officer (DPO) peut être contacté à l'adresse suivante :

MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également être faites sur le site de MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>. Un justificatif d'identité comportant la signature du membre participant pourra être demandé le cas échéant.

Le membre participant peut également introduire une réclamation relative à la protection des données auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) s'il estime, après avoir contacté MGEN, que ses droits ne sont pas respectés.

Le membre participant peut, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <http://www.bloctel.gouv.fr/>.

TITRE II - COTISATIONS

Article 12 – Montant des cotisations

Vous acquittez une cotisation déterminée en fonction de votre âge atteint dans l'année civile de l'adhésion et de la formule de garantie choisie.

La cotisation acquittée est majorée par un complément de cotisation par Bénéficiaire qui vous est rattaché. Le complément de cotisation est déterminé en fonction de l'âge du Bénéficiaire atteint dans l'année de l'extension de la couverture familiale.

Le montant de la cotisation et/ou du complément de cotisation est minoré de 30 % pour les Membres Participants et/ou Bénéficiaires relevant du régime local de Sécurité sociale d'Alsace Moselle. L'application de la minoration est conditionnée à la production par les intéressés de la justification de leur appartenance à ce régime.

Tableau des cotisations – grille d'entrée 2022

Age du cotisant atteint dans l'année civile de son adhésion ou de l'extension de la couverture familiale	Cotisation ou complément de cotisation annuel (Régime général de Sécurité sociale)				
	Efficiencie Santé Essentielle	Efficiencie Santé Découverte	Efficiencie Santé Evolution	Efficiencie Santé Extension	Efficiencie Santé Optimale
Jusqu'à 18 ans	258 €	294 €	321 €	399 €	429 €
19 ans	267 €	300 €	339 €	414 €	462 €
20 ans	267 €	312 €	342 €	435 €	477 €
21 ans	273 €	315 €	351 €	444 €	489 €
22 ans	276 €	315 €	354 €	456 €	507 €
23 ans	282 €	321 €	363 €	468 €	525 €
24 ans	288 €	327 €	369 €	480 €	540 €
25 ans	294 €	336 €	381 €	498 €	561 €
26 ans	300 €	342 €	393 €	501 €	564 €
27 ans	312 €	348 €	408 €	510 €	573 €
28 ans	318 €	357 €	417 €	528 €	591 €
29 ans	327 €	366 €	426 €	537 €	603 €
30 ans	336 €	372 €	438 €	555 €	624 €
31 ans	345 €	384 €	450 €	570 €	639 €
32 ans	354 €	402 €	459 €	579 €	648 €
33 ans	363 €	414 €	474 €	594 €	669 €
34 ans	372 €	426 €	483 €	606 €	681 €
35 ans	384 €	441 €	498 €	624 €	705 €
36 ans	399 €	459 €	510 €	636 €	726 €
37 ans	408 €	474 €	525 €	654 €	741 €
38 ans	420 €	492 €	537 €	672 €	756 €
39 ans	432 €	507 €	552 €	687 €	777 €
40 ans	441 €	528 €	567 €	726 €	816 €
41 ans	453 €	543 €	585 €	756 €	852 €
42 ans	465 €	561 €	606 €	774 €	873 €
43 ans	477 €	573 €	630 €	792 €	894 €
44 ans	489 €	585 €	657 €	810 €	927 €
45 ans	504 €	606 €	681 €	840 €	960 €
46 ans	519 €	624 €	696 €	858 €	981 €
47 ans	534 €	633 €	720 €	879 €	1 005 €
48 ans	546 €	636 €	729 €	891 €	1 023 €
49 ans	561 €	657 €	747 €	906 €	1 047 €
50 ans	576 €	681 €	759 €	942 €	1 074 €
51 ans	594 €	711 €	783 €	975 €	1 110 €
52 ans	609 €	729 €	798 €	990 €	1 134 €
53 ans	624 €	744 €	816 €	1 014 €	1 161 €
54 ans	642 €	759 €	834 €	1 038 €	1 197 €
55 ans	666 €	780 €	852 €	1 056 €	1 218 €
56 ans	684 €	795 €	873 €	1 083 €	1 251 €
57 ans	699 €	819 €	888 €	1 101 €	1 266 €
58 ans	723 €	837 €	906 €	1 125 €	1 299 €
59 ans	741 €	840 €	933 €	1 146 €	1 320 €

60 ans	759 €	855 €	948 €	1 164 €	1 341 €
61 ans	780 €	879 €	966 €	1 191 €	1 374 €
62 ans	801 €	897 €	990 €	1 218 €	1 407 €
63 ans	822 €	921 €	1 014 €	1 236 €	1 428 €
64 ans	846 €	936 €	1 038 €	1 266 €	1 473 €
65 ans	870 €	963 €	1 056 €	1 287 €	1 497 €
66 ans	891 €	978 €	1 083 €	1 335 €	1 548 €
67 ans	921 €	1 020 €	1 110 €	1 356 €	1 569 €
68 ans	948 €	1 041 €	1 131 €	1 362 €	1 572 €
69 ans	975 €	1 071 €	1 155 €	1 395 €	1 605 €
70 ans	1 002 €	1 116 €	1 197 €	1 446 €	1 659 €
71 ans	1 026 €	1 140 €	1 233 €	1 488 €	1 701 €
72 ans	1 056 €	1 176 €	1 263 €	1 503 €	1 722 €
73 ans	1 083 €	1 212 €	1 305 €	1 557 €	1 776 €
74 ans	1 110 €	1 257 €	1 350 €	1 602 €	1 839 €
75 ans	1 143 €	1 293 €	1 383 €	1 635 €	1 872 €
76 ans	1 176 €	1 332 €	1 404 €	1 662 €	1 884 €
77 ans	1 209 €	1 371 €	1 422 €	1 665 €	1 902 €
78 ans	1 242 €	1 410 €	1 470 €	1 713 €	1 941 €
79 ans	1 275 €	1 461 €	1 512 €	1 749 €	1 986 €
80 ans et plus	1 308 €	1 521 €	1 566 €	1 785 €	2 025 €

Il n'est pas dû de complément de cotisation pour la couverture des Bénéficiaires enfants âgés de moins de 19 ans à partir du 3^e enfant couvert, dès lors que ces trois Bénéficiaires enfants sont ayants-droits sécurité sociale du même membre participant.

Les montants de cotisations ou compléments de cotisations susmentionnés sont exclusifs du bénéfice éventuel du dispositif d'une aide au paiement d'une Assurance Complémentaire de Santé (crédit d'impôt), mentionnée aux articles L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Les cotisations évoluent avec votre âge et celui de votre éventuel Bénéficiaire. A âge équivalent, le membre participant et ses éventuels bénéficiaires, justifiant d'une ancienneté d'au moins trois ans ou d'au moins cinq ans au sein de la gamme **Efficienc** **Santé** bénéficient d'une cotisation réduite. Cette réduction de cotisation s'applique à compter du 1^{er} janvier de la quatrième ou sixième année d'adhésion.

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

Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à votre charge et payable en même temps que la cotisation.

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier d'un exercice civil pour tenir compte de l'équilibre du contrat (rapport prestations / cotisations).

TITRE III - GARANTIES

Chapitre I - GARANTIE SANTÉ

Article 13 - Objet et Montant

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du Régime général ou local (Alsace/Moselle) de Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la Maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

Article 14 - Définition des prestations

14.1 Santé

Les prestations suivantes incluent celles de la Sécurité sociale, selon les montants indiqués à l'article 17 :

- Soins courants : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments (dont sevrage tabagique), cures thermales, transports, matériel médical
- Hospitalisation
- Dentaire
- Optique
- Aides auditives

La prise en charge par la Mutuelle des médicaments, de l'optique (montures, verres, lentilles de contact), du matériel médical (appareillages et dispositifs médicaux dont orthopédie, prothèses oculaires, prothèses capillaires, prothèses mammaires) et des aides auditives est conditionnée au fait que ces prestations aient été délivrées conformément aux dispositions du Code de la santé publique. Le remboursement des achats effectués sur Internet ne peut donc intervenir que dans la mesure où la Sécurité Sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et/ou le site Internet respecte les critères de santé publique.

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.

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

- soit à hauteur de la prestation conventionnelle lorsque des accords spécifiques existent entre la Mutuelle et le professionnel ou l'établissement de santé (hospitalisation, dentaire, optique, aide auditive – voir tableaux des prestations – Article 15)
- soit au moins à hauteur du ticket modérateur dans les autres cas, dès lors que l'acte concerné relève du contrat solidaire et responsable.

14.2 Allocation nouvel enfant

La Mutuelle attribue au membre participant pour toute naissance ou adoption plénière, une allocation dont le montant est fonction de la formule choisie, à l'occasion de la naissance ou de l'adoption plénière d'un enfant admis en qualité de bénéficiaire.

Fait générateur : naissance ou adoption plénière intervenue à l'expiration du délai d'attente.

- Naissance : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste âgé de moins d'un an au moment de la demande de l'extension de la couverture familiale pour faire acquérir à l'enfant la qualité de bénéficiaire (sous réserve de la production d'un extrait d'acte de naissance daté de moins d'un an)
- Adoption plénière : la prestation est versée pour l'enfant mutualiste dès lors que le jugement d'adoption français ou étranger produisant les mêmes effets que l'adoption française, date de moins d'un an au moment de la demande de l'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 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 d'adoption étranger accompagnée de sa traduction en français.

14.3 - Hospitalisation

Les prestations hospitalisation sont servies dans le respect des dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale relatives au contrat responsable.

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

1 - Frais de séjour

La Mutuelle intervient pour les séjours hospitaliers en établissement de santé public ou privé, relevant du Code de la Santé Publique.

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

2 - Risques garantis

Sous réserve d'une participation de la Sécurité Sociale :

- 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

3 - Participation aux frais d'accompagnant

Elle est accordée pour l'accompagnant d'un mutualiste de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans, ou en situation de handicap.

14.4 - Prestations de prévention

MGEN verse au Membre Participant et aux Bénéficiaires enfants, pour chacune des prestations suivantes, un forfait individuel par année civile dont le montant est fixé en fonction de la formule choisie.

Forfait Prévention Equilibre :

La Mutuelle verse un forfait individuel en euros pour une ou deux des prestations suivantes :

- *La psychothérapie*
La Mutuelle intervient pour des séances de psychothérapie non remboursées par la Sécurité sociale. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.
- *La consultation diététique*
La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

Forfait contraception :

La prestation est versée pour les contraceptifs et tests de grossesse non remboursés par la Sécurité sociale.

Le droit à prestation est apprécié à la date d'achat.

Forfait du voyageur :

La prestation est versée pour les vaccins et rappels suivants, prescrits et non remboursés par la Sécurité Sociale : Fièvre jaune, Méningite A + C, Méningite C, Méningite A + C + Y + W135, Hépatite A, Hépatites A et B, Typhoïde, Typhoïde + Hépatite A, Rage, Encéphalite japonaise, Encéphalite à tiques, Leptospirose, Choléra ; traitements médicamenteux antipaludéens.

Le droit à la 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.

Article 15 - Tableau des prestations

Le Membre Participant a le choix entre les formules Efficience Santé Essentielle, Efficience Santé Découverte, Efficience Santé Evolution, Efficience Santé Extension et Efficience Santé Optimale.

En cours d'adhésion, le membre participant peut solliciter un changement de formule (pas plus d'un niveau) sous réserve d'avoir cotisé pendant au moins 12 mois dans la formule qu'il souhaite quitter et d'en faire la demande par écrit.

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 la demande soit établie dans un délai de 6 mois suivant l'événement.

La nouvelle formule prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Le changement de formule est sans effet sur les limites de prestations en cours (implantologie, optique et frais d'hospitalisation).

Les Membres Participants dont les prestations sont servies sous le même numéro de Sécurité Sociale adhèrent obligatoirement à la même formule de garanties.

Le bénéficiaire enfant est obligatoirement couvert au titre de la même formule de garanties que celle du membre participant auquel il est rattaché.

SOINS COURANTS					
Nature des frais	Prestations				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Efficience Santé Essentielle	Efficience Santé Découverte	Efficience Santé Evolution	Efficience Santé Extension	Efficience Santé Optimale
Honoraires médicaux					
Consultations / Visites de médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)					
Médecins généralistes (dont spécialistes en médecine générale)	100%	100%	100%	100%	100%
Consultations / Visites de médecins spécialistes					
- Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	100%	135%	150%	170%
- Médecins n'ayant pas adhéré à une option de			115%	130%	150%

pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*					
Consultations / Visites de sages-femmes					
Sages-femmes	100%	100%	100%	100%	100%
Radiologie					
Imagerie médicale, radiologie, échographie...	100%	100%	100%	100%	100%
Actes techniques hors radiologie					
- Praticiens ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*	100%	100%	100%	150%	170%
- Praticiens n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)*				130%	150%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016, applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.					
Honoraires paramédicaux					
Honoraires des auxiliaires médicaux					
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoire					
Analyses - Actes de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments					
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 65%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 30%	30%	100%	100%	100%	100%
Médicaments et honoraires de dispensation remboursés par la Sécurité sociale à 15%	15%	15%	15%	15%	100%
Honoraires de dispensation pour exécution d'ordonnance remboursés par la Sécurité sociale à 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile
Autres soins					
Ostéopathie / Chiropraxie (Séances effectuées par un ostéopathe ou un chiropracteur autorisé à faire usage professionnel du titre enregistré dans sa région)	Néant	Néant	15 € / séance (2 séances maximum / année civile)	20 € / séance (4 séances maximum / année civile)	30 € / séance (4 séances maximum / année civile)

Quand le mutualiste a recours à un ostéopathe partenaire KALIXIA Ostéo, il bénéficie de tarifs encadrés sur les consultations.					
Prévention					
Sevrage tabagique remboursé par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins (DTPolio, coqueluche, hépatite B, BCG...) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)	Néant	20 € / année civile	40 € / année civile	60 € / année civile	60 € / année civile
Forfait du voyageur (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)	Néant	Néant	20 € / année civile	30 € / année civile	50 € / année civile
Forfait prévention Equilibre (Selon conditions définies à l'article 10 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé)					
Psychothérapie	Néant	Néant	75 € / année civile	150 € / année civile	175 € / année civile
Diététique					
Cures thermales					
Frais de surveillance médicale et pratiques médicales complémentaires	70%	100%	100%	100%	130%
Frais de traitement en établissement thermal (ou forfait thermal)	65%	100%	100%	100%	125%
Frais d'hébergement (forfait par séjour), sur justificatif de frais d'hébergement	65%	100%	100%	Remboursement SS + 52,50 €/séjour	Remboursement SS + 52,50 €/séjour
Transports					
Frais de transports (avec ou sans hospitalisation, y compris pour les cures thermales) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical					
Appareillages et dispositifs médicaux					
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	100%	100%	100%	100%	150%
Autres prothèses (Oculaires, mammaires externes, fauteuils roulants)			150%	150%	200%
HOSPITALISATION					
Selon conditions définies à l'article 9-3 du règlement mutualiste MGEN Efficience Santé					
Nature des frais	Prestations Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Efficience Santé Essentielle	Efficience Santé Découverte	Efficience Santé Evolution	Efficience Santé Extension	Efficience Santé Optimale
Honoraires médicaux et chirurgicaux					
Médecins ayant adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	140%	150%	180%

Médecins n'ayant pas adhéré à une option de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM-OPTAM-CO)*	100%	100%	120%	130%	160%
Prise en charge de l'intégralité de la participation forfaitaire « actes lourds » (visée par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.					
Forfait journalier hospitalier					
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrique					
Hébergement et frais de séjour					
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière***					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN					
- Chambre particulière en soins de suite et de réadaptation	Néant	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour	40 € / jour
- Chambre particulière en psychiatrie		45 € / jour	45 € / jour	45 € / jour	45 € / jour
- Chambre particulière en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)		50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
- Chambre particulière en maternité		50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	50 € / jour
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire avec anesthésie (sans nuitée)	Néant	25 €	25 €	25 €	25 €
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN					
Chambre particulière (en cas d'hospitalisation avec hébergement et comprenant au moins une nuitée)	Néant	Néant	25 € / jour	31 € / jour	45 € / jour
Frais d'accompagnant					
Frais d'accompagnant accordés pour l'accompagnement d'un mutualiste : - de moins de 16 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou de plus de 70 ans (à la date d'entrée dans l'établissement) - ou en situation de handicap					
Prestation conventionnelle** quand le mutualiste a recours à un établissement conventionné avec MGEN 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
Prestation non conventionnelle quand le mutualiste n'a pas recours à un établissement conventionné avec MGEN 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	Néant	15 € / nuitée	25 € / nuitée	35 € / 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.					
DENTAIRE					
Nature des frais	Prestations				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Efficienne Santé Essentielle	Efficienne Santé Découverte	Efficienne Santé Evolution	Efficienne Santé Extension	Efficienne Santé Optimale
Soins et prothèses entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement*					
Couronne définitive (Sur dent visible ou non visible)	Remboursement total de la dépense engagée Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics				
Inlay core (avec ou sans clavette)					
Bridge dento-porté					
Couronne transitoire dento-portée					
Appareil amovible en résine					
Réparations sur appareil amovible en résine					
*Tel que défini réglementairement					
Soins et prothèses hors panier 100% Santé					
Soins					
Soins conservateurs, consultation, chirurgie, radiologie remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%
Inlay-onlay remboursé par la Sécurité social	100 €	100 €	120 €	170 €	220 €
Prothèses					
Prothèses fixes (couronnes dento-portées et bridges) remboursées par la Sécurité sociale					
Couronne définitive sur dent visible (Incisive, canine et prémolaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	100%	377 €	394 €	406 €	414 €
Couronne définitive sur dent non visible (Molaire) - couronne céramo-métallique - couronne céramo-céramique	100%	215 €	232 €	244 €	252 €
	100%	159 €	245 €	304 €	344 €
	100%	148 €	169 €	176 €	176 €
Inlay core (avec ou sans clavette)	100%	148 €	169 €	176 €	176 €
Bridge 3 éléments	100%	1036 €	1078 €	1105 €	1112 €
Pilier de bridge supplémentaire : - métal - céramique	100%	178 €	188 €	190 €	190 €
		178 €	196 €	207 €	207 €
Intermédiaire de bridge supplémentaire	100%	88 €	91 €	91 €	91 €
Couronne transitoire	100%	48 €	54 €	56 €	56 €
Appareils amovibles définitifs en métal remboursés par la Sécurité sociale					
- 1 à 3 dents	193,50 €	193,50 €	223 €	243 €	265 €
- 4 dents	204,25 €	204,25 €	246 €	266 €	288 €
- 5 dents	215,00 €	215,00 €	268 €	288 €	311 €
- 6 dents	225,75 €	225,75 €	291 €	311 €	333 €
- 7 dents	236,50 €	236,50 €	313 €	333 €	356 €
- 8 dents	247,25 €	247,25 €	336 €	356 €	378 €
- 9 dents	258,00 €	258,00 €	358 €	378 €	401 €
- 10 dents	268,75 €	268,75 €	381 €	401 €	423 €
- 11 dents	279,50 €	279,50 €	404 €	423 €	446 €
- 12 dents	290,25 €	290,25 €	426 €	446 €	468 €
- 13 dents	301,00 €	301,00 €	449 €	469 €	491 €
- 14 dents	311,75 €	311,75 €	471 €	491 €	513 €
Ajout dent contreplaquée	100%	100%	100%	100%	100%
Réparations sur appareils amovibles remboursées par la Sécurité sociale					
Réparation sur appareil amovible métal	100%	100%	100%	100%	100%
Changement de facette	100%	100%	100%	100%	100%

Autres traitements non remboursés par la Sécurité sociale					
Rebasage	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Prothèse dentaire transitoire, prothèse dentaire définitive, prothèse amovible, réparation	Néant	200 € / année civile	400 € / année civile	500 € / année civile	600 € / année civile
Orthodontie					
Traitements remboursés par la Sécurité sociale					
Examens préalables au traitement	100%	100%	100%	100%	100%
Traitement actif (par semestre)	100%	387 €	410 €	441 €	441 €
Traitement de contention (1ère année)	100%	240 €	259 €	265 €	265 €
Traitement de contention (2ème année)	100%	107,50 €	156 €	220 €	220 €
Traitements non remboursés par la Sécurité sociale					
Examens préalables au traitement	Néant	Néant	Néant	Néant	Néant
Traitement actif (par semestre) après avis favorable de l'orthodontiste consultant de MGEN : • Finalisation de traitement commencé avant 16 ans : 7ème semestre uniquement • Traitement commencé à partir de 16 ans : 4 semestres maximum	Néant	218 €	242 €	272 €	272 €
Traitement de contention (1ère année)	Néant	145 €	164 €	190 €	190 €
Traitement de contention (2ème année)	Néant	32,25 €	81 €	145 €	145 €
Traitement d'occlusion	Néant	Néant	115 €	140 €	160 €
Implantologie					
Prothèse remboursée par la Sécurité sociale					
Couronne sur implant	107,50 €	107,50 €	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	197,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes	265,25 € dans la limite de 2 couronnes sur 2 années civiles puis 107,50 € sur les suivantes
Implant non remboursé par la Sécurité sociale					
Implant (Grefe d'os, inlay implantaire, guide chirurgical...)	Néant	Néant	250 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	518 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)	600 € / implant (limité à 2 implants sur 2 années civiles)

OPTIQUE																			
La demande de remboursement est appréciée à la date de facturation par un opticien.																			
Nature des frais		Prestations Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).																	
		Efficiency Santé Essentielle	Efficiency Santé Découverte	Efficiency Santé Evolution	Efficiency Santé Extension	Efficiency Santé Optimale													
Lunettes remboursées par la Sécurité sociale																			
Equipements (monture et verres) de classe A entrant dans le panier 100% Santé, remboursés totalement**																			
Verre unifocal (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	< 16 ans		Remboursement total de la dépense engagée Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics															
		≥ 16 ans																	
	Forte correction (catégorie c)	< 16 ans																	
		≥ 16 ans																	
Verre multifocal ou progressif (classe A)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans																	
		≥ 16 ans																	
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans																	
		≥ 16 ans																	
Monture (classe A)		< 16 ans																	
		≥ 16 ans																	
Prestation d'appairage et supplément pour verres teintés																			
Equipements (monture et verres) de classe B, hors panier 100% Santé**																			
		Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*	Prestations hors Kalixia Optique	Prestations dans Kalixia Optique*								
Verre unifocal (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie a)	100%		22,50 €	30 €	37,50 €	50 €	45 €	60 €	75 €									
		100%		22,50 €	30 €	45 €	60 €	52,50 €	70 €	85 €									
	Forte correction (catégorie c)	100%		85 €	100 €	95 €	115 €	105 €	125 €	145 €									
		100%		85 €	100 €	95 €	115 €	110 €	125 €	150 €									

Verre multifocal ou progressif (classe B)	Faible et moyenne correction (catégorie c)	< 16 ans	100%	90 €	105 €	100 €	120 €	110 €	130 €	125 €	150 €
		≥ 16 ans	100%	90 €	105 €	100 €	120 €	115 €	140 €	135 €	160 €
	Forte correction (catégorie f)	< 16 ans	100%	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	145 €	135 €	160 €
		≥ 16 ans	100%	95 €	115 €	105 €	125 €	120 €	160 €	145 €	175 €
Monture (classe B)		< 16 ans	100%	30 €		35 €		45 €		60 €	
		≥ 16 ans	100%	30 €		50 €		70 €		90 €	
Lentilles de contact correctrices											
Remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)		100%		100%		Remboursement SS + forfait 92 €		Remboursement SS + forfait 110 €		Remboursement SS + forfait 140 €	
Prise en charge du ticket modérateur après épousément du forfait											
Non remboursées par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)		Néant		Néant		54 €		65 €		100 €	
Autres prestations optiques											
Prestations d'adaptation, suppléments optiques remboursés par la Sécurité sociale		100%		100%		100%		100%		100%	
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil et par année civile)		Néant		Néant		100 €		200 €		250 €	
* Quand le mutualiste a recours à un opticien partenaire Kalixia Optique ou e-optistya Optique, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles de contact correctrices dans la limite de la prestation mentionnée ci-dessus et fixée conventionnellement.											
Les lunettes sont remboursées par la mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.											
**Tel que défini réglementairement											
Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.											
Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.											
Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.											
De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières.											
La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.											
Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des plannings fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.											

AIDES AUDITIVES					
Nature des frais	Prestations				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Effici- ence Santé Essentielle	Effici- ence Santé Découverte	Effici- ence Santé Evolution	Effici- ence Santé Extension	Effici- ence Santé Optimale
Aides auditives entrant dans le panier 100% Santé remboursées totalement *					
Remboursement total de la dépense engagée Pour des aides auditives et des tarifs définis par les pouvoirs publics					
Aides auditives hors du panier 100% santé *					
Mutualiste de 20 ans et moins ou Mutualiste atteint de cécité	1400 €	1480 €	1570 €	1670 €	1700 €
Mutualiste de plus de 20 ans	400 €	670 €	870 €	920 €	1 020 €
Quand le mutualiste a recours à un audioprothésiste partenaire KALIXIA AUDIO, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des aides auditives. Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.					
Forfait annuel accessoires par oreille					
Piles/accumulateurs, remboursés ou non par la Sécurité sociale, écouteurs, microphones et embouts par oreille et par année civile Prise en charge du ticket modérateur après épuisement du forfait	100%	Remboursement SS + 50 €			

ALLOCATION NOUVEL ENFANT					
Nature des frais	Prestations				
	Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS).				
	Effici- ence Santé Essentielle	Effici- ence Santé Découverte	Effici- ence Santé Evolution	Effici- ence Santé Extension	Effici- ence Santé Optimale
Allocation nouvel enfant	Néant	Néant	160 € / enfant mutualiste	200 € / enfant mutualiste	200 € / enfant mutualiste

Article 16 - Limite des remboursements

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

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

Dans le cas, où le cumul des prestations servies au titre du contrat ou par un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies au titre du règlement seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

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

Article 17 - Etendue territoriale des garanties

L'assurance s'applique aux seuls frais exposés en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-mer et pour des Membres Participants et/ou des Bénéficiaires ayant leur domicile dans ces limites.

Par extension, elle s'applique aux soins et traitements ayant dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence et lorsqu'ils sont survenus au cours des trente premiers jours d'un voyage en quelque pays que ce soit. En tout état de cause, cette prise en charge ne peut intervenir que dans la mesure où la Sécurité sociale a elle-même pris en charge les frais considérés et selon la codification qu'elle a appliquée.

Article 18 - Exclusions

SOUS RÉSERVE DU RESPECT DES OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE PRÉVUES A L'ARTICLE R.871-2 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LA MUTUELLE NE GARANTIT PAS LES FRAIS DE TRAITEMENT ET OPÉRATIONS DE RAJEUNISSEMENT, LES FRAIS DE CHIRURGIE ESTHÉTIQUE, LES FRAIS DE SANTE NE FIGURANT PAS A LA NOMENCLATURE SAUF MENTION SPÉCIALE AU TABLEAU DES PRESTATIONS DE L'ARTICLE 14 DE LA PRÉSENTE NOTICE.

Article 19 - Paiement des sommes assurées – Pièces justificatives à fournir

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

- pour tous les dossiers : le décompte des remboursements effectués par la Sécurité Sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie), ou éventuellement par un autre organisme, ainsi que :
- pour les prestations conventionnelles : les pièces demandées conformément aux règles applicables dans les dispositifs conventionnels et protocoles des professionnels de santé conventionnés avec MGEN après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique, aide auditive et dentaire.
- pour les prestations non conventionnelles :
 - o les frais dentaires prothétiques et orthodontiques : l'original de la note d'honoraires nominative acquittée, détaillée et codifiée des actes mentionnant le numéro des dents concernées,
 - o les prestations d'optique : la facture nominative acquittée et détaillée de l'opticien précisant les équipements d'optique délivrés, le prix, la marque, la codification des verres, de la monture ou des lentilles, ainsi que la date de délivrance,
 - o les aides auditives : la facture commerciale nominative acquittée et détaillée du fournisseur précisant les équipements délivrés et en mentionnant le prix, la marque, la codification ainsi que la date de délivrance,
 - o l'hospitalisation (dont la chambre particulière demandée par le membre participant) : l'original de la facture nominative acquittée précisant la discipline dont relèvent les soins, ainsi que le détail des frais réels et du restant à charge,
 - o le transport ou la cure thermale : l'original de la facture nominative acquittée portant le détail des actes et prestations réalisés.
 - o les prestations non prises en charge par la Sécurité sociale :
- forfaits médicaments : prescription médicale et factures nominatives acquittées établies par une officine de pharmacie. La demande de prise en charge est appréciée à la date de délivrance.
- ostéopathie et chiropraxie: facture nominative acquittée. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.
- psychothérapie, consultations diététiques, forfait contraception : facture nominative acquittée.
- forfait du voyageur : prescription médicale et factures nominatives acquittées,
- chirurgie réfractive de l'œil : facture originale nominative acquittée détaillant la nature de l'opération et précisant la date, le lieu, le montant, l'identification professionnelle du praticien. La demande de prise en charge est appréciée à la date d'exécution de l'acte.

Chapitre II. - GARANTIE ASSISTANCE

Article 20 - Objet

Dans le cadre du contrat souscrit par la BRED auprès de MGEN, des garanties d'assistance vous sont accordées à vous et à vos bénéficiaires.

Le détail des garanties proposées, leurs modalités de mise en œuvre ainsi que les conditions à remplir pour en bénéficier figurent dans la notice d'information Assistance Ressources Mutuelles Assistance (RMA) annexée à la présente notice.

Parce que certaines situations peuvent fortement perturber la vie de la famille et nécessitent un accompagnement de proximité, MGEN propose également un service d'assistance renforcé et adapté à vos besoins. Les équipes sont à votre écoute. 7j/7 et 24h/24.

L'adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistant, doit communiquer son propre numéro d'adhérent.

▶ DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance à laquelle peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- le Bénéficiaire Membre Participant de la MGEN au titre du contrat collectif Efficience santé souscrit par la BRED auprès de MGEN et son Bénéficiaire Conjoint tel que défini à l'article 1 de la notice d'information afférente audit contrat collectif,
- leurs Bénéficiaires Enfants vivant à son domicile : enfant ayant droit à la Sécurité Sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans.

2. PRISE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prennent effet au jour de l'adhésion au contrat collectif Efficience Santé souscrit par la BRED auprès de MGEN et cessent le 31 décembre suivant. Elles se renouvellent ensuite par tacite reconduction par durée d'une année, à chaque 1er janvier.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

La garantie cesse de produire ses effets :

- à la date à laquelle le Bénéficiaire perd la qualité de Membre Participant ou de Bénéficiaire Conjoint de MGEN. 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 la BRED ou MGEN. 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 la résiliation de l'adhésion par l'assuré.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement* en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour les prestations "Transfert de corps en cas de décès" et "Transfert médical").

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

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

4. FAITS GÉNÉRATEURS

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

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- un décès.

survenant au Bénéficiaire.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.).

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

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

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

par téléphone :  **09 72 72 27 28**

APPEL NON SURTAXÉ

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

par téléphone : 00 33 9 72 72 27 28

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

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

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès, le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande. Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties. Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

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

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés. L'urgence justifiant l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par : **Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

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

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éviscérations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

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

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

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

Attentat : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

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

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

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

Bénéficiaires (des garanties) : le Membre Participant ainsi que le Bénéficiaire Conjoint et les Bénéficiaires Enfants vivant sous son toit (enfant ayant droit à la Sécurité Sociale jusqu'au 31 décembre de l'année de ses 18 ans).

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

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

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

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

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

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

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

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

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

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

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

Etablissement de soins : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils peuvent être les suivants :

- une hospitalisation,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- un décès.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

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

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

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



Hospitalisation : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

Hospitalisation à domicile (HAD) : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

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

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

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

Membre Participant (MP) : personne physique qui, par le paiement régulier de ses cotisations, acquiert ou font acquérir à ses Bénéficiaires vocation aux avantages assurés par la mutuelle.

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

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

Proche : les ascendants et descendants au 1er degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

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

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

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

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

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

9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

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

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

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

10. INFORMATION JURIDIQUE

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

Réglementaire :

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

Pratique :

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

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

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

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

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



ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

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

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

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.

L'Assisteur s'engage à :

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

13. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

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

14. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

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

15. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodiguent :

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



PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT

16. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

17. PRESTATIONS POUR TOUTE HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

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

A. AIDE À DOMICILE

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

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

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

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

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

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

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

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

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

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

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours. **Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermique.**

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

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

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

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

18. PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE

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

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

Pour pouvoir bénéficier des prestations offertes par la garantie d'assistance, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après la séance.

19. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

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

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

Justificatifs

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

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

B. ÉCOLE À DOMICILE

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

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

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours

par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;

- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

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

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

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

Justificatifs

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

Délai de mise en place

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

20. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

B. TRANSFERT MÉDICAL

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

Celles-ci peuvent être :

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

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

Suivant le cas, ils s'effectuent :

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

Cette liste n'est pas limitative.

L'Assisteur se charge :

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

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente

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

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

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

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

C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS

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

21. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

Déplacement et hébergement d'un proche

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

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.



PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

22. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

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

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

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

B. CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.

Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

C. ORGANISATION DES OBSÈQUES

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

D. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

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

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

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

E. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE

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

23. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS EN FRANCE

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

A. AIDE À DOMICILE

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

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

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

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

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

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

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

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

département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;

- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants ou petits-enfants.

D. GARDE OU TRANSFERT DES PERSONNES DÉPENDANTES

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

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

E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

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

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

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

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

G. AVANCE DE FONDS

Si l'un des autres Bénéficiaires ou les proches du Bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 3 050 euros TTC, pour les frais d'obsèques. Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement. A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

24. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS A PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :

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

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

A. TRANSFERT DU CORPS OU DE L'URNE CINÉRAIRE

Lors du décès du Bénéficiaire, l'Assisteur organise le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine, Monaco ou Andorre, et prend en charge :

- les frais de transport de la dépouille mortelle du lieu du décès au lieu d'inhumation ou de crémation, les frais d'embaumement et les frais administratifs correspondants, à concurrence de 3 000 euros TTC,
- les frais de cercueil pour permettre le transport à concurrence de 800 euros TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de transfert (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du Bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le transfert ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**

Frais non pris en charge

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

Retour différé du corps

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

B. ASSISTANCE DES PROCHES EN CAS DE DÉCÈS

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

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

C. RETOUR DES BÉNÉFICIAIRES ET/OU DE L'ACCOMPAGNANT

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

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

D. MISE À DISPOSITION D'UN TAXI

L'Assisteur met à la disposition des Bénéficiaires un taxi à concurrence de 155 euros TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès d'un Bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement. Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, à concurrence de 10 heures.

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

► CADRE JURIDIQUE

25. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

26. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examen préalable à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

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

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

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

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

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

27. EXCLUSIONS

A. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif de l'alcool ainsi que l'état de sevrage ou de manque qu'ils s'agissent de médicaments, drogues ou d'alcool,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

28. NULLITÉ DE LA PRESTATION

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

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

29. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

30. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du Bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

31. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'information sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action du Membre Participant, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de

prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

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

32. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex. En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

1. RÉCLAMATIONS 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 Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 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, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

2. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

STATUTS MGEN APPLICABLES AU 1^{er} JANVIER 2022

RAISON D'ÊTRE MGEN

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

TITRE 1 FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 - 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^{ème} 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. participer à la protection complémentaire en matière de santé instaurée par la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 portant création de la Complémentaire santé solidaire dans les conditions prévues par ce texte ainsi que ses dispositions d'application.

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

MGEN peut adhérer à des unions de groupe mutualiste.

MGEN peut adhérer à une union mutualiste de groupe.

Elle peut accepter en réassurance les engagements mentionnés à l'article L. 111-1 - I - 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(ssent) le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et bénéficiaire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Conformément aux dispositions de l'article 32 des présents statuts, les taux et montants de cotisations et de prestations sont fixés par le Conseil d'Administration.

Article 5 - Délégation de gestion

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

Article 6 - Respect de l'objet de la Mutuelle

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

Chapitre 2 - Conditions d'admission, de démission, de résiliation et de déchéance

Section 1 - Conditions d'admission à la mutuelle

Article 7 - Champ de recrutement

1 - Champ de recrutement individuel

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

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

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

2 - Champ de recrutement collectif

Les personnes définies à l'article 7-1 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

1 - 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

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 :

- soit le dossier complet et signé du candidat à l'adhésion a été réceptionné par MGEN,
- soit la demande d'adhésion dématérialisée, complète est signée électroniquement.

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, selon la volonté exprimée par le membre participant :

- au 1er jour qui suit la demande,

- à la date librement indiquée par le membre participant dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème 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 les 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 telles que définies aux règlements mutualistes.

Article 10 - Ayants droit

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

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

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

Section 2 - Démission, résiliation et déchéance

Article 11 - Démission

1 - Démission à effet du 1er janvier

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

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

2 - Démission en cours d'année

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

Le membre participant, couvert par une offre contenant uniquement des garanties en prévoyance, peut mettre fin à son adhésion en cours d'année avec effet à partir du 1er jour du 4e mois suivant la réception de la demande de démission.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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 1er jour du mois suivant la réception de la demande de démission.

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

3 - Formalisme de la demande de démission

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

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

4 - Décès du membre participant

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

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

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

Article 12 - Résiliation de la couverture familiale

La résiliation de la couverture familiale d'un ou des bénéficiaires ne peut être demandée que par le membre participant selon les modalités définies à l'article 11-3 des statuts MGEN.

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

Article 13 - 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 30 (trente) jours prévu au paragraphe précédent.

Toute demande de réintégration est soumise à accord avec MGEN actant ou prévoyant le remboursement intégral de la créance.

Article 14 - 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 15 - Déchéance pour préjudice causé à la Mutuelle

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

L'adhérent dont la déchéance est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation

lui est adressée par lettre recommandée avec avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, sa déchéance peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

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

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

Article 16 - 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.

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

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

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

- des ministères de l'Éducation Nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de la Culture, et des établissements publics qui leur sont rattachés
- des Ministères des Solidarités et de la Santé, du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion et des établissements publics qui leurs sont rattachés
- des Ministères de la Transition écologique, de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales, et des établissements publics qui leurs sont rattachés.

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

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

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

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

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

- du règlement mutualiste MGEN DUO
- du règlement mutualiste Complémentaire Santé
- du règlement mutualiste Complémentaire Prévoyance
- du règlement mutualiste MGEN Territoires et Education.

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

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

TITRE 2 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 - Assemblée générale

Section 1 - Composition, élections

Article 17 – 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, à l'élection commune aux cinq Mutuelles, d'une délégation unique.

Article 18 - Définitions des sections de vote

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

1 - Cent-une sections « A » regroupant respectivement dans chaque département, les adhérents aux offres MGEN Santé Prévoyance, MGEN Alternative Santé Prévoyance, MGEN Ministères Sociaux, MGEN Ecologie et Territoires, MAEE ;

2 - Une section « B » regroupant les adhérents des offres Complémenter Santé, Complémenter Prévoyance, MGEN DUO, MGEN Territoires et Éducation, Conventions de participation, MGEN Santé Prévoyance Hospitaliers ;

3 - Une section « C » regroupant les adhérents des offres Complémentaire Santé Solidaire, Efficience Santé, Efficience Santé BRED, Espace Bienvenue, ÔJI, Contrats collectif ;

4 - Une section « D » regroupant les adhérents de la section Extra métropolitaine et les adhérents à l'offre MGEN International Santé Prévoyance.

Article 19 - Election des délégués

Les membres participants de chaque section élisent les délégués titulaires et les délégués suppléants à l'assemblée générale pour trois ans

Le nombre de délégués titulaires de chaque section sera déterminé en fonction de ses effectifs par une répartition proportionnelle au plus fort reste.

Le nombre de sièges à pourvoir servant de base au calcul de la répartition proportionnelle au plus fort reste est fixé à 500.

Chacune des 104 sections est représentée à l'assemblée générale par a minima 3 délégués et maximum 14.

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

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

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

1 – Candidatures et conditions d'éligibilité

Les membres du comité départemental ou de gestion de la SEM ainsi que les adhérents candidats à cette élection peuvent présenter leur candidature pour être élu délégué à l'assemblée générale. Les candidatures sont recueillies selon les modalités précisées par le protocole électoral.

Peuvent être élus les seuls adhérents membres ou nouvellement élus des comités départementaux ou du comité de gestion de la SEM.

Lorsqu'un membre participant présente simultanément sa candidature au poste de délégué à l'assemblée générale et à celui de membre du comité départemental ou de gestion de la SEM, le candidat ne peut être élu en qualité de délégué s'il n'a pas été élu au comité départemental ou de gestion de la SEM.

2 - Modalités d'élections

Cette élection a lieu simultanément aux élections aux comités départementaux.

Les délégués à l'assemblée générale sont élus par correspondance.

Le vote a lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour au moyen du matériel fourni par la Mutuelle.

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

Les modalités pratiques concernant les élections des délégués sont précisées par le protocole électoral et les instructions du Conseil d'Administration.

Article 19 - Empêchement d'un délégué et vacance d'un poste

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

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

Section 2 - Réunion de l'Assemblée Générale

Article 21 - Convocation et ordre du jour

1 - L'Assemblée Générale se réunit au minimum une fois par an sur convocation du président du Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

Elle prend, en outre, en toutes circonstances les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

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

Article 22 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

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

3 - Les décisions visées au 1 du présent article sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Les autres décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 - 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 22-1 et 22-3 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 24 - Compétences

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

Elle est appelée à se prononcer sur :

- a. les modifications des statuts,
- b. les activités exercées par la mutuelle,
- c. les prestations offertes,
- d. les règles générales auxquelles doivent obéir les taux et montants de cotisations et de prestations,
- e. l'adhésion à une union ou une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union,
- f. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
- g. l'émission de titres participatifs et de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du Code de la mutualité,
- h. le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire,
- i. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- j. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
- k. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées,
- l. le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes,
- m. la nomination des commissaires aux comptes,
- n. les apports faits aux mutuelles créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité
- o. la conclusion d'une convention de substitution,
- p. la conclusion, la modification et la résiliation de la convention d'affiliation auprès d'une UMG, conformément à l'article R.115-6 du Code de la mutualité,
- q. le rapport du commissaire à la fusion ou à la scission.

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

Article 25 - Force exécutoire des décisions

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres.

Chapitre 2 - Conseil d'Administration

Section 1 - Composition, élections

Article 26 - Composition et election des membres

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

1 - Conditions d'éligibilité

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

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

2 - Modalités d'élection

Les membres du Conseil d'Administration sont élus y compris par recours au vote électronique, dans des conditions garantissant le secret du vote par l'assemblée générale pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à deux tours (majorité absolue au 1er 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.

Contrat n° : CGSF 202 218 091

Date d'effet du contrat : 1er janvier 2012

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

Article 27 - Statut des administrateurs

1 - Mise à disposition

Les administrateurs de MGEN et/ou des mutuelles et unions 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'Education 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^{ème} 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 28 - Représentation des salariés

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

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

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

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

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

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

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

Section 2 - Réunions

Article 29 - 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 30 - 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 31 - Règles de quorum et de majorité

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

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

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

Article 32 - Démission d'office

Les cas de démission d'office sont prévus au règlement intérieur du Conseil d'Administration.

Section 3 - Attributions

Article 33 - Compétences

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

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

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion.

Article 34 - 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 35 - 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 36 - Vacance

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

Dans l'intervalle, les fonctions de président sont assurées par un vice-président.

Article 37 - 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 1er 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 38 - 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 39 - 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 40 - 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 41 - 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 42 - 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 départementales et de la section extra métropolitaine.

Section 1 - Les sections

Article 43 - 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 44 - Administration des sections départementales

Sous la responsabilité du Conseil d'Administration :

Chaque section départementale est administrée par un comité départemental composé de 12 à 30 membres.

A - Membres élus

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

Dans l'ordre décroissant des voix obtenues, les membres du comité départemental élus sont affectés au renouvellement de la moitié sortante, puis 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.

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

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

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

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

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

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

A2 - Limite d'âge

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

A3 – Contestations

Les élections aux comités départementaux sont soumises à la validation du Conseil d'Administration. Les modalités pratiques d'organisation des élections sont définies dans le règlement intérieur des sections adopté par le Conseil d'Administration et dans les instructions de ce dernier.

Toute contestation relative aux élections est soumise au Conseil d'Administration qui sert de juridiction d'appel et peut déléguer ses pouvoirs à son bureau ou à un comité constitué à cet effet.

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

B - Membres de droit

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

Article 45 - 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 election.

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 46 - Dispositions générales

L'interlocuteur du mutualiste est sa section de rattachement.

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

- le règlement intérieur des sections, adopté par le Conseil d'Administration
- le guide territorial

Le Conseil d'Administration délègue, sous sa responsabilité et son contrôle, aux comités départementaux sous la responsabilité du président de section, l'organisation politique, administrative et gestionnaire.

Les comités départementaux ont pour rôle de :

- participer au débat mutualiste et contribuer à l'expression locale des adhérents,
- veiller à l'application des décisions politiques prises par les instances nationales,
- veiller aux délégations de responsabilité et désignations représentatives, et pour les seuls comités départementaux, d'organiser les temps démocratiques départementaux.

Chapitre 6 - Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 47 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent principalement :

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

Dès lors qu'une ou plusieurs des mutuelles créées par MGEN en application de l'article L.111-3 du code de la mutualité – à savoir MGEN Action sanitaire et sociale, MGEN Centres de santé, MGEN Vie et MGEN Filia –, interviennent dans une offre également portée par MGEN, la part de cotisation afférente à l'activité de chacune des mutuelles ainsi créées est incluse dans la cotisation globale prélevée par MGEN.

La répartition des cotisations pour l'ensemble des offres portées par les mutuelles du Groupe MGEN est annexée aux présents statuts

Pour la bonne information de l'adhérent, la part de cotisation affectée à chaque mutuelle est spécifiée au bas du tableau de cotisations figurant au règlement mutualiste de l'offre concernée.

Article 48 - 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 49 - 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 50 - 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 51 - Marge de solvabilité

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

Article 52 - Système de garantie

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

Section 3 - Commissaires aux comptes

Article 53 - 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 54 - 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 55 - 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 56 - 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 57 - 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, toutes modifications des statuts et des règlements décidées 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 58 - Paiement des cotisations

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

Ventilation de cotisation MGEN Santé Prévoyance

Membres participants actifs		MGEN	MGEN ASS	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale	Moins de 30 ans	95,82%	1,86%	0,48%	1,84%	0,00%
	De 30 à 34 ans	94,56%	1,56%	0,80%	2,56%	0,52%
	De 35 à 39 ans	96,53%	1,40%	0,72%	0,88%	0,47%
	De 40 à 44 ans	98,05%	1,15%	0,59%	0,21%	0,00%

	De 45 à 49 ans	98,12%	1,11%	0,57%	0,20%	0,00%
	De 50 à 54 ans	98,40%	1,05%	0,54%	0,01%	0,00%
	De 55 à 59 ans	98,44%	1,03%	0,52%	0,01%	0,00%
	A partir de 60 ans	98,87%	0,63%	0,49%	0,01%	0,00%
MGEN Equilibre Actif	Moins de 30 ans	80,14%	1,50%	0,39%	16,97%	1,00%
	De 30 à 34 ans	84,16%	1,15%	0,59%	12,96%	1,14%
	De 35 à 39 ans	86,48%	1,12%	0,57%	11,09%	0,74%
	De 40 à 44 ans	88,63%	1,03%	0,52%	9,48%	0,34%
	De 45 à 49 ans	89,72%	0,99%	0,51%	8,45%	0,33%
	De 50 à 54 ans	91,85%	0,95%	0,49%	6,40%	0,31%
	De 55 à 59 ans	92,30%	0,93%	0,48%	5,98%	0,31%
	A partir de 60 ans	92,06%	0,57%	0,44%	6,64%	0,29%
MGEN Equilibre Actif Renforcée	Moins de 30 ans	71,73%	1,29%	0,34%	25,78%	0,86%
	De 30 à 34 ans	77,62%	1,02%	0,52%	19,83%	1,01%
	De 35 à 39 ans	80,62%	0,98%	0,50%	17,24%	0,66%
	De 40 à 44 ans	83,67%	0,88%	0,44%	14,71%	0,30%
	De 45 à 49 ans	85,09%	0,86%	0,44%	13,32%	0,29%
	De 50 à 54 ans	88,44%	0,81%	0,42%	10,06%	0,27%
	De 55 à 59 ans	89,00%	0,81%	0,42%	9,50%	0,27%
	A partir de 60 ans	88,48%	0,49%	0,38%	10,40%	0,25%
	Moins de 30 ans	80,99%	1,44%	0,37%	16,25%	0,95%

MGEN Référence Actif	De 30 à 34 ans	84,83%	1,10%	0,55%	12,42%	1,10%
	De 35 à 39 ans	86,78%	1,09%	0,56%	10,85%	0,72%
	De 40 à 44 ans	88,46%	1,04%	0,53%	9,61%	0,36%
	De 45 à 49 ans	89,48%	1,01%	0,52%	8,65%	0,34%
	De 50 à 54 ans	91,62%	0,98%	0,50%	6,58%	0,32%
	De 55 à 59 ans	92,03%	0,96%	0,49%	6,19%	0,33%
	A partir de 60 ans	91,73%	0,60%	0,46%	6,92%	0,29%
MGEN Référence Actif Renforcée	Moins de 30 ans	72,94%	1,26%	0,32%	24,65%	0,83%
	De 30 à 34 ans	78,59%	0,98%	0,50%	18,94%	0,99%
	De 35 à 39 ans	81,11%	0,97%	0,50%	16,78%	0,64%
	De 40 à 44 ans	83,58%	0,89%	0,45%	14,77%	0,31%
	De 45 à 49 ans	84,89%	0,87%	0,45%	13,49%	0,30%
	De 50 à 54 ans	88,22%	0,84%	0,43%	10,23%	0,28%
	De 55 à 59 ans	88,73%	0,84%	0,43%	9,71%	0,29%
	A partir de 60 ans	88,15%	0,52%	0,39%	10,69%	0,25%
MGEN Intégrale Actif	Moins de 30 ans	83,51%	1,24%	0,32%	14,09%	0,84%
	De 30 à 34 ans	86,79%	0,96%	0,49%	10,80%	0,96%
	De 35 à 39 ans	88,48%	0,95%	0,49%	9,44%	0,64%
	De 40 à 44 ans	90,00%	0,90%	0,46%	8,33%	0,31%
	De 45 à 49 ans	90,86%	0,88%	0,45%	7,51%	0,30%
	De 50 à 54 ans	92,71%	0,85%	0,44%	5,72%	0,28%

	De 55 à 59 ans	93,08%	0,84%	0,43%	5,38%	0,27%
	A partir de 60 ans	92,83%	0,52%	0,40%	5,99%	0,26%
MGEN Intégrale Actif Renforcée	Moins de 30 ans	76,29%	1,09%	0,28%	21,60%	0,74%
	De 30 à 34 ans	81,24%	0,88%	0,45%	16,57%	0,86%
	De 35 à 39 ans	83,43%	0,86%	0,44%	14,70%	0,57%
	De 40 à 44 ans	85,57%	0,79%	0,40%	12,97%	0,27%
	De 45 à 49 ans	86,72%	0,78%	0,40%	11,83%	0,27%
	De 50 à 54 ans	89,62%	0,75%	0,39%	8,99%	0,25%
	De 55 à 59 ans	90,10%	0,75%	0,38%	8,53%	0,24%
	A partir de 60 ans	89,59%	0,46%	0,35%	9,37%	0,23%

Membres participants retraités		MGEN	MGEN ASS	MGEN Centres de santé	MGEN Vie	MGEN Filia
MGEN Initiale	Moins de 70 ans	96,80%	2,30%	0,39%	0,00%	0,51%
	A partir de 70 ans	96,92%	2,21%	0,38%	0,00%	0,49%
MGEN Equilibre Retraité	Moins de 70 ans	89,92%	2,09%	0,35%	7,41%	0,23%
	A partir de 70 ans	91,55%	1,99%	0,34%	5,02%	1,10%
MGEN Référence Retraité	Moins de 70 ans	89,18%	2,24%	0,39%	7,95%	0,24%
	A partir de 70 ans	90,87%	2,15%	0,37%	5,42%	1,19%

MGEN Intégrale Retraité	Moins de 70 ans	90,61%	1,94%	0,33%	6,90%	0,22%
	A partir de 70 ans	92,06%	1,87%	0,32%	4,71%	1,04%

Ventilation de cotisation MGEN International Santé Prévoyance

(1) La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre les différentes mutuelles auxquelles la mutuelle adhère de la manière suivante :

- 91,70 % affectés à MGEN
- 1,34 % affectés à MGEN Action sanitaire et sociale
- 0,44 % affectés à MGEN Centres de santé
- 6,10 % affectés à MGEN Vie
- 0,42 % affectés à MGEN Filia, dont la totalité de la cotisation est affectée à la prestation « service d'aide à domicile ».

Ventilation de cotisation MGEN DUO

(1) La cotisation globale toutes taxes comprises, est répartie entre MGEN et MGEN Vie auxquelles le mutualiste adhère, de la manière suivante :

- 4,51 % affectés à MGEN Vie
- 95,49 % affectés à la MGEN

Ventilation de cotisation MGEN Alternative Santé Prévoyance

Répartition de la cotisation (frais de santé et prévoyance) du Membre Participant actif entre MGEN et MGEN Vie

Frais de Santé			
	Santé 1	Santé 2	Santé 3
MGEN	100%	100%	100%
MGEN Vie	0%	0%	0%
Prévoyance			
	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	78%	84,62%	84,76%
MGEN Vie	22%	15,38%	15,24%

Ventilation de cotisation MGEN Ministères sociaux

Répartition de la cotisation - Frais de Santé

(Pour tout âge et tout indice de la fonction publique)

Tranches d'âge	Santé Base	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Sur-complémentaire
MGEN	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
MGEN Vie	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Répartition de la cotisation - Prévoyance

Tranches d'âge	Prévoyance Base	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3
MGEN	59,75%	72,59%	76,08%	66,10 %
MGEN Vie	40,25 %	27,41 %	23,92 %	33,90 %

Ventilation de cotisation MGEN Ecologie et Territoires

Répartition de la cotisation - Santé

	SANTÉ 1	SANTÉ 2
MGEN	100,00%	100,00%
MGEN Vie	0,00%	0,00%

Répartition de la cotisation - Prévoyance

MP Actifs	Niveau A	Niveau B
MGEN	82,53%	81,73%
MGEN Vie	17,47%	18,27%

MP Retraités	Niveau A	Niveau B
MGEN	0%	0%
MGEN Vie	100%	100%

